

Antwort

der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Antje-Marie Steen, Anni Brandt-Elsweier, Dr. Marliese Dobberthien, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 13/5214 –

Frauenspezifische Gesundheitsversorgung

Fakten über geschlechtsspezifische Unterschiede in der Ursache, Gestaltung, Ausprägung, Symptomatik und Empfindung von Gesundheit und Krankheit erhalten nur mühsam die notwendige Aufmerksamkeit in den traditionell medizinisch-naturwissenschaftlich geprägten Wissenschaften. Über viele Jahre hinweg blieben Frauen mit ihren speziellen Problemen weitgehend unbeachtet, denn krankheitsbezogene Studien zu Ursachen, Diagnosestellungen, Therapien und Verlauf sind häufig immer noch de facto an der männlichen Ausprägung des Gesundheitsempfindens und des Krankheitsbildes und an der männlichen Lebenssituation orientiert. Auch die Frage nach geschlechtsspezifischen Einflußfaktoren auf die gesundheitliche Lage blieb bislang weitgehend unbeachtet. In der Gesundheitsforschung, der gesundheitlichen Versorgung und Förderung, der gesundheitlichen Prävention ist eine stärkere Fokussierung auf eine frauenspezifische Sicht- und Behandlungsweise notwendig. Eine frauenspezifische Gesundheitsforschung beginnt sich langsam im Rahmen der sich etablierenden Gesundheitswissenschaften/Public Health zu entwickeln.

Vorbemerkung

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein Gesundheitswesen, das den gleichberechtigten Zugang von Frauen und Männern zu Gesundheitsdiensten und -einrichtungen rechtlich gewährleistet. Unabhängig von Geschlecht, Alter oder sozialem Stand erhält jede bzw. jeder die gesundheitlichen Leistungen, welche notwendig sind. Es kommen hierbei die Fortschritte der Medizin und Medizintechnik Frauen und Männern gleichermaßen zugute. Zu berücksichtigen ist dabei, daß Frauen z. T. von

andersartigen Beschwerden und Krankheiten als Männer betroffen sind. Aber auch im Verlauf und in den Auswirkungen können sich geschlechtsspezifische Besonderheiten zeigen. Frauen reagieren z. T. anders auf gesundheitliche Probleme und suchen daher auch Leistungen und Angebote, die ihre Belange berücksichtigen.

Die Weiterentwicklung gesundheitlicher Angebote und Leistungen – auch in bezug auf spezifische und gesundheitliche Probleme von Frauen – ist im Rahmen unseres pluralistischen Gesundheitswesens eine Aufgabe aller Beteiligten. Sie obliegt insbesondere auch den Ländern und Kommunen, den Ärzten und der von den Sozialpartnern getragenen Selbstverwaltung, freien Trägern, der Wissenschaft und Forschung sowie den Organisationen der Selbsthilfe.

1. Gesundheitliche Lage von Frauen

- 1.1 Verfügt die Bundesregierung über eine spezifische Dokumentation zur Gesundheitslage von Frauen?

Eine spezifische Dokumentation zur Gesundheitslage von Frauen liegt bisher noch nicht vor. Allerdings gibt es in der öffentlichen Statistik Dokumentationen, die von ihrem Inhalt her als Dokumentationen zur Gesundheitslage von Frauen bezeichnet werden können.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 4. Februar 1997 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Dazu gehören z. B. die Geburtenstatistik und die Mortalitätsstatistik. Zudem gibt es eine Fülle von Untersuchungsergebnissen und Einzelaussagen z. B. zu Lebenserwartung, Krankheitsanfälligkeit, Krankenstand, Risikofaktoren, Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems etc. Sie stammen jedoch aus den unterschiedlichsten Erhebungen und Quellen und decken Ost- und Westdeutschland nicht gleichermaßen ab. Forschung zur Gesundheitsversorgung und zur Gesundheit von Frauen ist im Universitätsbereich und hier besonders im Rahmen von Public Health betrieben worden.

Weil eine systematische Bestandsaufnahme der vorhandenen Daten und ihre Bewertung aus frauenpolitischer Sicht noch nicht zur Verfügung steht, hat die Bundesregierung im September 1996 eine wissenschaftliche Untersuchung „Gesundheitliche Situation von Frauen in Deutschland – eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland“ in Auftrag gegeben. Studienschwerpunkte sind die sozialen Bedingungen, Lebensphasen und Gesundheit, die reproduktive Gesundheit sowie die gesundheitliche Versorgung von Frauen. Mit der Untersuchung ist beabsichtigt, Aussagen zur Gesundheitslage von Frauen in Ost- und Westdeutschland im Sinne eines Frauengesundheitsberichts zu bündeln, die Notwendigkeit frauenspezifischer Beratungs- und Therapieformen abzuklären und weiteren Forschungsbedarf zu ermitteln. Die Ergebnisse werden Ende 1998 vorliegen.

1.2 Gab es in der ehemaligen DDR eine spezifische Dokumentation zur Gesundheitslage von Frauen?

Und wenn ja, werden diese Dokumentationen genutzt und weitergeführt?

In der DDR gab es Dokumentationen, die von ihrem Inhalt her Aussagen zur Gesundheitslage der Frauen erlaubten. Es existierten 86 verschiedene Berichterstattungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Aufgrund der zentralistischen Leitung der gesundheitlichen Versorgung in der ehemaligen DDR unterscheiden sich auch die Strukturen und Inhalte verwendeter und verfügbarer Datenquellen mit gesundheitlicher Relevanz von den Dokumentationen in den alten Bundesländern. Zu kontinuierlich geführten Statistiken, die in der ehemaligen DDR auf gesetzlicher Grundlage basierten und Analogien zu Bundesstatistiken aufwiesen, zählen die Daten der ehemals staatlichen Zentralverwaltung für Statistik, periodische und aperiodische zentrale Berichterstattungen des Gesundheitswesens und des Sozialwesens und Daten der Sozialversicherung. Die Daten der Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik betrafen die Bevölkerungsentwicklung und -bewegung.

Zum Berichtswesen der DDR zählten sowohl Krankheitsregister als auch einmalige epidemiologische Erhebungen, für die prinzipiell eine zentrale staatliche Genehmigungspflicht vorliegen mußte. Die Mehrzahl der Berichterstattungen betraf die Inanspruchnahme spezieller Leistungsbereiche der Gesundheitsdienste.

Krankheitsbezug wiesen insbesondere alle Register, die Fallmeldungen (Infektionskrankheiten) sowie Statistiken für spezielle Krankheits- oder Risikogruppen etablierter Versorgungsstrukturen (sogenannte „Dispensaires“) sowie ausgewählte, einmalige Morbiditätserhebungen auf. DDR-weit gab es Register für Erkrankungsfälle bei Geschwulsterkrankungen (weitergeführt im „Gemeinsamen Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen“), Diabetes mellitus (eingestellt), Tuberkulose (eingestellt) und chronische obstruktive Lungenerkrankungen (eingestellt). Auf regionaler Ebene waren Register für Herzinfarkte und Schlaganfälle vorhanden.

Seit 1968 wurde in der ehemaligen DDR ein einheitliches dokumentationsgerechtes Krankenblatt in allen Krankenhäusern geführt. Damit wurden alle stationären Behandlungsfälle erfaßt. Aus dieser Datenquelle erfolgte ab 1972 eine periodische Meldung aller Schwangerschaftsabbrüche (Statistik der Schwangerschaftsabbrüche) im Rahmen einer gesonderten Monatsstatistik an das ehemalige Ministerium für Gesundheit. Die Statistik wurde anonym geführt. Bis Ende der 70er Jahre wurden die Daten veröffentlicht, danach sekretiert. Es lag eine nahezu vollständige Erfassung aller Schwangerschaftsabbrüche vor.

Ein großer Teil der Daten der DDR wurde beim Statistischen Bundesamt Wiesbaden archiviert und kann z. B. für wissenschaftliche Arbeiten genutzt werden. Ein anderer Teil wird für analoge Bundesstatistiken verwendet.

1.3 Auf der Basis welcher Daten und mit welchen Instrumenten hat die Bundesregierung

- a) den Bedarf hinsichtlich der Notwendigkeit der Erstellung spezifischer Dokumentationen zur Gesundheitslage von Frauen ermittelt und
- b) wie ist die Evaluierung der Daten geplant?

- a) 1996 wurde eine Expertise zu frauenspezifischen Aspekten der Gesundheitsberichterstattung in Auftrag gegeben mit dem Ziel, sowohl einen frauenpolitischen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder zu leisten als auch Kriterien für einen Frauengesundheitsbericht zu erarbeiten, wie er in der im Rahmen der Antwort auf die Frage 1.1 genannten Untersuchung erstellt werden soll. Ob und ggf. welcher Bedarf hinsichtlich der Ermittlung frauenspezifischer Gesundheitsdaten besteht, kann erst nach Vorliegen der Untersuchungsergebnisse beurteilt werden.

Von dem durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie und das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Aufbau der Gesundheitsberichterstattung des Bundes erwartet die Bundesregierung u. a. einen wesentlich verbesserten Zugang zu Gesundheitsdaten. Mit Abschluß des Aufbaus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Ende 1997) wird das Daten-

zentrum auch zur Auswertung der Gesundheitslage von Frauen genutzt werden können. Im übrigen sieht die Diagnosestatistik als Teil der amtlichen Krankenhausstatistik neben der Berücksichtigung anderer Merkmale auch eine Erhebung nach dem Geschlecht vor. Der für die Jahre 1997 ff. vorgesehene Gesundheitssurvey, der repräsentativ für ganz Deutschland sein soll, wird neue Daten auch zur Bewertung der gesundheitlichen Lage von Frauen liefern (s. auch Antwort zu Frage 4.12).

- b) Die Datenquellen und die Datenbestände, die in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes einbezogen werden sollen, werden einer Evaluierung unterzogen.

- 1.4 Welche spezifischen Unterschiede bestehen in der Sterblichkeit, den Todesursachen, der allgemeinen gesundheitlichen Situation und dem Gesundheitsverhalten bei Frauen im Vergleich zu Männern in der Bundesrepublik Deutschland?

In der Bundesrepublik Deutschland haben Frauen, wie in allen Industriegesellschaften der Gegenwart, eine längere durchschnittliche Lebenserwartung und niedrigere Gesamtsterblichkeit als Männer. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied ist derzeit in den Altersgruppen von Anfang 20 bis Anfang 30 am höchsten (ca. 2,5- bis 3mal so hoch wie bei den Männern) und nimmt dann langsam ab. Bis zum Alter von Anfang 70 bleibt die Sterblichkeit der Männer noch knapp doppelt so hoch wie die der Frauen und sinkt dann auf das 1,5- bis 1,2fache.

(Beispiel: Die abgekürzte Sterbetafel 1992/1994 für Deutschland weist für 25jährige Männer eine Sterbewahrscheinlichkeit von 103 Gestorbenen je 100 000 Gleichaltrige auf, die damit 2,8mal so hoch ist wie die der Frauen mit 37 je 100 000; für 85jährige sind die entsprechenden Werte 14 938 bei den Männern und 10 971 bei den Frauen, was einer 1,4mal so hohen Sterblichkeit der Männer entspricht.) Die Lebenserwartung gibt Anhaltspunkte dafür, wie erfolgreich sich die Gesellschaft um die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit bemüht hat.

In der Bundesrepublik Deutschland beträgt die mittlere Lebenserwartung eines männlichen Neugeborenen derzeit (bezogen auf die aktuelle Sterbetafel 1989/1991) 72,68 Jahre, eines weiblichen Neugeborenen 79,08 Jahre. Die Geschlechtsdifferenz in der mittleren Lebenserwartung beträgt demnach gegenwärtig 6,4 Jahre. Mehr als die Hälfte der weiblichen Bevölkerung wird 80 Jahre alt, bei der männlichen Bevölkerung sind es nur etwas mehr als ein Drittel. Die Lebenserwartung der Frauen war in den letzten 120 Jahren in allen Altersstufen höher als die der Männer. Doch nimmt die Differenz mit zunehmendem Lebensalter ab, ohne ganz zu verschwinden.

Da die altersspezifischen Überlebenswahrscheinlichkeiten der weiblichen Population im höheren Lebensalter gegenwärtig schneller zunehmen als die der männlichen Population, kann auch zukünftig mit einer

höheren Lebenserwartung der Frauen gerechnet werden.

Die Sterblichkeit der Frauen in allen Altersklassen nimmt seit 120 Jahren mehr oder minder kontinuierlich ab. Die Sterbeziffern der Männer in der Bundesrepublik Deutschland (früheres Bundesgebiet) waren im Jahre 1961 um 35,6 %, 1970 um 47,0 %, 1980 um 60,8 % und 1994 um 63,2 % höher als die der Frauen. Der prozentuale Unterschied hat sich allein in den letzten 30 Jahren fast verdoppelt.

Die höhere Sterblichkeit der Männer ist am geringsten bei den Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und den über 85jährigen. Die „Mortalitätsschere“ zuungunsten der männlichen Bevölkerung öffnet sich insbesondere im Altersbereich von 15 bis 35 Jahren. Ein zweiter Gipfelbereich der männlichen Übersterblichkeit findet sich im Altersbereich von 50 bis 65 Jahren.

Stark verkürzt wird die allgemeine Lebenserwartung, wenn diese Sterbefälle in mittleren und jüngeren Jahrgängen auftreten.

Wesentlichen Einfluß auf die geschlechtsabhängige Sterblichkeit haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insbesondere Herzinfarkt und Schlaganfall), Krebserkrankungen (Lungenkrebs), Krankheiten der Atmungsorgane (Pneumonie, Grippe, Bronchitis, Asthma), Krankheiten der Verdauungsorgane (insbesondere Leberzirrhose), Todesfälle nach Unfällen, Suiziden und anderen Gewalteinwirkungen. Bei allen diesen Todesursachen sind die altersspezifischen Sterbeziffern der Männer höher als diejenigen der Frauen.

Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen jedoch bei koronaren Herzerkrankungen (Herzinfarkt), Lungenkrebs, Leberzirrhose, Unfällen und Tod durch Gewalteinwirkung. Zwar sterben absolut gesehen mehr Frauen als Männer an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber das ist bedingt durch die höhere Lebenserwartung und die größere Anzahl von Frauen im höheren Lebensalter.

Die wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen in der unterschiedlichen Bedeutung der jeweiligen Todesursachen in den einzelnen Altersgruppen.

Bezüglich geschlechtsspezifischer Daten zu den angesprochenen Kriterien wird, zumindest für den Anteil der älteren Bevölkerung, auf den Bericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Altenberichtes der Bundesregierung hingewiesen (Drucksache 12/5897). Er ist 1993 veröffentlicht und 1996 neu aufgelegt worden. Deutliche Unterschiede werden in diesem Bericht bei den Todesursachen benannt: Für beide Geschlechter waren bakterielle Infektionen am häufigsten für den Eintritt des Todes im Verlauf des Grundleidens verantwortlich, allerdings bei den Männern mit 50 % höher als bei den Frauen mit 30 %. Bei den Männern betraf dies vor allem Lungenentzündungen, bei den Frauen Infektionen der Nieren und Harnwege.

Verschiedene Untersuchungen und Statistiken, die sich mit Daten stationärer Behandlung älterer Menschen befassen, lassen weitgehend übereinstimmend erkennen, daß bei Frauen wie Männern Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich zerebrovaskulärer Erkrankungen nicht nur die häufigste Begründung für stationäre Aufenthalte darstellen, sondern auch die Todesursachenstatistik anführen. Die zweithäufigste Behandlungsursache bei Frauen im Alter von über 65 Jahren sind die bösartigen Neubildungen (ICD 140–208), ganz knapp gefolgt von den Unfällen (Krankenhaushausdiagnosestatistik 1993). In der Todesursachenstatistik stehen bösartige Neubildungen bei beiden Geschlechtern im Alter über 65 Jahre an zweiter Stelle.

Daten aus ambulanter Betreuung älterer Patienten stehen hingegen kaum zur Verfügung. Geschlechtsdifferenzen lassen sich nicht ableiten. Bezüglich einzelner altersrelevanter Krankheiten läßt sich nach dem Ersten Altenbericht folgendes festhalten:

- Die koronare Herzkrankheit spielt bei Frauen deutlich später eine statistische Rolle als bei Männern, nämlich erst ab dem 40. Lebensjahr. Die Häufigkeit steigt jedoch bis zum 8. Lebensjahrzehnt steiler an, so daß eine Angleichung mit zunehmendem Alter stattfindet. Infolge verbesserter Prävention, Diagnostik und Therapie hat die Sterblichkeit der koronaren Herzkrankheit von 1974 bis 1984 bei den Männern um 4,1 %, bei den Frauen um 12 % abgenommen.
- Der Bluthochdruck zählt zu den häufigsten Erkrankungen älterer Menschen. Nach einer Erhebung von 1976 sind 69 % der über 70jährigen Frauen im Gegensatz zu 55 % gleichaltriger Männer betroffen.
- Von Atemwegserkrankungen sind im Alter wesentlich mehr Männer als Frauen betroffen. 1981/1982 wurde im Rahmen einer repräsentativen Erhebung zur medizinischen Versorgung im ambulanten Sektor bei den über 65jährigen Frauen in 3,9 % der Fälle eine solche festgestellt, bei den Männern in 7,7 % der Fälle. Chronische Bronchitiden mit Lungemphysem werden bei Frauen nur in 30 % der Fälle festgestellt, bei Männern in 50 % der Fälle in höherem Lebensalter.

Vom Diabetes mellitus sind im Alter von mehr als 60 Jahren Frauen häufiger als Männer betroffen.

Alter in Jahren	Männliche Bevölkerung		Weibliche Bevölkerung	
	alte Bundesländer	neue Bundesländer	alte Bundesländer	neue Bundesländer
25–29	0,8	0	0,3	0,7
30–39	1,0	0	1,2	0,6
40–49	3,0	2,3	2,1	3,6
50–59	9,1	7,3	5,9	5,5
60–69	12,3	14,3	11,0	17,8
Insgesamt	5,0	4,4	4,3	5,8

Quelle: DHP-Surveys 1990 bis 1992

Nach einer Untersuchung von 1989 führt bei den bösartigen Neubildungen bei Männern das Bronchialkarzinom, bei Frauen das Mamma-Karzinom mit 16,5 %, es folgen nichtmelanotischer Hautkrebs, Dick-

darmkrebs mit 10,7 % und Magenkrebs mit 7,9 %. Der sogenannte Sexualquotient (Morbidity w/Morbidity m) belegt für folgende Erkrankungen eine besondere Belastung für Frauen: Schilddrüsendysfunktion, Gallensteinleiden, entzündlicher Gelenkrheumatismus. Grundsätzlich gilt, daß Frauen aufgrund ihres natürlichen hormonellen Schutzes etwa fünf Jahre später als Männer an arteriosklerotischen Leiden erkranken. Andererseits weisen mehr Frauen zwischen 50 und 60 Jahren als Männer Übergewicht auf, ein Risikofaktor z. B. für eine Zuckererkrankung.

Eine epidemiologische Studie zur Rate schwerer Depressionen im internationalen Vergleich von zehn Ländern (Journal of the American Medical Association, 1996, 276 bis 293) zeigt, daß Frauen weltweit ein- bis dreimal so häufig schwere Depressionen durchmachen wie Männer. Hauptsymptome der Depressionen an sich erweisen sich dabei als homogen, ebenso das durchschnittliche Alter zu Beginn der Depression.

Auch der Altenbericht gibt übereinstimmend an, daß in der Gruppe der schweren Depressionen die über 65jährigen Frauen, Verwitwete und Alleinlebende gegenüber Verheirateten und Männern überwiegen.

Von dementiellen Erkrankungen scheinen Frauen in höherem Alter häufiger als Männer betroffen zu sein (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Regina Schmidt-Zadel, Ingrid Becker-Inglau, Dr. Ulrich Böhme (Unna) und der Fraktion der SPD „Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland“ vom 10. Juli 1996, Drucksache 13/5257). Die Aussage wird jedoch relativiert durch eine Reihe konfundierender Variablen. Frauen erreichen aufgrund ihrer grundsätzlich höheren Lebenserwartung eher ein Alter, das die Manifestation dementieller Erkrankungen erlaubt, zudem spielen z. B. Faktoren wie Bildung eine Rolle.

Ergänzende Informationen zu geschlechtsspezifischen Differenzen bei alten Menschen ergeben sich aus der „Berliner Altersstudie“ (K. U. Mayer u. P. B. Baltes (Hrsg.), Berlin, 1996) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:

- Männer leiden im Alter eher an lebensbedrohlichen Erkrankungen, während Frauen stärker nicht-lebensbedrohliche, aber chronische Beschwerden haben. Bei ersteren treten häufiger Herzinfarkte und chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, bei letzteren dagegen Osteoarthritis, Osteoporose und Herzinsuffizienz auf. Die Mortalitätsrate für dieselben Krankheiten liegt bei Frauen niedriger als bei Männern. Frauen empfinden und beschreiben ihr subjektives Gesundheitsgefühl als eher mäßig bis schlecht, Männer hingegen als gut und sehr gut.
- Frauen werden eher als seelisch krank diagnostiziert als Männer. In hohem Alter (über 80 Jahre) verringern sich Geschlechtsunterschiede für depressive Erkrankungsarten bzw. findet eine Umkehrung des bis dahin geltenden Verhältnisses statt: Jetzt sind eher Männer als Frauen betroffen. Mit Ausnahme von Zwangserkrankungen neigen

Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer zu irgendeiner Form von Angst.

Auch beim Gesundheitsverhalten bestehen charakteristische Unterschiede. Männer weisen häufiger risikobehaftete und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen auf als Frauen (z. B. höherer Alkohol- und Zigarettenkonsum etc.). Lebensstil und kulturelle Gegebenheiten sind Risikogrößen für Erkrankungen. Das Präventionsverhalten, die Auswirkungen geschlechtsspezifischer Rollenstrukturen, geschlechtsabhängige Lebensstile und Berufspositionen haben auf die Morbiditätsraten, Sterblichkeitsraten und Lebenserwartungswerte der beiden Geschlechter eine ebenso differente Auswirkung wie die geschlechtsabhängigen Reaktionen auf Stresssituationen. Das erhöhte Sterberisiko der männlichen Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 35 wird beispielsweise hauptsächlich von geschlechtstypischen riskanten und unvorsichtigen Verhaltensweisen geprägt (vorwiegend Verkehrsunfälle).

Frauen nehmen häufiger medizinische Vorsorgeleistungen in Anspruch als Männer. So hält eine aktuelle Statistik des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung zur Früherkennung von Krebs fest, daß sich 30 bis 35 % der anspruchsberechtigten Frauen, aber nur 12 bis 15 % der Männer einer kostenlosen präventiven Untersuchung unterziehen. Frauen berichten auch bereitwilliger über Symptome und Krankheiten. Daher liegen über Frauen auch mehr medizinische Daten vor. Die Gesundheitssozialisation verläuft bei Frauen anders als bei Männern. Die genetisch ohnehin ungünstigere Disposition der Männer gegenüber den Frauen wird durch das geschlechtsdifferente Gesundheitsverhalten weiter verschlechtert. Es ist auch davon auszugehen, daß für den Bereich des Gesundheitsverhaltens Bildung und sozio-ökonomischer Status eine bedeutende intervenierende Rolle spielen.

- 1.5 Welche biologischen und sozialen Faktoren sind bekannt, die für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede ursächlich sind?

Werden hierzu in der Bundesrepublik Deutschland ausreichend Forschungen durchgeführt?

Die Frage nach den biologischen und sozialen Faktoren für geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheitslage tangiert ein sehr weites Feld. Für die biologischen Faktoren sei exemplarisch auf die herausragende Rolle der Hormone für die Frauengesundheit hingewiesen. Nach dem heutigen Kenntnisstand, der im wesentlichen auf Studien aus den USA beruht, haben Östrogene einen schützenden Effekt auf die Entwicklung von kardiovaskulären Erkrankungen und Osteoporose und verbessern die Überlebensrate bei bereits bestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Damit wird die geringere Morbidität und Mortalität an Herz-Kreislauf-Krankheiten von Frauen vor den Wechseljahren erklärt. Mit der Menopause wird die Östrogen-Produktion im weiblichen Körper verringert, was zu einem Anstieg der Herz-/Kreislauf-Erkrankungen führt. Gleichzeitig werden insbesondere syntheti-

sche Östrogene als ein möglicher Risikofaktor für die Entstehung einiger Krebsarten diskutiert, was jedoch noch nicht zweifelsfrei wissenschaftlich belegt werden konnte.

Zu den genetisch-theoretischen Argumenten zur Erklärung der höheren Lebenserwartung der Frau gehören folgende:

Im Gegensatz zum Mann (XY) verfügt die Frau über zwei X-Chromosomen. Eines davon ist in jeder Körperzelle genetisch inaktiv. Ob es aber das vom Vater oder von der Mutter geerbte X-Chromosom ist, bestimmt der Zufall für jede Zelle. Deshalb wird sich eine Schädigung eines X-chromosomalen Gens bei der Frau immer nur in 50 % ihrer Körperzellen auswirken, beim Mann jedoch stets in 100 %. Der Mann ist für Mutationen auf dem X-Chromosom also „empfindlicher“ als die Frau (vgl. auch Erkrankungen wie Hämophilie und Muskeldystrophie, bei denen Frauen lediglich Überträgerinnen sind, Männer hingegen manifest erkranken).

Darüber hinaus schließen Wissenschaftler nicht aus, daß auf dem X-Chromosom Gene liegen, die für die Langlebigkeit des Menschen von Bedeutung sind. Auch hier wäre die Frau mit zwei X-Chromosomen im Vorteil.

Schließlich kann es bei Frauen vorkommen, daß selbst das inaktive X nicht völlig „abgeschaltet“ ist, sondern teilaktiv. Träfe das speziell für die postulierten Langlebigkeitsgene zu, würde die Frau über eine „doppelte Dosis“ in jeder Körperzelle verfügen.

Dennoch könnte der überwiegende Teil der Geschlechtsdifferenzen genauso gut durch höhere Unfall-, Krebs- und Infarkthäufigkeit des männlichen Geschlechts erklärt werden. Neben den hormonellen und damit wiederum biologischen Einflüssen spielen hier das risikoreiche Verhalten und der Lebensstil eine mitbestimmende Rolle.

Die Wissenschaftler gehen heute zwar von einer weitgehend genetischen Determinierung von Alter und Langlebigkeit aus, jedoch erweist sich eine eindeutige Trennung genetischer von Umweltfaktoren als äußerst schwierig. Der Alterungsprozess ist Ergebnis einer Interaktion zwischen endogenen konstitutionellen Mechanismen und externen Langlebigkeitsfaktoren.

Hinsichtlich des Einflusses von sozialen Faktoren auf die Gesundheitslage weisen viele Studien darauf hin, daß spezifische Lebenslagen und Lebensweisen den Gesundheitszustand bei beiden Geschlechtern beeinflussen. Mit Hilfe der Daten aus dem Nationalen Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-/Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) konnte gezeigt werden, daß z. B. die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Schichten bei Frauen einen weniger starken Einfluß hat als bei Männern, obwohl auch hier bei einigen Aspekten von Gesundheit ein Schichteinfluß nachweisbar ist.

Einen positiven Einfluß der Teilnahme am Erwerbsleben haben frühere Untersuchungen nahegelegt. Danach zeigten berufstätige Frauen weniger Krankheitsverhalten, waren aber auch geneigt, eher ärztliche

Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das Thema „Frauen, Arbeitsmarkt und Krankheit“ gerät immer wieder in den öffentlichen Diskurs – je nach Arbeitsmarktlage. Im Gegensatz zu vielfach geäußerten Meinungen haben Frauen nicht mehr Fehlzeiten aufzuweisen als Männer.

Die im Auftrag des ehemaligen Bundesministeriums für Familie und Senioren 1992 durchgeführte Untersuchung „Die demographische Bedeutung des Familienstands“, veröffentlicht als Band 44 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, enthält im Kapitel 3.5 eine Auswertung der amtlichen Statistik im Hinblick auf die Auswirkungen von Familienstand, Alter und Geschlecht auf die Gesundheit und die Sterblichkeit.

Die Sterblichkeit bei den verheirateten Frauen ist ebenso wie bei den verheirateten Männern am niedrigsten; bei jüngeren Frauen allerdings unterscheidet sich die Sterblichkeit lediger Frauen nur unwesentlich von der der verheirateten Frauen. Vermutet wird, daß dieser Befund vor allem darauf zurückzuführen sei, daß verheiratete Personen geringerem Streß und weniger gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt seien, auch sei im Fall einer Erkrankung die Betreuung eher gesichert. Exakte wissenschaftliche Befunde, die diese Unterschiede erklären, liegen jedoch nicht vor.

Dem Fünften Familienbericht „Familien und Familienpolitik im geeinten Deutschland“, 1994, zufolge kann aus der Tatsache, daß Verheiratete eine höhere Lebenserwartung haben, nicht geschlossen werden, daß allein das Leben in einer Familie schon ein geringeres Krankheitsrisiko darstelle. Allerdings wird auch hier vermutet, daß im Regelfall eine gesunde Lebensweise durch das Zusammenleben in der Familie gefördert wird. Jedoch können ungünstige Familienverhältnisse den Gesundheitszustand auch genauso gut nachhaltig negativ beeinflussen.

Alles in allem sind im Hinblick auf die unterschiedlichen Krankheits- und Sterberaten der Geschlechter auch international noch keine zusammenfassenden Theorien vorgelegt worden. Im Vergleich zu anderen Ländern (USA, Skandinavien) hat die Forschung in der Bundesrepublik Deutschland diese Fragestellung bislang kaum aufgegriffen. Einzelne Fragestellungen zum Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage werden in aktuellen Projekten der Public Health-Forschungsverbände untersucht (s. Frage 9.6).

- 1.6 a) Wie hoch ist die Sterblichkeits- und Neuerkrankungsrate an Brustkrebs in Deutschland?
- b) Welche biologischen und sozialen Risikofaktoren sind bekannt (z. B. Ernährung, Östrogensubstitution, psychische Faktoren)?
- c) Wie hoch ist die Belastung der Frauen in Deutschland durch diese Risiken?
- d) Welche effektiven Programme zur Prävention sind bekannt?

a) Es ist derzeit nicht möglich, exakte Angaben zur Zahl der deutschen Frauen zu machen, die jährlich an Brustkrebs neu erkranken. Dazu wäre eine flächendeckende bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung erforderlich, wie das Krebsregistergesetz sie für die Zukunft vorsieht. In Zusammenarbeit mit den bevölkerungsbezogenen Krebsregistern der Bundesrepublik Deutschland und auf der Grundlage der zur Zeit zuverlässigsten Erkrankungsdaten des saarländischen Krebsregisters sowie der letzten vollständigen Erhebung des ehemals nationalen Krebsregisters der DDR und der gesamtdeutschen Bevölkerungs- und Todesursachenstatistik wird jedoch von der Dachdokumentation Krebs im Robert Koch-Institut (RKI) eine Schätzung der jährlich zu erwartenden Krebserkrankungsfälle in Deutschland vorgenommen. Nach dieser Schätzung treten jedes Jahr etwa 35 000 neue Fälle in den alten Bundesländern und 7 000 Fälle in den neuen Ländern auf. An Brustkrebs sterben jährlich ca. 15 000 Frauen in den alten Bundesländern und ca. 3 000 Frauen in den neuen Bundesländern.

Vor dem 30. Lebensjahr treten weniger als 1 % dieser Erkrankungsfälle auf, bis zum 45. Lebensjahr 10 %, bis zum 60. Lebensjahr bereits 35 % aller Brustkrebserkrankungen. 65 % aller Brustkrebserkrankungen werden erst im Alter über 60 Jahren diagnostiziert.

Gemäß den Erkrankungsdaten des saarländischen Krebsregisters des letzten Jahrzehnts wird jede 16. Frau in Deutschland bis zum Erreichen eines Alters von 78 ½ Jahren (der mittleren Lebenserwartung) an Brustkrebs erkranken, falls sie nicht zuvor an einer anderen Ursache verstirbt. Jede 38. Frau wird der Todesursachenstatistik gemäß vor Erreichen dieses Alters an Brustkrebs versterben.

b) Nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand ist das Alter eine der wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten von Brustkrebs. Bis zur Menopause steigt die Brustkrebsinzidenz etwa zweifach pro Lebensdekade; danach ist die Zunahme wesentlich langsamer. Unter den benignen Brusterkrankungen weist die schwere atypische epitheliale Hyperplasie ein 4- bis 5fach erhöhtes Risiko für das Auftreten von Brustkrebs auf; dieses Risiko verdoppelt sich beim Vorliegen von Brustkrebs in der Familienanamnese (Verwandte ersten Grades).

Brustkrebs in einer Brust erhöht das Risiko einer Neuerkrankung der anderen Brust um das 4- bis 5fache. Betrachtet man nur die Familienanamnese, so haben ein Drittel aller Brustkrebs-Patientinnen in ihren Familien eine oder mehrere Verwandte ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs. Diese familiäre Häufung kann Ausdruck eines einzelnen Gens, aber auch „multifaktoriell“ bedingt sein, d. h. auf der Beteiligung exogener Faktoren und mehrerer noch nicht bekannter Gene beruhen. Etwa 5 % aller Frauen, die an Brustkrebs erkranken, tragen das BRDA₁-Gen, das aufgrund gegenwärtiger Schätzungen zu einem Risiko von 70 bis 90 % führt, im Laufe des Lebens an Brust- und/oder Ovarialkrebs

zu erkranken. Daraus folgt, daß etwa 0,3 bis 0,4 % aller Frauen diese Genmutation tragen, die zu einer Brustkrebs-Erkrankung disponiert. Es ist jedoch davon auszugehen, daß auch andere Genveränderungen zur Brustkrebsentstehung führen können. Derzeit wird von einem Anteil von ca. 8 bis 10 % genetisch (erblich) bedingter Brustkrebsfälle ausgegangen.

Strahlenexposition führt zu einer Erhöhung des Brustkrebsrisikos, abhängig von Zeitpunkt und Umfang der Exposition. Unter Berücksichtigung der erforderlichen qualitätssichernden Maßnahmen für Mammographiescreening von Frauen über 50 Jahren ist dieses Risiko sehr gering. Außerdem zu berücksichtigen ist die infolge des Mammographiescreenings in dieser Altersgruppe beobachtete Senkung der Brustkrebsmortalität. Die Auswirkungen der entsprechenden Strahlenexposition bei jüngeren Frauen sind nicht eindeutig geklärt.

Hinsichtlich der verhaltensabhängigen Risikofaktoren haben einige tierexperimentelle Studien gezeigt, daß ein hoher Anteil an tierischen Fetten in der Ernährung die Entwicklung von Brustkrebs zu begünstigen scheint. Für den Menschen ist eine solche Beziehung bisher nicht gesichert. Übergewicht allgemein steigert jedoch das Brustkrebsrisiko und verschlechtert die Prognose bei Patientinnen mit postmenopausalem Brustkrebs. Auch eine hohe Alkoholzufuhr ist mit einem erhöhtem Brustkrebsrisiko assoziiert. Obgleich keine direkten Beziehungen ersichtlich sind, gilt es jedoch als sehr wahrscheinlich, daß die Ernährung das Brustkrebsrisiko durch hormonelle Mechanismen beeinflusst.

Die Einnahme von oralen Kontrazeptiva zwischen den Geburten in der dritten Lebensdekade geht mit keinem erhöhten Risiko für Brustkrebs einher. Das Brustkrebsrisiko ist erhöht bei jüngeren Frauen, die hormonelle Kontrazeptiva über einen mindestens vierjährigen Zeitraum vor der ersten Geburt eingenommen haben. Nach 10- bis 15jähriger Östrogensubstitution ist das Brustkrebsrisiko um 50 % erhöht. Daten über das Risiko der kombinierten Östrogen- und Gestagensubstitution sind spärlich, deuten jedoch auf ein höheres Risiko als die alleinige Östrogensubstitution hin. Bei der Beurteilung der Risiken der hormonellen Substitution sollten stets die positiven Auswirkungen auf die Manifestation der ischämischen Herzkrankheit und der Osteoporose sowie auf klimakterische Beschwerden berücksichtigt werden. Ebenfalls zu bedenken ist die mögliche substitutionsbedingte Zunahme der Brustgewebisdichte, die eine mammographische Erkennung von Brustkrebs erschweren kann.

Obwohl die Ergebnisse epidemiologischer Studien zu Stresssituationen vor der Manifestation einer Krebserkrankung der Brustdrüse untereinander nicht konsistent sind, scheint vor allem der schmerzliche Verlust einer wesentlichen Bezugsperson mit der Erkrankung assoziiert zu sein. Ein solcher Zusammenhang gilt beispielsweise auch für die Entstehung einer Depression oder einer koronaren Herzkrankheit, so daß dieser Zusammenhang

nicht spezifisch für Krebserkrankungen der Brust ist.

- c) Eine zuverlässige Schätzung der Belastung der Frauen in Deutschland durch die vorgenannten Risiken kann anhand der zur Verfügung stehenden Quellen nicht vorgenommen werden. Es ist jedoch bekannt, daß bis zu 10 % der Brustkrebsfälle in den westlichen Ländern genetisch bedingt sind. Wenngleich die Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V („Check-up“ auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Risikofaktoren, Diabetes mellitus sowie Nierenerkrankungen) für Versicherte ab dem 35. Lebensjahr nicht als repräsentativ für die gesamte weibliche Bevölkerung gelten können, so weisen sie doch auf eine erhebliche Belastung der Frauen durch den Risikofaktor Adipositas hin.
- d) Während die primäre Prävention die Senkung der Erkrankungshäufigkeit anstrebt, dienen Maßnahmen der sekundären Prävention dazu, die Erkrankung in einem sehr frühen Stadium zu diagnostizieren und zu heilen.

Denkbare Ansätze zur Senkung der Inzidenz an Brustkrebs durch primäre Prävention bestehen in der hormonellen Kontrolle oder durch pharmakologische Interventionen, welche das epitheliale Wachstum und die Zelldifferenzierung beeinflussen. Entsprechende Studienergebnisse, die allgemeine Empfehlungen für die Praxis rechtfertigen würden, liegen jedoch nicht vor. Auch über die Bekämpfung von Übergewicht und Fettleibigkeit ließe sich vermutlich ein insgesamt niedrigeres Brustkrebsrisiko bei allerdings geringfügiger Zunahme prämenopausaler Erkrankungsfälle erreichen.

Als Maßnahme der Sekundärprävention kommt neben der Selbstuntersuchung der weiblichen Brust und der Tastuntersuchung im Rahmen des Krebsfrüherkennungsprogramms die alle zwei Jahre durchzuführende Mammographie bei Frauen über 50 Jahre in Frage. Durch wissenschaftliche Studien ist erwiesen, daß ein bevölkerungsweites Mammographiescreening die Brustkrebsmortalität senken kann. Die qualitätsgesicherte Einführung dieser Untersuchungsmethode wird derzeit entwickelt. Auf die Antwort zu Frage 2.12 wird verwiesen.

Darüber hinaus werden inzwischen umstrittene Überlegungen zur Chemoprävention des Brustkrebses mit Tamoxifen, einem zuvor in der adjuvanten Therapie des Brustkrebses eingesetzten Wirkstoff mit antiöstrogener Potenz angestellt. Solche oder in ähnlicher Weise eingreifende Präventionsprogramme erscheinen derzeit jedoch nur für definierte Hochrisikogruppen gerechtfertigt. Fortschritte der Genetik könnten schon bald dazu führen, daß die genetische Disposition zur Entwicklung einer Brustkrebs-Erkrankung bestimmt werden kann. Hierzu besteht jedoch noch Forschungsbedarf.

- 1.7 a) In welchem Ausmaß sind Frauen von Herz-Kreislauf-Krankheiten betroffen?
- b) Gibt es Gruppen von Frauen (soziale Gruppen, Altersgruppen), die davon besonders betroffen sind?

a) Herz-Kreislauf-Krankheiten (ICD/9 390–459) sind die häufigste Ursache für vorzeitigen Tod. Sie können nach überstandener Krankheit auch Ursache für Behinderungen und Funktionseinbußen sein, die das subjektive Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen. Das Ausmaß von Herz-Kreislauf-Krankheiten bei Frauen ist deutlich geringer als das der Männer. Die Daten aus dem Nationalen Gesundheitssurvey und dem Herzinfarktregister in Augsburg zeigen, daß Frauen eine niedrigere Prävalenz der kardiovaskulären Risikofaktoren (Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Übergewicht, Rauchen) und herz-/kreislaufspezifischer Morbidität als Männer aufweisen.

Unter den koronaren Herzkrankheiten (ICD/9 410–414) ist der Herzinfarkt die wichtigste Einzelkrankung; etwa 66 % der Erkrankten sterben innerhalb von 28 Tagen (28-Tage-Letalität). Von den in der Bundesrepublik Deutschland ermittelten 3,8 Millionen Personen, die in ihrem Leben jemals einen Myokardinfarkt oder Reinfarkt erlitten, entfallen auf Frauen im Alter von 25 bis 69 Jahren 395 000 Infarkte. Die Morbidität der Frauen ist also geringer, steigt jedoch seit den 80er Jahren an. Die Hochrechnung der Herzinfarktfälle für 25- bis 74jährige Frauen der Bundesrepublik Deutschland auf der Grundlage der Ergebnisse des Augsburger Herzinfarktregisters und der offiziellen Todesursachenstatistik für das Jahr 1990 ergab für die 10-Jahres-Altersklassen (25 bis 34, 35 bis 44, 45 bis 54, 55 bis 64, 65 bis 74) Häufigkeiten von 3, 6, 25, 152 und 627 je 100 000 der Bevölkerung.

Frauen haben eine günstigere Lebenserwartung als Männer. Im höheren Alter muß mit Multimorbidität gerechnet werden, worunter insbesondere kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen zu nennen sind. Hinsichtlich der Sterblichkeit liegen die Raten für ischämische Herzkrankheiten (Herzinfarkt) und cerebrovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall) bei Frauen deutlich niedriger als bei Männern. Für beide Geschlechter ist die kardiovaskuläre Mortalität in den letzten 15 Jahren deutlich gesunken. Dieser Trend ist jedoch bei den Männern stärker als bei den Frauen verlaufen, so daß sich der relative Vorteil des weiblichen Geschlechts leicht verringert hat.

Schlaganfall ist eine Erkrankung des höheren Alters; etwa 85 bis 95 % aller Schlaganfall-Patientinnen sind älter als 60 Jahre. Aufgrund der im höheren Alter konkurrierenden Todesursachen ist zu vermuten, daß „Krankheiten des zerebrovaskulären Systems“ als ursächliches Grundleiden auf dem Totenschein unterbelegt sind. Repräsentative Befragungen ergaben im Rahmen der Nationalen Untersuchungssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie und des Gesundheitssurvey Ost in den Jahren 1984 bis 1986, 1987 bis 1989 und 1990 bis 1991 für 25- bis 69jährige Frauen der früheren

Bundesrepublik Deutschland unveränderte Ereignishäufigkeiten an Schlaganfall von 0,8 % und in den neuen Bundesländern im Zeitraum 1991 bis 1992 bei gleichaltrigen Frauen von 0,7 % (Ereignis bezogen auf die gesamte Lebenszeit der Probandin). Es gab eine leichte Zunahme der Erkrankungshäufigkeit bei den Frauen der DDR zwischen den 70er und 80er Jahren. Als Ursache wird ein verstärkter Zigarettenkonsum sowie erhöhte Einnahme oraler Kontrazeptiva angenommen. Davon abgesehen ist der wichtigste Risikofaktor für Schlaganfall die Hypertonie.

b) Gruppen von Frauen, die besonders von Herz-Kreislauf-Krankheiten betroffen sind, sind zunächst ältere Frauen nach der Menopause; bei der Gruppe der über 75jährigen Frauen gleichen sich z. B. die Sterblichkeitsraten in etwa denen der gleichaltrigen Männer an.

Aus den Daten der Gesundheitssurveys ergibt sich für die wichtigsten kardiovaskulären Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, daß sich das Risiko mit abnehmender sozialer Schicht erhöht. Beispielsweise ist das Risiko, an Herzinfarkt zu erkranken, in der Unterschicht mehr als doppelt so hoch verglichen mit dem der Oberschicht.

Ferner haben Frauen aus Schichten mit geringerem Bildungsstand, niedrigerer beruflicher Position und geringerem Einkommen höhere Risikowerte bei der Häufigkeit des Übergewichts und des Rauchens als aus Schichten, die nach Bildung, Position und Einkommen höher einzustufen sind. Weitere Unterschiede bestehen zwischen den Frauen in den alten und neuen Bundesländern (s. Antwort zu Frage 5.1), was sich in einer höheren Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren und Erkrankungen bei den Frauen aus den neuen Bundesländern niederschlägt.

- 1.8 Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung hinsichtlich einer Geschlechtsspezifität bei gesundheitsbeeinträchtigendem Verhalten (Rauchen, Bewegungsmangel, Alkoholgenuß, Fehlernährung), und ergeben sich geschlechtsspezifisch differierende Krankheitshäufigkeiten und Krankheitsverläufe aus diesem Verhalten?

Ganz allgemein darf davon ausgegangen werden, daß gesundheitsbeeinträchtigendes Verhalten bei Männern häufiger und in stärkerer Ausprägung angetroffen wird. Dabei entwickeln sich aber in den vergangenen Jahren einige Häufigkeiten trendmäßig aufeinander zu. Zu den einzelnen Problembereichen sind folgende Fakten zu nennen:

Rauchen

Weniger Frauen als Männer sind Raucher (22 % gegenüber 38 %). Dies ist u. a. belegt in der Repräsentativumfrage „Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 1995/96“, einer Umfrage, die seit 1975 regelmäßig durchgeführt wird. Zudem rauchen Frauen durchschnittlich weniger

Zigaretten als Männer (15 gegenüber 17 Filterzigaretten pro Tag).

Für die Altersgruppe 12 bis 25 Jahre zeigen die Ergebnisse der „Drogenaffinitäts-Untersuchung“ der BZgA (1993): 40 % der männlichen Jugendlichen rauchen gegenüber 34 % der weiblichen Jugendlichen. Männliche Jugendliche rauchen im Durchschnitt 15 Zigaretten am Tag, weibliche 13 Zigaretten. Nieraucher (einschließlich „Probierer“) sind 55 % der männlichen und 61 % der weiblichen Jugendlichen.

Tabakbedingte Todesfälle sind entsprechend dem Raucherverhalten bei Männern häufiger als bei Frauen (Deutschland 1990: 95 000 Männer, 17 000 Frauen, nach Peto et al.). Während die Sterbeziffern bei Männern auf hohem Niveau stagnieren oder zurückgehen, sind bei Frauen die Trends (auf niedrigerem Niveau) ungünstiger, d. h. ansteigend bzw. weniger stark zurückgehend als bei Männern.

Nach einer norwegischen Studie (Njølstad et al., 1996) haben rauchende Frauen mittleren Alters ein 2- bis 3fach höheres relatives Risiko für Herzinfarkt als Männer. Es gibt nur wenige solcher Studien, die Frauen mit einbeziehen. Frauenspezifisch sind gesundheitsschädliche Auswirkungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft sowie mit der Einnahme oraler Kontrazeptiva. Zigarettenrauchen ist Risikofaktor für die Entstehung verschiedener chronischer Erkrankungen (z. B. Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Bedingt durch die starke Zunahme des Anteils von Frauen mit langjährigem Zigarettenkonsum steigt seit Mitte der 70er Jahre die Lungenkrebsmortalität bei Frauen stark an, während bei den Männern die Lungenkrebsmortalität seit längeren Jahren auf hohem Niveau relativ konstant ist. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes war 1995 für 23 009 Männer und 6 972 Frauen ein Bronchialkarzinom die Todesursache.

Bewegungsmangel

Zur Ausübung von Sport- und Freizeitaktivitäten liegen Informationen aus verschiedenen Studien vor:

- Nationaler Gesundheitssurvey 1990 bis 1992
- Nationale Verzehrsstudie 1985 bis 1989
- Verbundstudie „Ernährungserhebung und Risikofaktorenanalytik“, sog. VERA-Studie (Kübler et al. 1994)

Differenzierte Ergebnisse sind u. a. diesen Studien zu entnehmen.

Allgemein zusammenfassend läßt sich sagen:

- In allen Altersgruppen treiben Frauen weniger Sport als Männer (40,2 % gegenüber 50,6 %).
- Leistungssportarten, Mannschaftsspiele und hochintensive Ballsportarten werden von Frauen weniger häufig betrieben.
- Dagegen gehen Frauen häufiger als Männer spazieren, fahren Rad, tanzen, turnen, schwimmen.

Offen bleibt, ob die geschlechtsspezifischen Unterschiede möglicherweise auch durch körperlich anstrengende Tätigkeiten der Frauen im Haushalt ausgeglichen werden.

Die körperlichen Folgen des Bewegungsmangels sind nicht eindeutig. Bei inaktiven Frauen sind im Vergleich zu aktiven Frauen häufiger Diabetes, Venenleiden, Durchblutungsstörungen der Beine, Bluthochdruck, starkes Übergewicht, Harnsäureanstieg, Bronchialasthma, Verdauungsbeschwerden und körperliche Einschränkungen der oberen Gliedmaßen festzustellen. Es läßt sich jedoch aus diesen Untersuchungen nicht ableiten, ob Inaktivität die Ursache oder die Folge dieser Erkrankungen ist. Da sich sportlich aktive Menschen im Durchschnitt gesünder ernähren, weniger rauchen und weniger Alkohol trinken, ist ein Einfluß der körperlichen Aktivität auf Krankheitshäufigkeiten und -verläufe in vielen Studien nur schwer abzuschätzen. Bewegungsmangel und geringe körperliche Leistungsfähigkeit sind aber bei Frauen und Männern gleichermaßen wichtige Risikofaktoren z. B. für Herz-/Kreislauf- und Krebserkrankungen. Neuere epidemiologische Daten, die Auskunft über Veränderungen und Trends im geschlechtsspezifischen Verhalten bezüglich der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren (Rauchen, Bewegungsmangel, Hypertonie und Hypercholesterinämie) geben, sind der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie zu entnehmen.

Fehlernährung

Übergewicht

Ein zentrales gesundheitliches Problem stellt in unserer Gesellschaft die Überernährung dar. Nach der Repräsentativerhebung „Aktionsgrundlagen der BZgA“ (1995/1996) haben 21 % der erwachsenen Frauen und 18 % der Männer erhebliches Übergewicht. Bis zum 30. Lebensjahr ist der Anteil Übergewichtiger bei Frauen und Männern mit etwa 8 % gleich hoch. Ab dem 50. Lebensjahr steigt der Anteil stark übergewichtiger Frauen deutlich an.

In der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts und -umfangs haben Frauen eher das Gefühl übergewichtig zu sein als Männer. „Ich finde, daß ich zu dick bin“, stimmen 33 % der Frauen zu und 22 % der Männer. 22 % der Frauen und 13 % der Männer haben zielgerichtet versucht, abzunehmen.

Übergewicht wird als Risikofaktor für eine Vielzahl von Erkrankungen betrachtet, u. a. für Hypertonie, Lipidstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus Typ II, Gallenblasenerkrankungen, Lungenfunktionsstörungen, Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und für bestimmte bösartige Neubildungen (z. B. Brust- und Dickdarmkrebs). Bei Frauen im mittleren und höheren Lebensalter ist Adipositas zwar häufiger festzustellen als bei Männern, diese Risikoerhöhung spiegelt sich aber bei der Mehrzahl der genannten Krankheiten nicht in einer höheren Morbiditätsprävalenz wider.

Mangelernährung am Beispiel Osteoporose

Die Osteoporose ist eine Erkrankung in der zweiten Lebenshälfte, die vorzugsweise das weibliche Geschlecht betrifft. Schätzungen gehen davon aus, daß insgesamt 6 bis 8 Millionen Menschen in Deutschland eine Osteoporose haben und gegenwärtig jede 2. bis 3. Frau nach der Menopause an Osteoporose erkrankt.

Etwa ab dem 65. Lebensjahr sind auch Männer von der Krankheit betroffen, bei über 75jährigen Frauen und Männern wird die Prävalenz auf 50 % geschätzt. Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung rechnet die WHO damit, daß die Zahl der osteoporosebedingten Hüftgelenksbrüche in den nächsten 20 Jahren um 50 % zunehmen wird.

Als Risikofaktoren werden in der Literatur neben einer genetischen Disposition Ernährungs- und Motilitätsversäumnisse, bereits in der jugendlichen Knochenaufbauphase und verstärkt nach dem Ausfall der Östrogenproduktion bei Frauen genannt. Kalziumarme Ernährung, Immobilität sowie der Mißbrauch von Alkohol, Nikotin und Coffein fördern die Entwicklung einer Osteoporose.

Ältere Frauen sind auch deshalb besonders gefährdet, weil sie als Folge verschiedener gesundheitlicher und sozialer Faktoren oft einen unbefriedigenden Ernährungszustand aufweisen, der sich nicht allein auf ein Calcium- und Vitamin-D-Aufnahmefizit beschränkt. Beeinträchtigte Muskelfunktion und allgemein körperliche Schwäche prädisponieren dann aber zusätzlich zu Stürzen und Frakturen mit nicht selten tödlichem Ausgang.

Eßstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie)

Neben Über- scheint auch Untergewicht ein zunehmendes Problem in unserer Gesellschaft darzustellen. Bereits Anfang der 80er Jahre wurde bei 17 % der 14- bis 17jährigen Mädchen ein Körpergewicht gemessen, das mehr als 15 % unter dem Referenzwert lag (Ernährungsbericht 1984). Die Daten der Nationalen Verzehrsstudie zeigen, daß 12 % der Frauen und 4 % der Männer einen BMI (Body Mass Index) unter 20 kg/m² haben und somit als untergewichtig zu bezeichnen sind (Ernährungsbericht 1992). Im Gegensatz zum Übergewicht sind hier in erster Linie die jüngeren Altersklassen betroffen. Insbesondere bei Mädchen und jungen Frauen in den Altersklassen bis 25 Jahre ist Untergewicht relativ weit verbreitet. Bei diesen untergewichtigen Personen muß mit einer Mangelversorgung essentieller Nährstoffe gerechnet werden. Zu einem im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführten Modellprojekt „Wie schlank muß ich sein, um geliebt zu werden“ ist kürzlich der Abschlußbericht vorgelegt worden, der nicht nur die Bedeutung des Körpers in der Sozialisation weiblicher Jugendlicher beschreibt, sondern auch auf Entstehungsbedingungen und Verlaufsformen von Eßstörungen und Eßsüchten verweist. Der Abschlußbericht gibt den in den Bereichen der Suchtprävention Arbeitenden und Interessierten neue Impulse für ihre Praxis und stellt insgesamt einen Beitrag zur Weiterentwicklung zeitgemäßer Präventionsansätze dar.

Alkoholgenuß

Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Frage auf den Alkoholkonsum abstellt.

Frauen konsumieren weniger oft alkoholische Getränke als Männer und weisen dementsprechend einen höheren Anteil von Nietrinkern auf. Frauen trinken

weniger Alkohol pro Kopf als Männer; der Anteil mit gesundheitsschädlichem Konsum liegt bei Frauen ebenfalls niedriger. Eine Ausnahme bildet der Wein- und Sektkonsum: Hier zeigen Frauen ähnlich hohe oder höhere Trinkhäufigkeiten und -mengen im Vergleich zu Männern.

Nach dem Nationalen Gesundheits-Survey 1991 und dem Survey Ost 1992 (Altersgruppe 25 bis 69 Jahre) trinken 71 % der deutschen Männer mindestens einmal in der Woche Bier, bei den Frauen sind es 23 %. Spirituosen trinken 19 % der Männer und 7 % der Frauen mindestens einmal pro Woche. Der mittlere Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol beträgt bei Männern 31 g pro Tag, bei Frauen 16 g. Setzt man als Grenze für auf Dauer gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum bei Männern 60 g pro Tag und bei Frauen 40 g fest, so überschreiten diese Grenze 12 % der Männer und 10 % der Frauen. 17 % der Männer und 42 % der Frauen trinken keinen Alkohol.

Um Entwicklungstrends beim Mißbrauch psychoaktiver Substanzen schnell und frühzeitig zu erfassen, führt das Bundesministerium für Gesundheit seit vielen Jahren epidemiologische Studien durch, bei denen auch geschlechtsspezifische Unterschiede im Mißbrauchverhalten berücksichtigt werden („Repräsentativ-Erhebung 1995 – Schriftliche Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland“, Veröffentlichung des Bundesministeriums für Gesundheit, 1996).

Der Bericht gibt auch Auskunft über die Zahl derjenigen, die im Laufe eines Jahres wegen einer Alkohol- oder Nikotin-Problematik ambulante oder stationäre Hilfe suchen. Die Jahresstatistik 1995 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (EBIS) basiert auf den Daten aus 470 ambulanten Einrichtungen, davon 102 aus den neuen Bundesländern. Die Hauptdiagnose „Alkoholproblematik“ (schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit) wurden bei 45,8 % der insgesamt 15 907 ratsuchenden Frauen im Westen (gegenüber 67,3 % der insgesamt 33 947 ratsuchenden Männer) und bei 61,7 % der insgesamt 1943 ratsuchenden Frauen im Osten (gegenüber 91,8 % der insgesamt 5 915 ratsuchenden Männer) gestellt.

Die „Jahresstatistik 1994 der stationären Suchtkrankenhilfe“ (SEDOS) berichtet auf der Grundlage von 7 056 Behandlungen, daß bei 69,7 % der behandelten Frauen eine Alkoholproblematik primärer Faktor der Behandlungsbedürftigkeit war (bei den Männern 79,3 %).

Eine umfassende Abschätzung alkoholbedingter Krankheiten und Todesfälle existiert bisher für Deutschland nicht. Eine grobe Schätzung für 1992 ergibt 34 000 männliche und 21 000 weibliche Gestorbene. Am Beispiel der Leberzirrhose zeigt sich, daß Männer eine zweieinhalbfache höhere standardisierte Sterbeziffer als Frauen haben (1993: Männer 32,5/100 000, Frauen: 13,5/100 000). Zwar entwickeln Frauen schon bei geringen Alkoholmengen eine Leberzirrhose als Männer. Bedingt durch den insgesamt aber deutlich höheren Alkoholkonsum entfallen knapp zwei Drittel der durch Leberzirrhose verursachten

Todesfälle auf Männer und lediglich ein Drittel auf Frauen. Das mittlere Sterbealter für Leberzirrhose liegt bei Männern 11 Jahre, bei Frauen 14 Jahre unter der mittleren Lebenserwartung. Entgegen dem Gesamttrend für alle Todesursachen zusammen (Rückgang Männer 5 %, Frauen 6 %) stieg zwischen 1990 und 1993 die standardisierte Sterbeziffer für Leberzirrhose um 5 % (Männer) bzw. 6 % (Frauen), die Zahl durch Leberzirrhose vorzeitig verlorener Lebensjahre (Alter 1 bis 65 Jahre) um 12 % (Männer wie Frauen).

- 1.9 Stimmt die Bundesregierung dem zu, daß im o.g. Bereich weiterer Forschungsbedarf besteht, und ist sie bereit, die Einrichtung einer entsprechenden Fakultät für frauenspezifische Suchtforschung zu unterstützen?

Hinsichtlich frauenspezifischer Entwicklungsformen beim Suchtverhalten sieht die Bundesregierung zusätzlich zu den von ihr geförderten Forschungsprojekten weiteren Forschungsbedarf. Diesen zu decken, ist aber in erster Linie Sache der Länder und drittmittelgeförderter Forschungseinrichtungen.

Zur Ursachenanalyse und zur Bekämpfung des Phänomens „Sucht“ ist eine stärkere wissenschaftliche Basis im Hochschulbereich wünschenswert. Dadurch könnte auch die erforderliche wissenschaftliche Auseinandersetzung mit frauenspezifischen Aspekten und Problembereichen der Sucht verstärkt und verbessert werden.

Die Bundesregierung befürwortet die Einrichtung eines interdisziplinären Lehrstuhls für Suchtforschung. Die Einrichtung von Lehrstühlen fällt jedoch in die Kulturhoheit der Länder.

- 1.10 Welche frauenspezifischen Präventionsmaßnahmen werden aufgrund der bisherigen Erkenntnisse in den unter 1.8 genannten Bereichen angeboten, und in welchem Umfang werden sie genutzt?

Empirische Untersuchungen belegen, daß Frauen Gesundheit nicht nur anders als Männer definieren, sie nehmen Gesundheit anders wahr, bewältigen Belastungen anders und entwickeln unterschiedliche gesundheitsbezogene Verhaltensweisen.

Im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V („Check-up“) werden Frauen und Männer über spezifische Interventionsmaßnahmen hinsichtlich gesundheitsbeeinträchtigendem Verhalten (Rauchen, Bewegungsmangel, Alkoholgenuß, Fehlernährung) beraten. Im Jahre 1993 nahmen nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ca. 18 % der teilnahmeberechtigten über 35jährigen Frauen die Gesundheitsuntersuchung in Anspruch. In welchem Umfang die Teilnehmerinnen von den angebotenen Interventionsmaßnahmen tatsächlich Gebrauch machen, läßt sich anhand der Routinedokumentation nicht ermitteln.

Bezüglich der Erkenntnisse im Zusammenhang mit Präventionsangeboten der Krankenkassen auf der Grundlage von § 20 SGB V und der derzeitigen Rechtslage wird auf die Antwort zu Frage 2.2 verwiesen.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich daher auf den Zeitraum, als der § 20 SGB V in der bis Ende 1996 gültigen Fassung bestand: Am meisten wird im Sport- und Fitneßbereich geschlechtsspezifischen Interessen entsprochen. Krankenkassen, Sportvereine und andere Institutionen (u. a. Volkshochschulen, Fitneßclubs, Freizeiteinrichtungen) unterbreiten viele Angebote für frauenspezifische Sportarten und Bewegungsformen (Aerobic, Gymnastik, Entspannungsübungen, Ballspiele etc.), die dem Bedürfnis der Frauen nach sozialen Kontakten und Wohlbefinden Rechnung tragen. Angebote zu Rückenschulen und zur Entspannung/Abbau von Streß beziehen meist beide Geschlechter in die Aktivitäten ein.

Angaben zur Inanspruchnahme o.g. Aktivitäten basieren auf den Ergebnissen des Nationalen Gesundheitssurveys 1991, auf der Statistik des Deutschen Sportbundes 1995 und Angaben der Krankenkassen. Im letzten Survey gaben 15,9 % der 25- bis 69jährigen bundesdeutschen Frauen an, in den letzten 3 Jahren an Kursen, Aktionen und anderen Veranstaltungen zur gesunden Lebensführung/Gesundheitsförderung teilgenommen zu haben. Über 60 % nutzten dabei die Angebote im Gesundheitssport und im Bereich Entspannung/Streßabbau. Bis zum 50. Lebensjahr werden die Maßnahmen von 18 % der Frauen wahrgenommen, danach sinkt die Teilnahme auf 12,6 %. Oben genannte Möglichkeiten werden nur von 7,5 % der Männer genutzt, wobei die Interessen an Bewegungsmaßnahmen, Entspannung sowie Streßbewältigung mit über 60 % denen der Frauen entsprechen.

An Angeboten der Krankenkassen haben nach Auskunft des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen von 1993 bis 1994 insgesamt 8 % der Bevölkerung teilgenommen. Der Anteil der Frauen beträgt hieran über 70 % (mittleres Alter) und ist insgesamt eher den oberen sozialen Schichten zuzuordnen. Erklärt wird die deutlich höhere Teilnahme von Frauen an Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit einem ausgeprägteren Gesundheitsbewußtsein bzw. Interesse an gesundheitlichen Themen bei Frauen als bei Männern.

Frauen wollen eher zukünftigen Beschwerden vorbeugen, während Männer häufig erst bei bereits bestehenden Beschwerden Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Ferner bevorzugen Frauen bei der Inanspruchnahme der Maßnahmen eher Angebote wie Gymnastik, Entspannungstechniken, Atemschulung und Massage, während Männer eher zur Inanspruchnahme von Fitneß-, Sport- sowie zu Streßbewältigungsmaßnahmen tendieren. Bei dem Nutzen von Maßnahmen durch unterschiedliche Träger werden die Maßnahmen der Krankenkassen mit 45 % am häufigsten genutzt (33 % freie Träger wie Kirchen, Vereine, 25 % Volkshochschulen).

Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden von Männern mit 37 % häufiger genutzt als von

Frauen mit 30 %. Im Ost-West-Vergleich zeigt sich, daß westdeutsche Frauen häufiger an Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilnehmen als ostdeutsche Frauen [alle Angaben aus der EFB Studie (EFB = Epidemiologische Forschung Berlin), Untersuchung zur Umsetzung des § 20 SGB V durch die Krankenkassen, Berlin 1994].

In Sportvereinen sind bundesweit ca. 20 % Frauen aller Altersgruppen organisiert. Der Frauenanteil in den Vereinen beträgt im Durchschnitt 30 bis 35 %. Während jedes zweite Mädchen im Schulalter in einem Verein organisiert ist, ist im Alter von 22 bis 35 Jahren nur noch jede fünfte Frau sportlich aktiv. Ergebnisse aus Schülerstudien unterstreichen, daß bereits von der 7. zur 10. Klasse der Organisationsgrad der Mädchen in Vereinen und Schulsportgruppen sinkt und regelmäßige sportliche Aktivitäten der Mädchen abnehmen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, wird im Rahmen von Aktionen „Bewegte Schule“ des Europäischen Netzwerkes „Gesundheitsfördernde Schulen“ und der „Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsfördernde Schulen“ (DGGS) verstärkt auf eine Bewegungsförderung im Unterricht und in der Pause hingearbeitet. Weiterhin wird darauf hingewiesen, nicht nur im Freizeitsport, sondern auch im Schulsport Mädchenspezifische Bedürfnisse stärker zu berücksichtigen, um das Interesse an körperlich/sportlicher Aktivität zu fördern und über die Schulzeit hinaus zu erhalten.

Präventionsbemühungen im Ernährungsbereich zielen vorrangig auf die Vermittlung von Wissen über Lebensmittel und eine gesunde Ernährung sowie auf die Anleitung zum richtigen Ernährungsverhalten. Angebote der Krankenkassen vermitteln diese Kenntnisse, zunehmend verbunden mit einer Demonstration der Zubereitung von Mahlzeiten und eigener Beteiligung der Teilnehmer. Der Anteil an Ernährungskursen (Gewichtsreduzierung, Vollwerternährung, Ernährung in der Schwangerschaft) im Programm der Kassen schwankt zwischen 15 bis 20 %. Dabei überwiegt die Beteiligung der Frauen. Das bezieht sich auch auf die Teilnahme an Kursen zur Gewichtsreduzierung, die mit ca. 50 % die Hälfte der Inanspruchnahme der Ernährungsberatung ausmachen.

Nach Ergebnissen des Nationalen Surveys 1991 nutzen von den Teilnehmerinnen an gesundheitsfördernden Veranstaltungen 54,9 % Kurse zur gesunden Ernährung und 21,2 % Kurse zur Gewichtsreduktion über den erfragten Zeitraum von 3 Jahren.

Im Hinblick auf eine Veränderung allgemeiner Eßgewohnheiten erscheint es wünschenswert, Männer stärker in präventive Maßnahmen einzubeziehen, da das Eßverhalten in der Familie wesentlich von Männern mitbestimmt wird, d. h. in der Regel kochen Frauen nach den Wünschen der Männer.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat eine Broschüre zu Eß-Störungen (Bulimie – Magersucht – Eßsucht) herausgegeben, die sich insbesondere an Mädchen/junge Frauen wendet, da Eß-Störungen wesentlich häufiger bei weiblichen

Jugendlichen auftreten als bei männlichen Jugendlichen.

Eine frauenspezifisch ausgerichtete Präventionsarbeit ist im Bereich der Suchtvorbeugung noch nicht weit verbreitet, findet aber in den letzten 15 Jahren zunehmend Berücksichtigung. Vor allem im Bereich der psychosozialen Frauenarbeit (Aus- und Weiterbildung für Frauen, Erwachsenenbildung für Frauen, Beratung und Behandlung von Frauen) wurde in bezug auf die besonderen Lebensprobleme von Frauen ein ganzheitlicher theoretischer Ansatz entwickelt. Dazu gehörte auch die Auseinandersetzung mit Fragen zum Problembereich Frauen und Sucht.

Um im primärpräventiven Bereich gezielt geschlechtsspezifisch ansetzen zu können, hat die BZgA eine Studie zu „Praxisansätze und Theorieentwicklung der geschlechtsbezogenen Suchtprävention in der Jugendphase“ in Auftrag gegeben, die Ende 1996 abgeschlossen wurde.

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (die vorwiegend im sekundärpräventiven Bereich tätig ist) gibt mit finanzieller Beteiligung der BZgA eine Broschürenreihe für Frauen unter dem Motto „Frau Sucht Gesundheit“ heraus. Im Rahmen dieser Broschürenreihe liegen Broschüren zum Rauchen, zum Suchtverhalten und zur Co-Abhängigkeit bzw. „Beziehungssucht“ vor.

Frauenspezifische Prävention im Hinblick auf den Zigaretten- und Alkoholkonsum ist vor allem ein Thema bei der Zielgruppe der Schwangeren. Im Rahmen der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen werden die Frauen auf die gesundheitsschädigenden Wirkungen des Rauchens und des Alkoholkonsums für die Entwicklung des Kindes aufmerksam gemacht. Es existieren dazu Materialien der BZgA (Schwangerschaft/Elternschaft/Baby) und Materialien der Krankenkassen.

Die gesellschaftliche Akzeptanz frauenspezifischer Ansätze entwickelte sich nur zögerlich. Schwerpunkte in der suchtpreventiven Arbeit mit Mädchen und Frauen sind neben den Problemfeldern Medikamenten, Alkohol, Eßstörungen auch sexueller Mißbrauch und die daraus resultierenden gesundheitlichen Belastungen. So gibt es in letzter Zeit Mädchenprojekte, die an spezifischen Konfliktbereichen/-situationen der Mädchen ansetzen und auch die Themenfelder „Gewalt“ und „Sexualität“ umfassen, um über die Stärkung des Selbstbewußtseins und die Vermittlung von Bewältigungsstrategien Konfliktlösungen anzubieten.

Im Oktober 1995 fand in Bonn ein von der für die Drogenbekämpfung des Europarates zuständigen Pompidou-Gruppe veranstaltetes Symposium mit Experten aus 25 Ländern zum Thema „Frauen und Drogen“ mit dem Schwerpunkt zielgruppenspezifische Prävention statt. Das Symposium beschäftigte sich mit dem Stand der Forschung und analysierte den Forschungsbedarf, der vor allem in einer generationsübergreifenden Forschung gesehen wird. Es wurde deutlich, daß geschlechtsspezifische Präventionsmaßnahmen sinnvoll

sind und sie deshalb zum Angebotsspektrum in der Prävention gehören.

- 1.11 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung hinsichtlich einer Frauenspezifität bei chronischen Erkrankungen wie z. B. Diabetes und Rheuma und hinsichtlich deren Verlauf?

Bezogen auf die Morbidität insgesamt zeigen die Ergebnisse der Krankheitsartenstatistik (Betriebskrankenkassen) deutlich andere Verteilungen nach Krankheitsarten für Männer und Frauen. So sind die zusätzlichen Lebensjahre, die Frauen gegenüber Männern haben, deutlich häufiger mit chronischen Krankheiten besetzt.

Diabetes mellitus

In der Diabetikerpopulation Deutschlands überwiegen alte und sehr alte Menschen. Jenseits des 70sten Lebensjahres leidet ca. jeder 4. bis 5. an einem Diabetes mellitus. Da die Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben, ist der Diabetes mellitus im höheren Lebensalter häufiger bei Frauen anzutreffen.

Besondere Probleme haben Frauen mit Diabetes mellitus in der Schwangerschaft. Ihr Stoffwechsel ist labil und muß besonders intensiv überwacht und therapiert werden. Wenn Diabetikerinnen in der Schwangerschaft engmaschig von Gynäkologen und Diabetologen betreut werden, sind schwerwiegende kindliche Komplikationen genauso selten wie bei stoffwechselgesunden Frauen.

Gestationsdiabetes (GDM)

Gestationsdiabetes bedeutet gestörte Glukosetoleranz in der Schwangerschaft. Er tritt bei 1 bis 2 % aller Schwangerschaften in der Bundesrepublik Deutschland auf. Der Gestationsdiabetes kann nachteilige Folgen für die Schwangere, den Fötus in seiner intrauterinen Entwicklung und das Neugeborene haben. Ein Teil der Gestationsdiabetikerinnen hat einen echten Insulinmangel. Sie benötigen in der zweiten Schwangerschaftshälfte Fremdinsulin. Der größere Teil der Gestationsdiabetikerinnen ist in der Lage, die eigene Insulinproduktion während der Schwangerschaft zu steigern. Es kann aber zu einem relativen Insulinmangel kommen, wobei ebenfalls Fremdinsulin zugeführt werden muß.

Der Übergang von schwangerschaftsbedingten Stoffwechseleränderungen zur diabetischen Stoffwechsellaage in der Schwangerschaft ist fließend. Nach den Ergebnissen der Nordrheinischen Perinatalerhebung von 1989 bis 1991 ist die mütterliche Morbidität bei Gestationsdiabetikerinnen 2- bis 3mal größer im Vergleich zu Stoffwechselgesunden.

In Deutschland bleiben ca. 4 % der Gestationsdiabetikerinnen nach Ablauf der Schwangerschaft manifeste Diabetikerinnen. Diese Diabetikerinnen können in Typ-I, Typ-II-Diabetes, „impaired glucose tolerance“ (IGT) und „previous abnormality of glucose – tolerance“ (Prev-AGT) eingeordnet werden. Frauen

mit einem GDM müssen deshalb nach der Schwangerschaft kontrolliert werden. Das Wiederholungsrisiko des GDM in späteren Schwangerschaften liegt bei ca. 33 %.

Die Entwicklung des Kindes verläuft in den ersten drei Monaten in der Regel normal. Danach wird seine Entwicklung bei nicht rechtzeitig erkanntem bzw. nicht ausreichend behandeltem GDM erheblich beeinträchtigt. Die Diagnose des Gestationsdiabetes erfolgt durch den oralen Glukose-Toleranz-Test (GTT). Da die Schwangeren im allgemeinen beschwerdefrei sind, kann der GDM nur durch gezielte Suche (Screening) erkannt werden, das jedoch fachlich noch umstritten ist.

Rheuma

Die rheumatischen Erkrankungen sind eine sehr heterogene Diagnosegruppe. Dazu gehören die entzündlichen rheumatischen Erkrankungen, Kollagenosen und die degenerativen rheumatischen Erkrankungen. Die rheumatischen Erkrankungen führen zu einem hohen Aufwand an Versorgungsleistungen speziell für weibliche Patienten in der ärztlichen Praxis, im Krankenhaus und in den Rehabilitationsstätten.

— Entzündliche rheumatische Erkrankungen

Der größte Anteil der chronisch verlaufenden entzündlichen-rheumatischen Erkrankungen entfällt auf die rheumatoide Arthritis (chronische Polyarthritis), einer entzündlichen Allgemeinerkrankung mesenchymalen Gewebes. Die Bestandsrate an Patienten mit dieser Krankheit liegt in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 0,5 und 1 %. Frauen sind etwa dreimal häufiger betroffen als Männer. Der Krankenbestand steigt mit dem Alter steil an. Auch die Neuerkrankungsrate nimmt mit steigendem Alter zu. Die Schwere des Krankheitsbildes reicht von milden, vorübergehenden Verlaufsformen mit völliger Heilung (ca. 15 % der Fälle) bis hin zu Verlaufsformen, die zum völligen Verlust der Beweglichkeit führen (ca. 10 %). Bei ca. 50 % verläuft die Krankheit chronisch-rezidivierend mit fortschreitender Funktionsbeeinträchtigung. Verschiedene Studien zeigen auf, daß die chronische Polyarthritis in den letzten Jahrzehnten an Häufigkeit und Schwere abgenommen hat.

— Die Psoriasisarthropathie tritt bei 5 % der Patienten mit Psoriasis auf. In seltenen Fällen ist auch eine Erstmanifestation möglich (Arthritis psoriatica sine psoriase). Es gibt den peripheren Typ (Arthritis psoriatica i.e. S.) und den zentralen Typ (Spondylitis psoriatica). Der periphere Typ kommt vorwiegend bei Frauen vor (Geschlechtsquotient 2:1). Der Spondylitistyp wiederum ist häufiger bei Männern (2:1 männlicher Überschuß). Der Bestand an Patienten mit Psoriasisarthropathie beträgt 0,1 % bis 0,5 % der Gesamtbevölkerung. Psoriasis-Patienten haben gegenüber der Durchschnittsbevölkerung ein dreifach erhöhtes Risiko für Gelenkentzündung. Für die entzündlichen rheumatischen Erkrankungen läßt sich insgesamt sagen, daß sie infolge ihrer Chronizität zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität führen. Sie gehören

im besonderen bei Frauen mit zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung und erzeugen einen hohen Versorgungs- und Rehabilitationsbedarf.

– Degenerative rheumatische Erkrankungen

Degenerative Gelenkerkrankungen sind wegen ihrer weiten Verbreitung und ihren Auswirkungen auf Arbeitsfähigkeit, Frühberentung und eine unabhängige Lebensführung im Alter bevölkerungsmedizinisch bedeutsam. In der Bundesrepublik Deutschland haben etwa 5 Millionen Menschen gegenwärtig arthrosebedingte Gelenkbeschwerden (ohne Wirbelsäulengelenke), über einen Beobachtungszeitraum von mehreren Monaten dürften sogar 15 Millionen Menschen betroffen sein. Zur Häufigkeit der Osteo-Arthrose liegt weltweit eine Vielzahl epidemiologischer Studien vor. Danach steigen die Bestandsraten mit zunehmendem Alter an. Die Geschlechtsunterschiede sind markant abhängig vom Lebensalter und der Lokalisation der Osteo-Arthrose. Im jüngeren Alter (unter 45 Jahre) tendieren häufiger Männer dazu, eine Osteo-Arthrose zu haben. Nach dem 55. Lebensjahr haben Frauen häufiger eine Osteo-Arthrose.

Nicht nur der Krankheitsverlauf gestaltet sich geschlechtsspezifisch unterschiedlich, sondern auch die Krankheitsbewältigung. Frauen geben deutlich häufiger an, regelmäßig ein krankengymnastisches Übungsprogramm zu absolvieren und leisten einen wichtigen aktiven Beitrag im Kampf gegen die Krankheit. Unterschiede bestehen auch hinsichtlich der Verfügbarkeit von Hilfspersonen im sozialen Umfeld und hinsichtlich des Hilfebedarfs. So konnte bereits 1984 in einer von dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderten Studie gezeigt werden, daß Männer deutlich häufiger Unterstützung durch Ehefrauen erhielten als Frauen durch ihre Ehemänner. Frauen geben wesentlich häufiger als Männer das erweiterte soziale Umfeld (Mutter, Tochter, Schwester) an und bezogen sich hier fast ausschließlich auf weibliche Familienangehörige. Nach neueren Erkenntnissen aus dem Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit stellt sich der Hilfebedarf bei den rheumatischen Erkrankungen wie folgt dar: 83 % der Männer, aber nur 70 % der Frauen, die in ihrer Funktionsfähigkeit im Alltag deutlich eingeschränkt sind, geben an, daß die erhaltene Hilfe ausreichend sei; dementsprechend ist der nicht gedeckte Hilfebedarf bei Frauen höher als bei Männern. Allerdings muß auch darauf hingewiesen werden, daß sich ein besonders hoher nicht gedeckter Hilfebedarf bei alleinlebenden Männern findet.

Die Geschlechtsspezifität der erfahrenen Hilfe und des Hilfebedarfs ist auch Thema der soeben im Rahmen des Berliner Forschungsverbundes Public Health begonnenen Studie „Hilfsbedürftigkeit und Adäquanz vorhandener Hilfesysteme bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen“, die durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie gefördert wird.

Auch von anderen chronischen Erkrankungen sind Männer und Frauen in unterschiedlichem Ausmaß betroffen. So läßt sich die Prävalenz von Hypertonie in der Bundesrepublik Deutschland aus den Ergebnissen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie abschätzen. Danach sind insgesamt 35 % der Männer, aber lediglich 28 % der Frauen Hypertoniker. Von Störungen des Lipidstoffwechsels (Hypercholesterinämie) sind 35,6 % der Frauen und 31,4 % der Männer betroffen. Dabei sind erhebliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Altersverteilung festzustellen. Von der Gicht sind vor allem Männer betroffen, Frauen nur in etwa 5 % der Fälle (Kelley und Palella, 1989).

Weder Prophylaxe noch Therapie der meisten chronischen Erkrankungen sind bei Frauen anders als bei den Männern (Kohlmeier L. et al: Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 27, 1993).

1.12 Welche Position vertritt die Bundesregierung

- a) hinsichtlich der Forderung, daß Innovationen und Forschungen im Medizinbereich, soweit sie Frauen betreffen (wie z.B. bei Einführung eines bevölkerungsweiten Mammographiescreenings, bei Ausweitung der Östrogensubstitution für Frauen in der Menopause, bei Empfehlungen der med. Fachgesellschaften zur Vorsorge und Früherkennung, bei Indikationen zur Durchführung von Hysterektomien etc.) einer „Gesundheits-Verträglichkeitsprüfung“ unter frauenspezifischer Sicht unterworfen werden muß, und
- b) welche Maßnahmen sind nach Meinung der Bundesregierung zu ergreifen, um eine derartige Prüfung zu gewährleisten?
- a) Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß Maßnahmen, die zur Erhaltung der Gesundheit oder rechtzeitigen Erkennung und Behandlung gesundheitlicher Störungen dienen, auch aus frauenspezifischer Sicht sinnvoll sind. Über ihre Einführung wird daher i.d.R. aus medizinischer und ggf. epidemiologischer Sicht (z.B. was Altersgrenzen betrifft) entschieden. Die Durchführung im individuellen Fall bedarf jedoch der Berücksichtigung weiterer Aspekte. Dies trifft im übrigen nicht nur auf Innovationen im Medizinbereich zu, die ausschließlich Frauen betreffen.

Im übrigen hält es die Bundesregierung für selbstverständlich, daß sich die Umsetzung von Forschungsergebnissen im Medizinbereich an den Bedürfnissen und Besonderheiten der betroffenen Zielgruppe zu orientieren hat. Aus diesem Grund vertritt die Bundesregierung auch die Auffassung, daß bei frauenspezifischen Gesundheitsproblemen den besonderen Voraussetzungen und Belangen der Frauen Rechnung zu tragen ist.

Dabei geht sie davon aus, daß die Therapiefreiheit als Grundlage der ärztlichen Berufsausübung verantwortungsbewußt von der Ärzteschaft gewährleistet und ausgeübt wird und der medizinische

Fortschritt über die ärztlichen Organisationsstrukturen wie Wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände mittels Fort- und Weiterbildung Eingang in die medizinische Versorgung findet. Hierbei ist die Entwicklung und Anwendung von Leitlinien und Standards von wesentlicher Bedeutung.

Für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gibt es darüber hinaus für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gesetzlich verankerte Prüfungsverfahren und Zulassungsverfahren durch die Selbstverwaltungspartner (§§ 91, 92 SGB V). So entscheidet der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, welche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Das Nähere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Versorgung bestimmen die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 135 Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V beschlossenen Richtlinien.

Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen. Das BMG hat jedoch keine Einflußmöglichkeiten auf den medizinischen Inhalt der Richtlinien.

- b) Um die Entscheidungsgrundlagen über die Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für den Bereich der medizinischen Versorgung in der GKV im Hinblick auf eine systematische Sammlung und Auswertung gesicherter medizinischer Erkenntnisse optimieren zu können, ist es aus Sicht der Bundesregierung erforderlich, die Basis für eine systematische Evaluation medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren zu schaffen. Einer solchen systematischen Überprüfung sollten darüber hinaus auch bereits eingeführte Verfahren unterzogen werden, insbesondere wenn es darum geht, alte durch neue Verfahren zu ersetzen. Evaluationsverfahren sind dabei grundsätzlich offen, frauenspezifische Aspekte dort zu berücksichtigen, wo sie von Relevanz sind. Das BMG hat darüber hinaus 1995 ein Forschungsprojekt zum Thema „Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien“ in Auftrag gegeben, dessen Ziel eine Bestandsaufnahme der Evaluationsverfahren, -methoden und -ergebnisse in ausgewählten anderen Ländern ist. Auf der Grundlage dieser Studie wird zu erörtern sein, wie im Rahmen der GKV (z. B. zur Vorbereitung von Entscheidungen im NUB-Ausschuß (NUB = Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) sowie für die Erarbeitung neuer bzw. aktualisierter Qualitätssicherungs-Maßnahmen) künftig systematische Evaluationsverfahren verankert werden können.

2. Gesundheitsförderung und -prävention

- 2.1 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung hinsichtlich der Angebote frauenspezifischer Prä-

vention im Bereich der medizinischen Basisversorgung?

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird eine frauenspezifische Prävention (inkl. Sekundärprävention) gemäß folgender Richtlinien angeboten:

- Mutterschafts-Richtlinien,
- sonstige Hilfen-Richtlinien (ärztliche Maßnahmen zur Empfängnisregelung, zum Schwangerschaftsabbruch und zur Sterilisation),
- Krebsfrüherkennungs-Richtlinien.

Ziel der Mutterschafts-Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung ist die Abwendung möglicher Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind sowie die frühzeitige Erkennung mütterlicher oder kindlicher Gesundheitsstörungen einschließlich der rechtzeitigen Zuführung zu einer Behandlung. Die Mutterschafts-Richtlinien beinhalten einen Untersuchungskatalog, den Mutterpaß sowie Vorgaben zur Dokumentation. Die Ergebnisse der Teilnahme an der Mutterschaftsvorsorge nach den Mutterschafts-Richtlinien werden jährlich in einer Dokumentation zusammengestellt, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegeben wird. Diese zeigt, daß das Vorsorgeangebot eine große Akzeptanz hat, mehr als 90 % der Schwangeren nehmen es in Anspruch. Die große Akzeptanz des Vorsorgeangebotes und seine Qualität sprechen für den hohen Stand der Schwangerenbetreuung in Deutschland.

Die nach den Richtlinien für Sonstige Hilfen zu erbringenden ärztlichen Leistungen umfassen:

- die Beratung über Fragen der Empfängnisregelung/Empfängnisverhütung (§ 24 A SGB V),
- die in § 24 SGB V vorgesehenen Leistungen zur Durchführung einer nicht rechtswidrigen Sterilisation,
- die in § 24 SGB V vorgesehenen Leistungen zur Durchführung eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruches.

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung werden den versicherten Frauen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V angeboten. Während die Gesundheitsuntersuchung frühestens alle zwei Jahre in Anspruch genommen werden kann, besteht bei den gesetzlichen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen Anspruch auf eine jährliche Wiederholung der Untersuchung. Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, welche regelmäßig an den Stand der medizinischen Erkenntnisse angepaßt werden, umfassen diese Maßnahmen bei Frauen ab dem 20. Lebensjahr Karzinome des äußeren und inneren Genitales und der Zervix uteri, ab dem 30. Lebensjahr der Brust und der Haut sowie ab dem 45. Lebensjahr des Dickdarms und des Mastdarms. Die gesetzliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung auf Brustkrebs umfaßt derzeit die Inspektion und palpatorische Untersuchung der Brust sowie die Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust. Die Frage der Aufnahme eines Mammographiescreen-

nings in das gesetzliche Krebsfrüherkennungsprogramm ist derzeit Gegenstand von Beratungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (s. hierzu auch die Antworten zu Fragen 2.11 und 2.12).

Die rund 20 Frauengesundheitszentren in Deutschland stellen auf lokaler Ebene durch ihr Angebot an Beratung eine Ergänzung der Frauengesundheitsvorsorge dar. Darüber hinaus haben sich auf der Ebene der Selbsthilfegruppen spezifische Angebote für Frauen entwickelt, wie z. B. für Prävention und Rehabilitation von Osteoporose als typisch weibliche Erkrankung.

- 2.2 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, in welchem Umfang Frauen Angebote der Gesundheitsförderung und Selbsthilfe auf kommunaler Ebene wahrnehmen und wie die Finanzierung dieser Initiativen durch Krankenkassen, Kommunen und Länder auf Dauer gesichert wird?

Statistiken entsprechend der Fragestellung werden nicht geführt. Angaben darüber, in welchem Umfang insbesondere Frauen diese Angebote, die sich an alle Versicherten richten, wahrnehmen, kann die Bundesregierung nicht machen.

Für den Suchtbereich haben die fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände (Kreuzbund, Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise, Deutscher Guttempler Orden) für das Jahr 1996 folgende Zahlen veröffentlicht: von den 89 251 Mitgliedern insgesamt sind 15 952 suchtkranke Frauen, 20 076 Angehörige (Frauen) und 3 599 interessierte Frauen.

Für den Bereich der Krebsselfhilfegruppen ist folgendes festzustellen:

Der für Frauen wichtigste und schwerpunktmäßig Frauen betreffende Selbsthilfeverband ist die „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ mit elf Landesverbänden, in denen insgesamt 369 Gruppen arbeiten. Die Zahl der Mitglieder mit Satzungsaufgaben beträgt ca. 1 100; durch die Gruppen werden jedoch 43 000 Krebskranke, i. d. R. Frauen nach Brustkrebs, betreut.

In der Deutschen ILCO, die sich um Patienten mit einem künstlichen Darm- oder Blasenaustrag kümmert, sind von den 10 000 z. T. nicht selbst betroffenen, sondern nur fördernden Mitgliedern ca. 50 % Frauen.

Der Bundesverband der Kehlkopfflosen hat rd. 7 500 satzungsgemäße Mitglieder, davon ca. 14 bis 15 % Frauen. Er betreut ca. 20 000 Krebskranke, davon 11 bis 13 % Frauen. Hierbei ist zu bedenken, daß die Erkrankungshäufigkeit an Kehlkopfkrebs bei Frauen erheblich unter der bei Männern liegt.

Die Ausgaben der GKV für Gesundheitsförderung sind 1992 bis 1995 von ca. 0,6 Mrd. DM auf 1,3 Mrd. DM gestiegen und haben sich somit mehr als verdoppelt. Heute werden unter der Bezeichnung Gesundheitsförderung häufig eine Vielzahl von Marketingaktivi-

täten aus solidarischen Pflichtbeiträgen finanziert, die primär der Werbung der jeweiligen Krankenkasse und weniger der gezielten Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Zahlreiche Beispiele solcher Aktivitäten der verschiedensten Krankenkassen und Kassenarten haben in der Öffentlichkeit zu Recht immer wieder Kritik hervorgerufen und die Berechtigung einer solidarischen Finanzierung solcher Maßnahmen in Frage gestellt.

Am 1. Januar 1997 ist das Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG) vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) in Kraft getreten. Dieses Gesetz ist ein wichtiger Schritt zur Begrenzung des Pflichtleistungskatalogs der Krankenkassen auf medizinisch notwendige Maßnahmen. Die medizinisch bedeutsamen Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention (Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen bei Schwangerschaft, für Kinder und von Krebs, „Gesundheits-Check-up“, zahnmedizinische Prophylaxe sowie Schutzimpfungen) sind nicht betroffen und bleiben in vollem Umfang erhalten.

Die Krankenkassen behalten die Möglichkeit, Selbsthilfegruppen weiterhin aus Beitragsmitteln zu fördern. Allerdings werden die Voraussetzungen dafür präzisiert. Eine gesundheitsfördernde Zielsetzung reicht künftig nicht mehr aus, sondern es muß sich um eine präventive Zielsetzung handeln. Damit wird gewährleistet, daß die Förderung der Selbsthilfegruppen sich stärker als bisher an medizinischen Kriterien zu orientieren hat. Diese Präzisierung wird noch dadurch ergänzt, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich festzulegen haben, welche Krankheitsbilder vorliegen müssen, damit bei deren Prävention und Rehabilitation eine Förderung von Selbsthilfegruppen erfolgen kann.

Zur Frage der Finanzierung wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Horst Schmidbauer (Nürnberg), Dr. Wolfgang Wodarg, Regina Schmidt-Zadel und der Fraktion der SPD zur „Stärkung der Selbsthilfe und Ermöglichung der Partizipation im Rahmen einer neu orientierten Gesundheitspolitik“, Drucksache 13/4970, verwiesen.

- 2.3 Welche Studien sind der Bundesregierung bekannt, die Aussagen machen, in welchem Umfang eine Nutzung der Angebote durch Frauen abhängig ist von deren sozialer und finanzieller Lebenssituation, und welche politischen Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den Ergebnissen derartiger Studien?

Exemplarisch wird auf die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung zu Fragen von „Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern“, die in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend, Band 17, 1993, veröffentlicht wurde. Die Untersuchung hatte speziell den Beitrag von Mütterkursen zur Frauengesundheit zum Thema. Nach ihr erreichen Müt-

tergenesungskuren besonders jene Zielgruppen, die durch andere gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen ungenügend erfaßt werden. Hierzu zählen insbesondere Alleinerziehende und Mütter in sehr schwierigen sozialen und finanziellen Lebenslagen.

Im übrigen sieht es die Bundesregierung als Aufgabe der Selbstverwaltungspartner an, über die gesetzlich verankerten Angebote zielgruppengerecht zu informieren und diese bedarfsgerecht anzubieten.

Weitere Ausführungen finden sich in der Antwort auf Frage 2.8.

- 2.4 Welchen Kenntnisstand hat die Bundesregierung über das gesundheitliche Informationsverhalten von Frauen sowie den Zugang unterschiedlicher Schichten zu gesundheitsspezifischen Informationen?

Aus den Ergebnissen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) sowie aus anderen Bevölkerungsbefragungen (Mikrozensus, Aktionsgrundlage der BZgA, Befragung zu § 20 SGB V) ist bekannt, daß Frauen sich gesundheitsbewußter verhalten und eine stärkere präventive Orientierung als Männer aufweisen. Zur Information über Gesundheit nutzen sie im wesentlichen die Zeitschriften der Krankenkassen, das Fernsehen oder Radio sowie staatliche Broschüren, allgemeine Zeitschriften und Illustrierte, ebenso Ärzte und Apotheken. Dabei ist eine deutliche Schichtabhängigkeit festzustellen, d. h. Frauen mit niedrigerer Bildung sind im allgemeinen sehr viel schlechter über gesundheitliche Aspekte informiert als die mit höherer Bildung.

- 2.5 Welche gesundheitspolitische und gesundheitsprophylaktische Bedeutung mißt die Bundesregierung Frauenschutzräumen wie Frauenhäusern und Mädchenhäusern zu?

Frauen- und Mädchenhäuser haben primär die Funktion einer Zufluchtstätte vor familiärer Gewalt. Sie bieten den betroffenen Frauen und Mädchen Schutz vor unmittelbaren Übergriffen und den damit verbundenen gesundheitlichen Schädigungen. In diesem Schutzraum können sie Ruhe finden, sich von ihren Verletzungen erholen und mit kompetenter Unterstützung Entscheidungen treffen, wie sie ihr künftiges Leben führen können, ohne weiteren Gewalthandlungen ausgesetzt zu sein. Sie werden hinsichtlich der notwendigen Schritte beraten und ggf. zu Behörden, Ärztinnen oder Ärzten, Rechtsanwältinnen oder Rechtsanwälten etc. begleitet. Die Frauen- und Mädchenhäuser leisten Krisenintervention, die sowohl eine Erstbehandlung körperlicher und seelischer Verletzungen umfaßt als auch – durch ihren auf Lebensveränderung zielenden Ansatz – seelische Kräfte stützt. Weitere Angebote (z. B. Therapien zur Aufarbeitung der Gewalterfahrungen oder zur Behandlung einer Suchtkrankheit) sind im Rahmen der üblichen Arbeit meist nicht möglich, werden aber vermittelt. Nur inso-

weit sind Frauen- und Mädchenhäuser gesundheitsfördernd tätig. Eine unmittelbare gesundheitspolitische Bedeutung kann ihnen aber nicht zugemessen werden.

- 2.6 Welche gesellschafts- und gesundheitspolitische Bedeutung werden den Frauengesundheitszentren und weiteren alternativen Versorgungsangeboten wie z. B. Geburtshäuser, Frauenberatungsstellen und Frauenhäuser beigemessen, und in welchem Umfang finden sie die finanzielle sowie eine die Akzeptanz dieser Einrichtungen fördernde Unterstützung der Bundesregierung?

Frauengesundheitszentren unterstützen Frauen darin, über die Selbsthilfe und die Aktivierung eigener Ressourcen zu mehr Selbstbestimmung über ihren Körper und ihre Gesundheit zu gelangen. Frauengesundheitszentren geben Frauen qualifizierte Orientierungs- und Entscheidungshilfen bei der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes und der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten. Sie bieten eine Vielfalt von Beratungsangeboten und Austauschmöglichkeiten von Erfahrungen zu Themen, die von anderen Gesundheitsdiensten so nicht vermittelt werden können. Die Nutzerinnen der Frauengesundheitszentren kommen – einer vor kurzem im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fertiggestellten Expertise zufolge – aus fast allen Schichten. Die rd. 20 Frauengesundheitszentren in Deutschland stellen eine Ergänzung im Bereich der gesundheitlichen Vorsorge dar. Darüber hinaus haben sie in den vergangenen 20 Jahren durch ihre Veröffentlichungen die Diskussion um frauenspezifische Fragen der Gesundheitsversorgung vorangetrieben. Auch die Geburtshäuser streben eine bedürfnisgerechtere Versorgung von Frauen während der Schwangerschaft und Entbindung an und tragen dazu bei, werdenden Müttern zu einem selbstbestimmteren und selbstbewußteren Umgang mit dem eigenen Körper zu verhelfen.

Die Finanzierung von Frauenhäusern ist Aufgabe der Bundesländer. Die Bundesregierung hat insoweit nur die Möglichkeit der Förderung durch Modellprojekte. Diese Befugnis hat die Bundesregierung ausgeschöpft durch die Förderung des ersten deutschen Frauenhauses in Berlin als Modellprojekt des Bundes und des Landes Berlin und durch die Förderung des Frauenhauses Rendsburg als Modell eines Frauenhauses in einem ländlichen Bereich. 1991 stellte die Bundesregierung 1,2 Mio. DM im Rahmen eines Sonderprogramms zur Anschubfinanzierung von Frauenhäusern in den neuen Bundesländern zur Verfügung und konnte damit 47 neugegründete Frauenhäuser finanziell unterstützen. Die Bundesregierung unterstützt die Frauenarbeit darüber hinaus im Rahmen ihrer Möglichkeiten durch Untersuchungen spezieller Fragestellungen (z. B. Wohnungsprobleme von Frauen nach Verlassen des Frauenhauses; Vor- und Nachbetreuung der Frauen; Ursachen von Gewalt gegen Frauen; Erstellung von Fortbildungsmaterialien für Frauenhausmitarbeiterinnen) sowie durch finanzielle Förderung bundesweiter Veranstaltungen.

Zu weiteren Fragen der Finanzierung frauenspezifischer Projekte durch die Bundesregierung wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Monika Ganseforth, Brigitte Adler, Wolfgang Behrendt u. a. zu „Finanzielle Frauenförderung“, Drucksache 13/5192, verwiesen.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat in seinem Modellprojekt „Beratungsangebote und Beratungseinrichtungen für Berufsrückkehrerinnen“ 17 Beratungsstellen in den alten Bundesländern in der Zeit von 1989 bis 1994 mit einem Haushaltsvolumen von 8 Mio DM gefördert. Den im Rahmen des Modellprojekts geförderten Beratungsstellen für die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben kam zwar keine gesundheitspolitische, wohl aber gesellschaftspolitische Bedeutung zu. Ihr Ziel war es, ein Angebot bereitzustellen, welches den Frauen im Wiedereinstiegsprozeß Orientierung, Information, Beratung, Begleitung und konkrete Hilfen aus einer Hand gab. Im Zuge dieses ganzheitlichen Beratungsansatzes konnten u. a. auch Fragen der Gesundheit mit einbezogen werden. In den neuen Bundesländern sind Frauenberatungsstellen von 1991 bis 1996 mit ebenfalls insgesamt 8 Mio DM gefördert worden. Hier sollte mit Hilfe eines umfänglichen Informations- und Beratungsangebotes zu den geänderten Lebens- und Arbeitsbedingungen den Belastungen Rechnung getragen werden, die der gesellschaftliche Umgestaltungsprozeß insbesondere für Frauen mit sich gebracht hat.

Die Erfahrungen aus den Modellprojekten zeigen, daß es einen großen, bisher nicht ausreichend gedeckten Bedarf an spezifischer Beratung für Frauen gibt. Frauenberatungsstellen, die einen ganzheitlichen Beratungsansatz verfolgen, d. h. die gesamten Lebensumstände der Frauen mit einbeziehen, werden in sehr hohem Maße frequentiert.

2.7 Welche frauenspezifischen beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten

- a) im gewerblich-technischen Bereich,
 - b) im Angestelltenbereich und
 - c) im wissenschaftlich-akademischen Bereich
- sind der Bundesregierung bekannt?

Das Angebot an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung, steht grundsätzlich allen Rehabilitanden zur Verfügung, sofern im Einzelfall die individuellen Voraussetzungen erfüllt werden. Eine Unterteilung der beruflichen Rehabilitationsangebote in frauen- und männerspezifische ist nicht zweckmäßig, da berufliche Bildungsmaßnahmen nach dem angestrebten Zielberuf auszurichten sind. Soweit unterschiedliche Belange einzelner Personen oder Personengruppen während der Rehabilitationsmaßnahme zu berücksichtigen sind, wird dem durch individuelle begleitende Maßnahmen Rechnung getragen.

Im Rahmen der zwischen Bund, Ländern und Rehabilitationsträgern abgestimmten Netzplanung stehen heute bundesweit für die berufliche Rehabilitation Behinderteter 28 Berufsförderungswerke und 46 Berufsbildungswerke zur Verfügung. Sie nehmen grundsätzlich auch Tagespendler auf und können insbesondere in den Ballungsgebieten als wohnortnahe Einrichtungen von Frauen genutzt werden. Der Pendleranteil dieser Einrichtungen beträgt insgesamt etwa 40 %, in den Berufsförderungswerken beispielsweise des Landesarbeitsamtsbezirks Berlin/Brandenburg sogar 70 %.

In allen Berufsförderungswerken und vielen Berufsbildungswerken für jugendliche Behinderte werden Frauen mit Kindern aufgenommen. Diese Entwicklung ist von der Bundesregierung und den Trägern der beruflichen Rehabilitation in den vergangenen Jahren besonders, auch finanziell, gefördert worden. Zwischenzeitlich ist es in vielen Berufsförderungswerken gelungen, Wohnmöglichkeiten für Mütter mit Kindern zur Verfügung zu stellen. Für die Unterbringung stehen in der Regel besondere Wohneinheiten in den Einrichtungen oder in unmittelbarer Nähe zur Verfügung. Die Betreuung der Kinder findet in Kindertagesstätten oder durch Tagesmütter statt.

Nach der Regelung des § 29 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) kann der Träger der Rentenversicherung Haushaltshilfe erbringen, wenn Versicherte wegen der Teilnahme an einer Leistung zur Rehabilitation außerhalb des eigenen Haushalts untergebracht sind und ihnen deshalb die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist, eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert auf Hilfe angewiesen ist.

Anstelle der Haushaltshilfe können in besonders begründeten Einzelfällen die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes bis zur Höhe des Aufwandes für die sonst zu erbringende Haushaltshilfe übernommen werden. Damit soll der besonderen Situation alleinstehender Mütter oder Väter Rechnung getragen werden.

In den Berufsförderungs- und den Berufsbildungswerken werden neben einer breiten Palette gewerblich-technischer und kaufmännischer Berufe auch Fachschulberufe angeboten. In einigen Berufsförderungswerken gibt es spezifische Maßnahmen primär für Frauen sowie Lerneinheiten, die frauenspezifisch von Frauen für Frauen angeboten werden. Darüber hinaus bietet das Berufsförderungswerk Köln mit Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen als Pilotprojekt eine Qualifizierungsmaßnahme für Frauen in Teilzeitform an, bei der ein Teil der Lerninhalte über einen häuslichen Computer vermittelt wird. Die Bundesregierung geht davon aus, daß mittelfristig fast alle Berufsförderungswerke auch Maßnahmen außerhalb ihrer Einrichtungen anbieten werden. Als einzige Institution in Deutschland bietet das Berufsförderungswerk Heidelberg als Rehabilitationsdienstleistung – neben der Berufsausbildung im gewerblich-technischen, im kaufmännischen und im Fachschulbereich an einer staatlich

anerkannten Fachhochschule – 9 Diplom-Studiengänge an.

In den Berufsförderungswerken werden insgesamt über 100 Berufe angeboten, die Frauen offenstehen. Davon sind

- 22 kaufmännische Berufe und Verwaltungsberufe,
- 50 Berufe der Metalltechnik,
- 24 Berufe der Elektrotechnik,
- 6 Berufe der Datentechnik,
- 8 Berufe der Bautechnik,
- 11 Berufe des Gesundheitswesens,
- 9 Berufe des Sozialwesens,
- 12 Berufe des Bereichs Druck,
- 13 sonstige Berufe.

Zu mindestens 45 % handelt es sich um Berufe, die bei Nichtbehinderten überwiegend von Frauen nachgefragt werden; eine detaillierte Statistik über die von Frauen angenommenen Berufe in den Berufsförderungswerken liegt nicht vor.

Jedoch beträgt der Anteil der Frauen

- bei kaufmännischen Berufen 35,6 %,
- bei Verwaltungsberufen 38,8 %,
- bei Gesundheitsberufen 44,2 %

Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen für Frauen mit betreuungsbedürftigen Angehörigen insbesondere außerhalb der Ballungsgebiete ist immer noch erheblich schwieriger als für Männer. Deshalb hat sich auf Anregung der Bundesregierung unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke und unter Beteiligung betroffener behinderter Frauen sowie der Träger der beruflichen Rehabilitation ein Gesprächskreis gebildet, der in offener Form nach Verbesserungsmöglichkeiten im System der beruflichen Rehabilitation suchen soll.

Bereits seit 1990 nimmt sich auch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation dieser Frage besonders an. Nach zwei Arbeitstagen zum Thema „Frauen in der beruflichen Rehabilitation“ hat sie ein Konzept für ein wohnortnahes und gleichzeitig qualitätssicherndes Modellvorhaben entwickelt, das zeitgleich in drei verschiedenen Bundesländern durchgeführt werden soll. Dabei wird für die Dauer des umschulungsbedingten zeitlichen Mehraufwands sichergestellt, daß für die Kinder über die örtlich vorhandenen Angebote hinaus zusätzliche Betreuungsangebote bereitgestellt werden, die durch die Maßnahmekosten abgedeckt sind.

Ein durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung finanziertes Forschungsprojekt, für das derzeit von der Universität Oldenburg ein detailliertes Forschungsdesign erstellt wird, soll insbesondere Aufschluß darüber geben,

- ob und in welchem Umfang ein derartiges wohnortnahes Angebot Frauen den Zugang zur Rehabilitation erleichtert,

- ob das geplante Konzept in den einzelnen Modulen und insgesamt hinreichend flexibel und praktikabel ist und,

- ob hierdurch die Vermittelbarkeit in den allgemeinen Arbeitsmarkt signifikant verbessert werden kann und

- ob ein Angebot dezentraler, wohnortnaher Rehabilitation in ein Regelangebot übergeleitet werden kann.

Dabei wird im Interesse der Vermittelbarkeit der Teilnehmerinnen am Arbeitsmarkt darauf zu achten sein, daß ein derartiges Angebot in Qualität und beruflicher Vielseitigkeit den allgemeinen Anforderungen genügt.

Statistische Angaben zu frauenspezifischen beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen in der gewünschten Untergliederung liegen für die gesetzliche Rentenversicherung nicht vor. Im Jahr 1994 wurden von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung für insgesamt 21 572 Frauen 23 254 berufliche Leistungen zur Rehabilitation erbracht. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation lag der Frauenanteil sowohl bei den Rehabilitanden als auch bei den Leistungen damit bei rd. 30 %. Die erbrachten Leistungen sind nachfolgend nach Art der Maßnahme zusammengestellt:

Berufsförderungsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung an Frauen im Jahr 1994 nach Art der abgeschlossenen Leistung

Maßnahmeart	Anzahl
Auswahl von Leistungen, Berufsfindung, Arbeitserprobung	869
Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes	16 613
Berufsvorbereitung	899
Berufliche Bildung insgesamt	2 152
davon:	793
Anpassung/Integration	
Fortbildung	164
Ausbildung	137
Umschulung	1 058
Rehabilitation psychisch Kranker	10
Leistung in einer Werkstatt für Behinderte	1 446
Kfz-Hilfe	770
Leistung an Arbeitgeber	495
Leistungen insgesamt	23 254

2.8 In welchem Umfang und im Rahmen welcher Institutionen erhalten Frauen, die als Mütter und als Hausfrauen im Arbeitsprozeß stehen, die Möglichkeiten zu einer Kur, und in welchem Umfang werden diese Möglichkeiten wahrgenommen?

Wie lange dauern diese Kuren, und um welche Art Kuren handelt es sich (z. B. Mutter-Kind-Kuren)?

Nach Maßgabe des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) erhalten weibliche Versicherte ebenso wie männliche Versicherte bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen vom Träger der gesetzlichen Rentenversicherung auf Antrag stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation (stationäre Heilbehandlungen). Um solche Leistungen zu erhalten, muß bei den Versicherten zumindest eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegen.

Im Jahr 1994 wurde von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung für insgesamt 402 930 Frauen eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Bezogen auf alle durchgeführten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen lag der Frauenanteil bei 45 %. Die Frauen waren im Durchschnitt 50 Jahre alt und die Rehabilitationsmaßnahme dauerte durchschnittlich 33 Tage. Spezielle Daten zu Frauen, die als Mütter und als Hausfrauen im Arbeitsprozeß stehen, liegen nicht vor. Bekannt ist lediglich die Art der Erwerbstätigkeit vor Antragstellung. Danach waren 282 127 Frauen vor ihrer Antragstellung erwerbstätig. Bei den übrigen handelt es sich um arbeitslose Frauen (29 827) sowie um nicht erwerbstätige Frauen (85 387; einschließlich 18 039 Frauen, die Hausfrauentätigkeit als Arbeit vor Antragstellung angaben). Bei 5 589 Frauen ist wegen fehlender Angabe zur Erwerbstätigkeit vor Antragstellung keine Aussage möglich.

Die durchgeführten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen sind nachfolgend nach Art der Maßnahme zusammengestellt:

Stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung an Frauen im Jahr 1994 nach Art der abgeschlossenen Leistung

Maßnahmeart	Anzahl
Normale medizinische Leistung	285 186
Leistung wegen psychischer Krankheiten	49 586
Entwöhnungsbehandlung	6 122
Nach- und Festigungskur wegen Geschwulstkrankheiten	61 764
Leistung zur Sicherung der Erwerbstätigkeit	272
Leistungen insgesamt	402 930

„Mutter-Kind-Kuren“ sind im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung nicht vorgesehen. Es besteht aber die Möglichkeit, daß im Rahmen einer Kinderheilbehandlung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI bei Vorliegen medizinischer Gründe, die in der Person des Kindes liegen, die Kosten für eine Begleitperson – in der Regel ist dies die Mutter – übernommen werden. Sofern sowohl die Mutter als auch das Kind rehabilitationsbedürftig sind, können bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen beiden in demselben Ort Leistungen zur Rehabilitation gewährt werden.

Frauen, die als Mütter und Hausfrauen im Arbeitsprozeß als Beamtin stehen, können – sofern dies nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten notwendig und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann – eine Sanatoriumsbehandlung durchführen. Die umfaßt höchstens drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. Die Beihilfefähigkeit ist nur zulässig, wenn nicht im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt wurde. Von dieser Frist darf aus zwingenden medizinischen Gründen, die

in den Beihilfavorschriften aufgeführt sind, abgesehen werden.

Grundsätzlich haben alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen Anspruch auf eine Kur. Vorsorge- und Rehabilitationskuren können entweder stationär oder ambulant durchgeführt werden. Stationäre Kuren finden in speziellen Kureinrichtungen statt. Darüber hinaus können Mütter von ihrer Krankenkasse eine Vorsorgekur oder Müttergenesungskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erhalten, soweit diese Leistung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Diese Leistung kann ggf. auch in Form einer Mutter-Kind-Kur erbracht werden. Ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationskuren sowie Mütterkuren dauern nach dem zum 1. Januar 1997 in Kraft getretenen Beitragsentlastungsgesetz in der Regel 3 Wochen. Die Kurintervalle betragen 4 Jahre. Bei medizinischer Notwendigkeit, die insbesondere bei Kinder- und Mütterkuren vorliegen dürfte, kann von diesen Begrenzungen abgewichen werden.

Während der Dauer der Kur erhält die Arbeitnehmerin grundsätzlich ihr Entgelt zu 100 % fortgezahlt, es sei denn, die Fristen zur Fortzahlung des Entgelts sind bereits durch eine Vorerkrankung ausgeschöpft.

1994 wurden 90 % der gesamten Kosten für Müttergenesungskuren von Krankenkassen finanziert.

Die Zahl der Müttergenesungshäuser belief sich im Jahr 1996 auf 126, davon bieten 33 Mütterkuren (14 000 Kurplätze jährlich) und 93 Mutter-Kind-Kuren (jährlich 33 000 Kurplätze für Mütter, 48 000 für Kinder) an. Die Wartezeiten betragen bei Mutter-Kind-Kuren etwa 1 Jahr. Eine Mütterkur ist in der Regel ohne Wartezeit zu bekommen. Eine Studie zur Effektivität dieser Kurformen liegt in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (vgl. Antwort zu Frage 2.3) vor.

- 2.9 Welche beruflichen Betätigungsfelder stehen Frauen mit psychischen Erkrankungen bzw. psychischen Behinderungen im Rahmen ambulanter psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgung und Rehabilitation zur Verfügung?

Bei der beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter steht Frauen das gleiche Maßnahmeangebot zur Verfügung wie männlichen Rehabilitanden. In jedem Fall muß natürlich geprüft werden, welche berufliche Rehabilitationsmaßnahme im Hinblick auf die psychische Behinderung zweckmäßig ist. Dabei wird im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung – unabhängig von geschlechtsspezifischen Aspekten – vorrangig eine Eingliederung im bisherigen Berufsbereich angestrebt. Als Maßnahmeangebot, bei dem die behinderungsbedingten Auswirkungen und Einschränkungen berücksichtigt werden, kommen hier insbesondere Anpassungsmaßnahmen und berufliches Vorbereitungstraining in Betracht.

In fast allen Berufsförderungswerken und in einer Reihe von Berufsbildungswerken bestehen heute Ausbildungsmöglichkeiten für psychisch Behinderte. Im Grundsatz stehen alle Berufe für psychisch Behinderte, d. h. auch für psychisch behinderte Frauen offen. Frauenspezifische Maßnahmen für psychisch Behinderte gibt es allerdings nicht. Fraglich ist, ob eine solche zusätzliche Isolierung psychisch behinderter Frauen wünschenswert wäre. Hingewiesen wird auch auf die Trainingsmöglichkeiten für psychisch behinderte Frauen in beruflichen Trainingszentren.

- 2.10 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Anzahl und die Situation von Frauen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung und psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung in die Arbeitslosigkeit gedrängt werden?

Die deutsche Untersuchung von Müller & Worms aus dem Jahre 1987 über den Beschäftigungsgrad psychiatrischer Patienten hat als Ergebnis erbracht, daß der Anteil erwerbs- oder arbeitsloser psychisch kranker Männer mehr als doppelt so hoch ist wie der Anteil der psychisch kranken Frauen. In diesem Zusammenhang ist allerdings von Belang, daß ein Großteil kranker Frauen unter der Tätigkeit „Hausfrau“ eingeordnet ist.

Dem kausalen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und der Entstehung psychischer Störungen gehen internationale Studien wie auch die wissenschaftlich anerkannte deutsche Feldstudie von 1984 von Dilling und Weyerer in Oberbayern nach. Es konnte nachgewiesen werden, daß Arbeitslose wesentlich häufiger behandlungsbedürftige seelische Erkrankungen aufweisen als Erwerbstätige. Dabei findet sich ein Übergewicht von Frauen gegenüber Männern. Dies trifft aber gleichermaßen für Nichtarbeitslose zu. In multifaktoriellen Zusammenhangsmodellen spielt deshalb die Variable Geschlecht eine nicht zu unterschätzende Rolle. Berufsausbildung oder soziale Schicht sind jedoch Einflußfaktoren von eindeutig größerem Gewicht.

- 2.11 a) Welche effektiven Programme zur Prävention chronischer Krankheiten bei Frauen (Herz-Kreislauf, Brustkrebs, Osteoporose, Lungenkrebs) und ihrer Risiken sind der Bundesregierung bekannt?
- b) Was ist diesbezüglich über die Inanspruchnahme durch die Frauen, insbesondere auch durch sozial benachteiligte Frauen, bekannt?
- a) Die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 SGB V, der sog. Gesundheits-Check-up, umfaßt auch den Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus unter Einbeziehung der Aufdeckung von für diese Krankheiten relevanten Risikofaktoren. Er kann von Frauen und Männern ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre in Anspruch genommen werden. Ziel ist dabei nicht nur die

rechtzeitige Behandlung erkannter Krankheiten, sondern auch das ärztliche Hinwirken auf eine Änderung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (s. auch Antwort auf die Fragen 1.10 und 2.1).

Als weitere Maßnahmen der (sekundären) Prävention chronischer Krankheiten sind insbesondere die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Gebärmutterhals, Brustkrebs, Dickdarm und Haut, § 25 SGB V) zu nennen.

Die Evaluation dieses Programms erfolgt durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung. Die Effektivität könnte bei erhöhter Teilnehmerate gesteigert werden.

Auf der Basis der Ergebnisse eines Modellprojekts des Bundesministeriums für Gesundheit zur Selbstuntersuchung der weiblichen Brust, liegt bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein 2-Jahreskalender vor, der neben einem allgemeinen Verantwortungsbewußtsein für den eigenen Körper Anregungen für die Selbstuntersuchung der weiblichen Brust gibt und die Kontrolle der Haut zur Früherkennung der Entwicklung von Schwarzem Hautkrebs. Ziel dieser Maßnahmen ist die verbesserte Wahrnehmung von krankhaften Veränderungen im Frühstadium und nicht die Primärprävention im engeren Sinne.

Zur Osteoporose sind unter Einbezug von Vertretern der einschlägigen Fachgesellschaften sowie Begleitung des Bundesministeriums für Gesundheit und nachgeordneter Behörden vom Deutschen Grünen Kreuz Empfehlungen zu Prävention, Diagnose und Therapie erarbeitet worden. Zu Diagnose und Therapie hat auch die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) Leitlinien herausgegeben.

Zur Früherkennung von Lungenkrebs gibt es kein besonderes Programm. Aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit ist eine Vorstudie hinsichtlich der Einbeziehung der Sputumuntersuchung in das o.g. Krebsfrüherkennungsprogramm finanziert worden.

Maßnahmen zur Prävention des Lungenkrebses, die sich an Frauen und Männer gleichermaßen richten, sind im Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Förderung des Nicht-Rauchens vom 31. Mai 1990 erstmals zusammengefaßt.

- b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mitgeteilt, daß wissenschaftliche Studien im allgemeinen eine geringe Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen durch sozial benachteiligte Frauen belegen. Entsprechende Daten aus der Routinedokumentation der gesetzlichen Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen stehen jedoch nicht zur Verfügung. Hinsichtlich der Inanspruchnahme der gesetzlichen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen im früheren Bundesgebiet und in den neuen Bundesländern und Ost-Berlin liegen nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für 1993 folgende Erkenntnisse vor: In den alten und

neuen Bundesländern nehmen mehr Frauen als Männer das Angebot der Früherkennungsuntersuchung in Anspruch. Während die Akzeptanz der Krebsfrüherkennung im östlichen Teil Deutschlands sich dem Niveau im Westen annähert, steigen gleichzeitig die Teilnahmeraten im ehemaligen Bundesgebiet in den letzten Jahren spürbar an. Unbefriedigend ist dagegen der starke Rückgang der Inanspruchnahme bei Frauen ab der siebten Lebensdekade, während eine relativ hohe Akzeptanz der Krebsfrüherkennung bei den 20- bis 50jährigen Frauen zu beobachten ist. An dem seit 1971 existierenden Krebsfrüherkennungsprogramm nehmen derzeit jährlich nur ca. 35 % der anspruchsberechtigten Frauen teil.

Bezüglich der Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V nahmen 1993 in der Altersgruppe bis 44 Jahre auch an diesem Programm mehr Frauen als Männer teil, jedoch bei den über 44jährigen Frauen ist die Teilnahmerate am („Check-up“ sogar geringer als bei den Männern. Insgesamt sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede – nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – jedoch erheblich geringer als bei den gesetzlichen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen.

- 2.12 a) Kann die Bundesregierung Auskunft geben über Vor- und Nachteile eines bevölkerungsweiten Mammographiescreenings?
- b) Welche qualitätssichernden Maßnahmen sind für solche Screenings zwingend?
- c) Welche alternativen Früherkennungsmaßnahmen sind ggf. empfehlenswert?
- d) Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um die Effektivität und Akzeptanz bei den Frauen und die Qualität der Durchführung von Screenings bzw. anderen Maßnahmen der Früherkennung wissenschaftlich zu bewerten?
- a) Das primäre Ziel eines bevölkerungsweiten Mammographiescreenings ist die Senkung der Todesrate an Brustkrebs in der Zielbevölkerung bei geringstmöglicher gesundheitlicher Belastung der untersuchten Frauen. Der Nutzen des Screenings beruht vor allem auf der Entdeckung kleiner Mammakarzinome. Durch die Entdeckung von Karzinomen in einem sehr frühen Stadium können Leben gerettet und aufwendige, die Patientinnen stark belastende therapeutische Verfahren vermieden und die Lebensqualität der betroffenen Frauen erheblich gesteigert werden.

Belege für den Nutzen des Mammographiescreenings liefern nach Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Erfahrungen in anderen Ländern: Durch in Schweden durchgeführte randomisierte kontrollierte Studien gilt es heute als erwiesen, daß mit der Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographiescreening die diesbezügliche Mortalität bei Frauen im Alter zwischen 50 und 69

Jahren (Zielbevölkerung) um ca. 30 % gesenkt werden kann. Erfahrungen aus Großbritannien haben zudem gezeigt, daß sich generell durch die Einführung des Mammographiescreenings die Qualität der sogenannten „kurativen“ Versorgung von Frauen mit Brustkrebs verbessert. Dies bedeutet, daß die gesamte Mammadiagnostik und -therapie während der Implementierung eines Screening-Programmes weiterentwickelt und in seiner Qualität verbessert wird. Auch in den Niederlanden hat sich das bevölkerungsweite Mammographiescreening als kosteneffektiv erwiesen. Dort ist die geforderte Mortalitätsenkung absehbar, und die Screening-Programme genießen ein hohes Ansehen bei den Frauen.

Bei einer Darstellung der Vor- und Nachteile des Mammographiescreenings ist zu berücksichtigen, daß der Hauptnutzen, die 30 %ige Mortalitätsenkung in der Zielbevölkerung, sich nicht in gleich beeindruckender Weise für die einzelne Frau realisieren läßt. So müssen in einer Untersuchungsrunde eines etablierten Mammographiescreening-Programms, d. h. in einer sogenannten Inzidenzrunde, mindestens 3 000 Frauen untersucht werden, um einen Todesfall durch Brustkrebs verhindern zu können. Frauen, die jünger als 50 Jahre sind, sollten nicht systematisch zur Teilnahme an einem bevölkerungsweiten Mammographiescreening eingeladen werden, da sie nach dem gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand hierdurch unter Abwägung des Risiko-/Nutzenverhältnisses keinen ausreichenden Vorteil haben. Zu den Nachteilen eines Mammographiescreenings könnte weiterhin gezählt werden, daß auch gesunde Frauen mammographiert werden und es in einigen Fällen zu einer Diagnosevorverlegung ohne Prognoseverbesserung kommen könnte. Problematisiert werden muß auch, daß die Anzahl der Folgeeingriffe, wie Entnahme von Gewebeprobe und damit auch einer unnötigen seelischen Belastung der Frauen, aufgrund „falsch positiver“ Mammographiebefunde zunehmen könnte.

- b) Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben internationale Erfahrungen gezeigt, daß an ein Mammographiescreening, welches der gesamten Zielbevölkerung angeboten werden soll, besondere Anforderungen gestellt werden müssen, wenn das Ziel der Senkung der Brustkrebssterblichkeit (Mortalität) um 30 % erreicht werden soll. Die folgenden Bedingungen müßten erfüllt sein:
- Eine hohe Beteiligungsrate von ca. 70 % in der Zielbevölkerung.
 - Konzentration auf die Frauen, bei denen der Nutzen bei geringstmöglicher gesundheitlicher Belastung am größten ist. Dies trifft gegenwärtig auf die Gruppe der Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren zu.
 - Eine regelmäßige Teilnahme an den Screeningrunden.

- Ein ausreichend enges Screening-Intervall. Gegenwärtig werden für die Zielgruppe der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren zwei Jahre empfohlen.
- Eine hohe Qualität der Mammographie-Befundung.
- Eine hohe technische Qualität der verwendeten Geräte, des Materials und der Abläufe bei der Bilderstellung.
- Eine hohe Qualität der Folgediagnostik und Therapie bei verdächtigen Befunden.

Zu den wesentlichen qualitätssichernden Maßnahmen, welche die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen ermöglicht, gehören nach internationalen Erfahrungen:

- Beachtung von international anerkannten Standards bei der Implementierung des Mammographiescreenings.
- Spezielle Schulungsmaßnahmen des medizinischen, technischen und paramedizinischen Personals.
- Hohe Befundungsfrequenz der mammographierenden Ärzte.
- Individuelle Einladung der teilnahmeberechtigten Frauen.
- Bevölkerungsbezogener Ansatz bei der Durchführung und Evaluation des Screenings.
- Patientenbezogene Verlaufsdokumentation aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.
- Integration der Verlaufsdokumentation in die Evaluation und das Qualitätsmanagement des Screenings.
- Doppelbefundung der Mammographiebilder.
- Brustkrebsregistrierung (z. B. zur Erfassung von Intervallkarzinomen).
- Aufbau einer sich selbst anpassenden, „lernenden“ Organisation für das Qualitätsmanagement des Screenings vor Ort und auf regionaler Ebene.
- Bundesweite und regionale Koordinierung der Screeningaktivitäten.

Zur Verwirklichung der vorgenannten Maßnahmen müßten nach Auskunft der zuständigen Selbstverwaltungspartner umfangreiche organisatorische Strukturen geschaffen und in das dezentrale ambulante Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland eingebunden werden. Die sich dabei ergebenden rechtlichen und organisatorischen Probleme müssen auf eine den Strukturen in Deutschland entsprechende Art gelöst werden. Hierüber berät derzeit der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen.

- c) Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung, alternative Früherkennungsuntersuchungen zu empfehlen, sofern hierunter ungeprüfte Außenseitermethoden verstanden werden. Jedoch ist auf die Bedeutung der regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust zur Früherkennung der Entwicklung eines verdächtigen Befundes gerade auch unter dem Aspekt hinzuweisen, daß die Mammographie als Screeningmaßnahme erst für Frauen ab dem 50. Lebensjahr infrage kommt (s. auch Antwort auf Frage 2.11 a).
- d) Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Forschungsprojektes zur „Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien“ werden schwerpunktmäßig auch die in anderen Ländern durchgeführten Studien zum Mammographiescreening ausgewertet. Das Ergebnis dieser Auswertung wird mit dem Abschlußbericht im ersten Halbjahr 1997 vorgelegt werden.

3. Soziale Bedingungen

3.1 a) Welche Studien zu arbeitsplatzspezifischen Gesundheitsrisiken von Frauen sind der Bundesregierung bekannt, und

b) gibt es Forschungsprogramme, die solchen Fragen gezielt nachgehen?

- a) Es gibt zahlreiche Studien und Forschungsvorhaben zu arbeitsplatzspezifischen Gesundheitsrisiken von Frauen, die bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in Dortmund vorgehalten werden. Insbesondere wird auf die Studie „Psychosoziale Faktoren am Arbeitsplatz unter Berücksichtigung von Streß und Belästigung“ von B. Beermann und B. Meschkutat (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, 1995) verwiesen, die sich mit „Mobbing“ und „sexueller Belästigung am Arbeitsplatz“ befaßt.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) hat 1993 eine Studie zur „Lebenserwartung erwerbstätiger Frauen“ in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse 1995 vorgelegt wurden (Forschungsbericht 252). Im Rahmen dieser Studie wurde – aufbauend auf einer umfassenden Literaturanalyse – auf der Grundlage einer quantitativen Analyse individueller Längsschnittdaten der Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit sowie Lebenserwartung und Gesundheitszustand bei Frauen überprüft. Dabei konnte zum einen auf Datensätze der Rentenversicherungsträger sowie zum anderen auf Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) zurückgegriffen werden. Diese quantitativen Analysen wurden ergänzt durch qualitative Intensivinterviews mit älteren Frauen. Bei der Durchführung dieser Untersuchung standen zwar arbeitsplatzspezifische Gesundheitsrisiken von Frauen nicht im Vordergrund; Detailanalysen der vorliegenden Längsschnittdaten lassen jedoch erkennen, daß in der Gruppe der Frauen mit kürzeren Erwerbszeiten überdurchschnittlich viele aus gesundheitlichen Gründen frühzeitig Rente in Anspruch genommen haben und diese Frauen eine

unterdurchschnittliche Lebenserwartung haben. Der qualitative Teil der Studie belegt zudem die besonderen beruflichen Belastungen, denen sich gerade an- und ungelernete Arbeiterinnen sowie weniger qualifizierte Angestellte gegenübersehen. Diese Befunde zeigen die Bedeutung der Arbeitsplatzqualität für die Lebenserwartung auf, ein Zusammenhang, der bei der Analyse der Mortalität von Männern inzwischen als erforscht und verifiziert anzusehen ist.

Eine Analyse der Rentenversicherungsdaten ergab hinsichtlich der Lebenserwartung:

- den günstigen Einfluß einer „hohen“ Stellung im Beruf
- eine übergreifende Wirkung des Bildungsniveaus auf die Langlebigkeit von Berufs- bzw. Hausfrauen
- eine hohe Auswirkung der Arbeitsplatzqualität (Betriebsklima, psychische Belastungen am Arbeitsplatz)

Eine überdurchschnittliche Lebenserwartung zeigt sich bei Frauen, die als Angestellte einer Tätigkeit mit relativ hoher Selbständigkeit nachgingen. Dabei ist jedoch festzustellen, daß auch qualifizierte Tätigkeiten spezifische psychische Belastungen verursachen können, die positive Wirkungen vermindern oder aufheben.

Da sich in den letzten Jahrzehnten das Bildungsniveau gravierend geändert hat, üben heute wesentlich mehr Frauen qualifizierte Tätigkeiten aus. Dennoch sind sie noch immer überproportional häufig in Berufen tätig, die durch Unterforderung, mangelnde Aufstiegschancen, wenig Entscheidungskompetenzen, viel Streß und körperliche Anstrengungen gekennzeichnet sind.

- b) Das vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderte Forschungs- und Entwicklungsprogramm „Arbeit und Technik“ mit dem Schwerpunkt „Verbesserung der Arbeitsbedingungen“ enthält u. a. das Forschungsgebiet „Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz“. In Einzelvorhaben werden spezifische Gesundheitsrisiken für Arbeitnehmer in der Arbeitswelt untersucht (z. B. Verbundvorhaben zu spezifischen Gesundheitsrisiken in der Abfallentsorgung). Eine geschlechtsspezifische Differenzierung mit Hinblick auf die zu untersuchenden Forschungsgegenstände war jedoch bisher nicht Gegenstand von Forschungs- und Entwicklungs-Vorhaben im Bereich „Arbeit und Technik“.

3.2 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Korrelation zwischen Gesundheitszustand und Lebens- und Einkommenssituation bei Frauen?

Die Ergebnisse der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderten Studie „Lebenserwartung erwerbstätiger Frauen“ bestätigen, daß die sozio-ökonomische Lage als entscheidender Faktor für die Lebenserwartung und den Gesundheitszustand von Frauen anzusehen ist. Die Analyse der verfügbaren Daten ergab, daß der Erwerbsstatus (Arbeiter, Angestellte) einen entscheidenden Einfluß hat. Frauen in Angestelltenverhältnissen weisen einen besseren Gesundheitszustand auf und haben eine tendenziell längere Lebenserwartung, zumal dann, wenn sie einer Tätigkeit nachgehen, die ihnen einen hohen Grad der Selbständigkeit/Entscheidungsfreiheit einräumt. Diese Ergebnisse werden auch durch andere Studien gestützt.

Die Analysen der SOEP-Daten (s. auch Antwort zu Frage 3.1 Buchstabe a) verweisen auf den herausgehobenen Stellenwert eines höherwertigen Bildungsabschlusses von Frauen – vermutlich als Indikator für eine insgesamt aktivere Lebensgestaltung – für eine tendenziell höhere Lebenserwartung. Die qualitativen Interviews bestätigen diesen Befund: Für Frauen mit höherem Bildungsabschluß vermitteln alle Indikatoren, die hinsichtlich des Gesundheitszustandes und der subjektiven Befindlichkeit und damit indirekt hinsichtlich der Lebenserwartung von berufstätigen Frauen bzw. Hausfrauen geprüft wurden, ein günstigeres Bild als für Frauen mit eher geringem Bildungsniveau.

Auch die Daten aus dem 1. Nationalen Gesundheits-survey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) zeigen, daß Frauen mit einem niedrigen Bildungsabschluß und einer niedrigen Stellung im Beruf häufiger ihren Gesundheitszustand als schlecht bzw. weniger gut einstufen, häufiger gesundheitliche Beschwerden angeben und häufiger an Mehrfacherkrankungen leiden als die beruflich besser gestellten Frauen. Es läßt sich vermuten, daß dieses Resultat auch bei Berücksichtigung der Einkommenssituation gilt, da das Einkommen in der Regel stark von dem Bildungsstand und dem beruflichen Status abhängig ist. Auswertungen über den Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitszustand werden im allgemeinen nicht durchgeführt. Zwar wird häufig das Einkommen abgefragt. Die Angaben zum Einkommen werden jedoch als nicht sehr zuverlässig betrachtet, weil oftmals Angaben gar nicht oder nicht wahrheitsgemäß gemacht werden.

Diese generelle Aussage der schlechteren Gesundheit von Frauen in schlechteren Lebenssituationen wird durch die aus einigen Projekten in den Forschungsverbänden Public Health gewonnenen Ergebnisse gestützt. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, daß z. B. alleinerziehende Mütter, Frauen mit Behinderungen, Sozialhilfeempfängerinnen, Frauen mit kleinen Kindern, ausländische Frauen ihren Gesundheitszustand selbst häufig als schlecht einschätzen.

3.3 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Auswirkungen von

- a) praktizierter Erwerbsarbeit von Frauen auf ihre Gesundheit und

b) Arbeitslosigkeit auf die gesundheitliche Befindlichkeit?

- a) Analysen mit Hilfe von Daten der Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit belegen, daß Arbeitnehmerinnen je nach Branche und den dort vorherrschenden Arbeitsbedingungen sehr unterschiedliche Arbeitsunfähigkeitsraten aufweisen. Dies wird durch Analysen der Rentenversicherungsträger in bezug auf Bestimmungsfaktoren für die Entstehung einer Frühberentung bei Frauen belegt. Danach konnten vor allem gesundheitsbeeinträchtigende Arbeitsplatzbedingungen – und hier besonders Belastungen und Beanspruchungen durch gefährliche Arbeitsstoffe und die Arbeitsumwelt; körperliche, nervliche und psychische Über- und Unterforderungen –, beruflich-soziale Selektionsmechanismen und ein insbesondere für arbeitslose, behinderte und gesundheitsgeschädigte Arbeitnehmerinnen verschlossener Arbeitsmarkt als Gründe für eine Frühberentung bei Frauen herausgearbeitet werden.

Die Auswertung der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderten Studie „Lebenserwartung erwerbstätiger Frauen“ läßt für die untersuchte Alterskohorte, d. h. Frauen im Rentenalter, die in den 20er Jahren bzw. früher geboren wurden, erkennen, daß sich für sie ihre Erwerbstätigkeit tendenziell lebensverkürzend auswirkt, ein Effekt, dessen Wirkung mit Dauer der Erwerbstätigkeit zunimmt. Verheiratete 60jährige Frauen, die überwiegend im Beruf standen, haben gegenüber gleichaltrigen Frauen, die überwiegend nicht erwerbstätig waren, eine um etwa 3 Jahre kürzere Lebenserwartung. In der Studie wurde auch die in der Literatur vertretene These überprüft, bei Teilzeitarbeit könnten die negativen Auswirkungen einer Rollenvielfalt von Frauen (Streß durch Doppelbelastung) reduziert werden, deren Vorteile (finanzielle Unabhängigkeit, bessere Einbindung in soziale Netze) jedoch uneingeschränkt erhalten bleiben. Diese Hypothese konnte mit den Ergebnissen der quantitativen Analyse für die untersuchte Alterskohorte – zumindest hinsichtlich eines möglichen positiven Effekts für die Lebenserwartung – nicht belegt werden. Ein statistisch signifikanter Einfluß einer kürzeren Wochenarbeitszeit (Teilzeitbeschäftigung) von Frauen auf deren Lebenserwartung ließ sich nicht messen.

Diese Untersuchungsergebnisse lassen sich jedoch nicht verallgemeinern. Sie wurden für eine spezielle Alterskohorte ermittelt – für Frauen, die in den 20er Jahren bzw. früher geboren wurden und deren Leben durch die Folgen des Krieges und die besonderen Belastungen der Nachkriegszeit bestimmt waren. Ein Rückschluß von diesen speziellen beruflichen und familiären Erfahrungen heutiger Rentnerinnen auf die Lebensverläufe nachfolgender Alterskohorten von Frauen ist nicht ohne weiteres möglich. Verschiedene Anhaltspunkte, beispielsweise das insgesamt gestiegene Bildungs- und Qualifikationsniveau sowie die veränderten Ar-

beitsbedingungen, sprechen dafür, daß die Belastungs-/Ressourcenbilanz für jüngere Frauen positiver ausfällt als für die ältere Population in der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durchgeführten Studie. Dies müßte jedoch gesondert analysiert werden, um verallgemeinerbare Aussagen zum Einfluß der Erwerbstätigkeit auf die Lebenserwartung von Frauen zu ermöglichen.

- b) Aussagen zu Gesundheitsrisiken, die mit Arbeitslosigkeit verbunden sind, lassen sich schwer treffen. Die Gründe sind vielfältig. Sie liegen in Deutschland u. a. im Fehlen zuverlässiger Gesundheitsdaten einer hinreichend großen Zahl von Arbeitslosen und Kontrollpersonen, die über Zeit den Individuen zugeordnet werden können. Sie liegen auch in der Schwierigkeit, den Gesundheitsstatus vor Eintritt der Arbeitslosigkeit zu erheben und damit Selektionsfaktoren kontrollieren zu können. Der Forschungsstand zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen ist daher rudimentär.

Die wenigen hierzu bislang vorliegenden Studien in Deutschland deuten auf einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustandes bzw. des körperlichen Wohlbefindens hin, die aber in erster Linie Langzeitarbeitslose betreffen und vorwiegend in erhöhter Depressivität, Ängstlichkeit und sonstigen Beschwerden Ausdruck finden. Eine Verlaufsuntersuchung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung aus dem Jahr 1981/1983 „Die individuellen Folgen langfristiger Arbeitslosigkeit – Ergebnisse einer repräsentativen Längsschnitt-Untersuchung“ kam für Westdeutschland zu entsprechenden Befunden. Nach dieser Studie halten sich in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit gesundheitlich be- und entlastende Effekte offenbar weitgehend die Waage, während bei Langzeitarbeitslosigkeit verstärkt Indikatoren ersichtlich werden, die auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung infolge der Arbeitslosigkeit schließen lassen. Diese ältere Untersuchung für Westdeutschland wird durch eine erst kürzlich veröffentlichte Untersuchung zum Thema „Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Folgen in Ostdeutschland (Fallstudie Sachsen)“ weitgehend bestätigt. Signifikante Effekte beim Gesundheitszustand im Zusammenhang mit einer Arbeitslosigkeit treten auch hier weitgehend nur bei Langzeitarbeitslosen, nicht aber bei Kurzzeitarbeitslosen auf. Langzeitarbeitslose Frauen haben einen signifikant besseren Gesundheitszustand als Männer. Frauen werden mit den Problemen offensichtlich besser fertig. Weitere Differenzierungen, insbesondere auch nach Geschlecht sind auf der Basis der vorliegenden Befunde schwierig, vor allem wegen der Vielzahl von intervenierenden Faktoren und der Tatsache, daß die Fallzahlen häufig für differenzierte Aussagen nicht ausreichen. Siehe auch Antwort auf Frage 5.2.

3.4 Sind der Bundesregierung spezielle Ergebnisse bekannt, die

- a) die Auswirkungen der Berufstätigkeit auf die Gesundheit von Frauen zum Thema haben, insbesondere im Hinblick darauf, ob die Tätigkeit anspruchsvoll, abwechslungsreich, verantwortungsvoll, der Qualifikation der Beschäftigten angemessen ist, und die Auskunft geben über gesundheitsrelevante Belastungsfaktoren,
- b) an sog. frauenspezifischen Arbeitsplätzen (z. B. Büro, Haushalt, Friseurhandwerk, Verkauf, Krankenpflege),
- c) in gewerblich-technischen Berufen,
- d) an Tele-Arbeitsplätzen,
- e) in freiberuflichen Positionen?

a) Siehe Antworten auf die Fragen 3.1 bis 3.3

b) Erkenntnisse hierzu liegen nur zum Pflege- und Rehabilitationsbereich vor.

Die Pflegeberufe gelten als „Frauendomäne“. Rund 85 % der ca. 600 000 in der Kranken- und Altenpflege Beschäftigten sind weiblich. Eine Nachfrage bei verschiedenen Berufsverbänden ergab folgende Darstellung:

Im Bereich der Kranken- und Altenpflege muß zwischen ambulanter und stationärer Pflege unterschieden werden. Im stationären Bereich sind die gesundheitlichen Risiken geringer als im ambulanten Bereich, weil die technischen Voraussetzungen für Arbeitserleichterungen besser sind. Körperliche Überbeanspruchungen durch schweres Heben und Tragen treten seltener als im ambulanten Sektor der Pflege auf und führen deshalb weniger zum Verschleiß. Nach Expertenansicht ist die psychische Belastung im ambulanten Bereich höher als im stationären Dienst.

Als generelle Belastungsfaktoren, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, wurden angegeben:

- arbeitszeitliche Belastungen, wie etwa Schicht- und Nacharbeit, Überstunden in erheblicher Größenordnung, Ruf- und Bereitschaftsdienste, nicht planbare Pausen, Rückrufaktionen aus Urlaub und Freizeit;
- körperliche Belastungen, z. B. durch Heben und Tragen von schweren Lasten aus ungünstiger ergonomischer Haltung heraus, häufiges Bücken, ständiges Stehen, Laufen, Zwangshaltungen;
- eine belastende Arbeitsumwelt, etwa durch Lärm, feuchtwarme Raumtemperaturen, Dämpfe, künstliches Licht, usw.;
- Infektionsgefährdungen;
- Umgang mit gefährlichen Stoffen und Strahlen;
- psychische Belastungen, z. B. durch die ständige Konfrontation mit Leiden und Tod, hohes Ar-

beitstempo, Arbeiten mit Notfallcharakter, fehlende Hilfen zur Konfliktbewältigung.

Mehr als bei den in der Krankenpflege tätigen Männern ist bei den weiblichen Krankenpflegekräften das sog. „Ausgebranntsein“ (Burn-out-Syndrom) bekannt. Dieses Syndrom wird meist erst nach mehreren Jahren spürbar und hat nicht selten einen völligen Ausstieg aus dem Berufsleben oder einen Berufswechsel zur Folge.

Auch die Ergebnisse des vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderten Forschungsprojekts „Arbeitsmarkt für Pflegeberufe“ belegen die o.g. Belastungsfaktoren. Sowohl die Pflegekräfte in der Altenpflege als auch in der Krankenpflege werden physisch und psychisch hohen Belastungen ausgesetzt. Die in der Studie erfaßte Konzentration von Arbeitsabläufen bei den Alten- und Krankenpflegekräften, wie Streß in der Pflege bei hohem Zeitdruck, Umgang mit Schmerzen, Leid und extrem schwierigen Krankheitsbildern, die Konfrontation mit Sterben und Tod sowie die Erfahrung, zu wenig Zeit zu haben, um auf die Patienten und ihre spezifischen Probleme ausreichend eingehen zu können, verweisen auf die vielfachen Anforderungen, die an die Pflegekräfte herangetragen werden und die Belastungen, welche ihnen aus dieser Tätigkeit erwachsen. Auswirkungen auf die Gesundheit des Pflegepersonals können nicht ausgeschlossen werden.

Die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderte Studie „Lebenserwartung erwerbstätiger Frauen“ beinhaltet eine umfassende Diskussion und Dokumentation der Literatur zu diesem Thema. Die Studie ist als Band 252 in der Reihe „Sozialforschung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung erschienen.

- c) Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.
- d) Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.
- e) In der Physiotherapie beträgt der Frauenanteil ca. 80 %. Hier klagen viele Physiotherapeutinnen über Bandscheiben- und Wirbelsäulenschäden, da ihre Arbeit oft im Stehen erfolgen muß.

Auf das Gutachten des Instituts für Freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg „Frauen in Freien Berufen in Sachsen“, 1995, wird hingewiesen.

3.5 Sind der Bundesregierung zum vorgenannten Bereich Studien bekannt, und wenn ja, wo sind deren Ergebnisse veröffentlicht?

Der Bundesregierung sind eine Reihe von Studien zum o.g. Thema bekannt. Eine Auswahl findet sich in der folgenden Literaturübersicht:

- „Arbeitsmarkt für Pflegeberufe“; Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, BMA-Forschungsbericht Nr. 239
- „Lebenserwartung erwerbstätiger Frauen“, Berliner Institut für Sozialforschung (BIS) und Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), 1995, Veröffentlichung durch Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorgesehen
- „Ältere Frauen in der Auseinandersetzung mit Berufsaufgabe und Partnerverlust“, Institut für Gerontologie Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Veröffentlichung Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend, Band 4 (1991)
- „Frauen im mittleren Alter – Lebenslagen der Geburtskohorten von 1935 bis 1950 in den alten und neuen Bundesländern“, Veröffentlichung Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend, Band 13 (1993)
- „Erwerbstätigkeit und soziale Lage der Frauen in den neuen Bundesländern – besser, schlechter oder anders als früher?“ Gesellschaft für sozialen Fortschritt e.V. und BfA Berlin (1994)
- „Arbeitsmarkt für Frauen 2000 – Ein Schritt vor und ein Schritt zurück?“ (Kompendium zur Erwerbstätigkeit von Frauen, Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der BfA, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAG 179)
- Bartholomeyczik, S.: „Arbeitsbedingungen und Gesundheitsstörungen bei Krankenschwestern“, in „Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Beilage 40/“, Seiten 2–9 (1987)
- Bowmann, M. & Allen, D.: „Stress and woman physicians“. New York. Springer (1990)
- Büssing, A. Eisenhofer, J., Glaser, J., Natour, N., Theis, U.: „Psychischer Streß und Burnout in der Krankenpflege“, 1. Projektbericht. Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie, München (1995)
- Herschbach, P. (1992): „Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften“. Weinheim: VCH (1992)
- Landau, K.: „Psycho-psychische Beanspruchung und Burnout in der Alten- und Krankenpflege“, in: Landau, K. (Hrsg.): Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Heim. Bericht über ein Symposium. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung (1991)
- Mandell, H. & H. Spiro: „When doctors get sick“. New York: Plenum (1987)
- von Volksmann, B.: „Sterben Ärztinnen eher als andere Frauen?“ Münster: Waxmann (1994)

3.6 Welche Auswirkungen der Abhängigkeit, insbesondere der materiellen Abhängigkeit, von Ehemännern bzw. (Lebens-) Partnern auf die Gesundheit von Frauen sind der Bundesregierung bekannt?

Über einen solchen Zusammenhang liegen der Bundesregierung keine gesicherten Erkenntnisse vor.

3.7 Welche Studien gibt es hinsichtlich einer Korrelation Lebensumfeld (häusliche und soziale Wohnbedingungen/ökonomische Situation/fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten) und Gesundheit/Krankheit?

Hierzu sind der Bundesregierung keine Studien bekannt, die einen solchen Zusammenhang direkt nachweisen. Gesundheitsspezifische Fragestellungen sind im Forschungsprogramm „Experimenteller Wohnungs- und Städtebau“ nicht erfaßt. Das Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (BMBau) hat im Rahmen dieses Ressortforschungsprogramms von anderen Aspekten her untersuchen lassen, welche unterstützenden Lösungen Wohnungs- und Städtebau für die Wohnungsversorgung Alleinerziehender bieten können. Auf der Basis von 10 Modellvorhaben wurden beispielhaft bauliche, städtebauliche, organisatorische und soziale Maßnahmen zur Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen von Alleinerziehenden und alleinstehenden Schwangeren erprobt und ausgewertet.

Die Spannweite der Schlußfolgerungen für Wohnungs- und Städtebau reicht von der besonderen Wohnungsversorgung für Alleinerziehende zur Vermeidung und Bewältigung von Krisensituationen und Notfällen bis hin zu verallgemeinerbaren Wohnstandards für neue Haushaltstypen infolge sich wandelnder Lebensformen. Den roten Faden bildet dabei der Grad der jeweiligen Selbständigkeit bzw. Angewiesenheit auf Hilfe.

Die Forschungsergebnisse wurden von der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, Bonn, im Oktober 1996 in Heft 78 der Schriftenreihe „Materialien zur Raumentwicklung“ veröffentlicht.

3.8 Wie hoch ist die Zahl obdachloser Frauen, und welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung hinsichtlich des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens dieser Frauen?

Bisher gibt es keine amtliche Bundesstatistik, aus der sich die Gesamtzahl wohnungs- bzw. obdachloser Frauen ablesen läßt. Das Statistische Bundesamt untersucht jedoch derzeit im Rahmen eines Projektes die Möglichkeiten und Grenzen für eine amtliche Erhebung der Wohnungslosigkeit im Rahmen der Bundesstatistik.

Daten zur gesundheitlichen Situation der von Wohnungs- bzw. Obdachlosigkeit betroffenen Frauen liegen der Bundesregierung nicht vor.

Nach den Erkenntnissen der im Bereich Wohnungslosenhilfe tätigen Verbände und Organisationen sowie aufgrund von Berichten aus der Praxis muß jedoch von

einer deutlich erhöhten Erkrankungs Wahrscheinlichkeit durch die Lebensumstände – wie materielle Not, seelische Belastung, Witterungseinflüsse, Gewaltanwendung, streßbedingte Herabsetzung der körperlichen Immunabwehr, mangelhafte Hygienemöglichkeiten und Ernährung sowie situationsbedingte Blockierung der Wahrnehmung von Schmerz bzw. Erkrankung – ausgegangen werden. Als häufige Krankheitsdiagnosen werden Infektionskrankheiten, Hautkrankheiten, Unterleibserkrankungen, Suchterkrankungen, affektive Störungen und Angststörungen, Folgen von Körperverletzungsdelikten sowie als chronische Krankheiten vor allem Rheuma, Lungentuberkulose, Diabetes, Epilepsie und AIDS genannt.

Aufgrund einer Studie zu psychischen Erkrankungen alleinstehender wohnungsloser Frauen in München von 1994 wurden bei etwa der Hälfte der Frauen schwere psychische Erkrankungen diagnostiziert, wobei diese mit der Dauer der Wohnungslosigkeit zunehmen. Während die Daten für Substanzabhängigkeit in etwa denen der Männer entsprachen, litten Frauen doppelt so häufig wie Männer an Schizophrenie und dreimal so häufig an affektiven Störungen bzw. Angststörungen.

Im Rahmen des Modellprogramms „Hilfen für alleinstehende wohnungslose Frauen“ des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden daher u. a. auch Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung dieser Frauen entwickelt und erprobt.

In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, daß alle Wohnungs- bzw. Obdachlosen im Bedarfsfall Anspruch auf vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 36 BSHG) und/oder Krankenhilfe (§ 37 BSHG) sowie ggf. auf Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§ 72 BSHG) haben.

Im übrigen hat die Bundesregierung wiederholt betont, daß sie der Vermeidung und dem Abbau von Obdach- und Wohnungslosigkeit einen hohen Stellenwert einräumt. Diese Zielstellung gilt sowohl für Frauen wie für Männer.

- 3.9 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, inwieweit komplexe materielle Not und Abhängigkeit Befindlichkeitsstörungen und verschiedene Krankheitserscheinungen auslösen, und in welchem Umfang sind besonders alleinerziehende Frauen betroffen?

Entsprechend den Ergebnissen langjähriger Forschungen an der Medizinischen Hochschule Hannover (Collatz J; Borchert H: „Die gesundheitliche Situation von Frauen mit Kindern in der Bundesrepublik Deutschland. Zur Forschung über Belastung und Gesundheit von Frauen mit Kindern“. Bundesgesundheitsblatt 38 [2], S. 42–46/1995) führen die heutigen Lebensmöglichkeiten von Frauen mit Kindern und die gesellschaftlichen Rollenzuschreibungen zu vielfältigen Belastungen. Davon sind Armut bzw. Armutsbedrohungen und finanzielle Beengtheit die wichtigsten Stressoren.

Je nach Bildungsgrad, sozialer Situation, Unterstützung und Ressourcen führen die sozialen und psychischen Belastungen bei Frauen mit Kindern zu unterschiedlichen Bewältigungsstrategien.

In einer Untersuchung (Bartholomeyczik S., Tietze K. W.: „Soziale Lage, Risikofaktoren und Krankheiten“ Feldstudie Nordenham III.; unveröffentlichtes Typoskript/1986) gaben Frauen häufiger an, ein Arzt habe ihnen die Diagnose eines chronischen Leidens mitgeteilt. Zudem hatten sie häufiger vegetative Symptome. Der aktuelle Medikamentenverbrauch korreliert allerdings nicht mit den festgestellten pathologischen Befunden, sondern mit den angegebenen Beschwerden.

Das Merkmal „Alleinerziehend“ selbst trägt nicht zur Erklärung von Beschwerden und Arztbesuchen bei, sondern die hinzukommenden sozialen Faktoren, wie z. B. Erwerbslosigkeit, Sozialhilfebedürftigkeit und mangelnder sozialer Rückhalt bei Freunden und Verwandten (Beatson-Hird S.P., Yuen P., Balarajan R.: „Single mothers: their health and health service use“, J Epidemiology Community Health 43, 385–390/1989).

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert seit dem 1. Dezember 1996 ein Forschungsprojekt „Worin unterscheidet sich die Lebenssituation von Alleinerziehenden von der Lebenssituation der Elternfamilien?“. Dieses Forschungsprojekt soll fundierte Erkenntnisse über die Lebenssituation einschließlich der psychosozialen Lage im Hinblick auf evtl. psychische und physische Belastungen des Alleinerziehens liefern.

Aufgrund der aus dem seit 1984 laufenden Modell des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Hilfen für alleinerziehende Frauen in Problemsituationen“ gewonnenen Erfahrungen kann davon ausgegangen werden, daß Abhängigkeitsbeziehungen materieller, aber auch psychischer Art mit gesundheitlichen Folgen verbunden sind. Quantitative Aussagen sind jedoch nicht möglich.

- 3.10 Welche Untersuchungen sind der Bundesregierung bekannt, die Aussagen darüber machen, in welchem Maße die von Frauen geleisteten familiären Hilfeleistungen im Rahmen der häuslichen Pflege pflegebedürftiger Angehöriger gesundheitliche Beeinträchtigungen der Pflegenden zur Folge haben?

Die Bundesregierung hat verschiedene Studien durchführen lassen, die sich mit den Belastungen von Angehörigen aufgrund häuslicher Hilfe- und Pflegeleistungen befassen.

So wurde z. B. in der Untersuchung „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten“ auch die gesundheitliche Belastung von Personen, die hilfe- oder pflegebedürftige Menschen betreuen und pflegen, erfragt (vgl. Schneekloth u. a., „Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten“, Band 111.2 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1996, sowie

Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, Achter Jahrgang, Heft 4, Dezember 1995).

Die im Auftrag des ehemaligen Bundesministeriums für Familie und Senioren durchgeführte interdisziplinäre Studie „Die Situation über 60 Jahre alten Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann“ (Medizinische Hochschule Hannover/„Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend“, Bd. 49, 1995) liefert insbesondere Erkenntnisse zur häuslichen Pflegesituation älterer Frauen und hinsichtlich deren Belastungen (vgl. hierzu auch die Antwort zur Großen Anfrage „Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland“, Drucksache 13/3343).

3.11 Welche Studien und Ergebnisse sind der Bundesregierung bekannt, die

- a) die gesundheitliche Lage älterer und alter Frauen hinsichtlich gesundheitlicher Zustand, Sexualverhalten und des im Alter sich ändernden Ernährungsbedarfs zum Inhalt haben, und
- b) welche Aussagen werden hier gemacht, und welche Konsequenzen müssen aus den Ergebnissen gezogen werden?

a) Hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes wird auf die Antworten zu Kapitel 1 verwiesen.

Sexualität und Intimität im Alter werden auch heute noch in weiten Teilen der Öffentlichkeit tabuisiert und ignoriert und gewinnen in der Wissenschaft erst in den letzten Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit und Bedeutung. Beispielsweise befaßten sich die Kinsey-Reporte (1948, 1953) mit ihren knapp 2 000 Seiten lediglich auf zwei Seiten mit der Sexualität des älteren Mannes und auf einer halben Seite mit der Sexualität der älteren Frau.

Auch heute ist nach wie vor das Stereotyp verbreitet, daß Sexualität im Alter nicht vorkommt (vgl. Niederfranke, A., „Funkkolleg Altern“, Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung, 1996). Zudem befassen sich die existierenden Untersuchungen vorwiegend mit dem männlichen Sexualverhalten im Alter. Dies entspricht zum einen dem Vorurteil, daß ältere Männer als sexuell aktiver gelten als gleichaltrige Frauen, ist darüber hinaus aber auch Ausdruck dafür, daß älteren Männer Sexualität eher zugestanden wird. Vorurteile und Mythen sind weit verbreitet und halten sich oft hartnäckig.

Neuere Untersuchungen belegen, daß die Vorstellungen von sexuellem Desinteresse und mangelnder sexueller Aktivität im Alter nicht zutreffend sind (Karl, F. & Friedrich, I. (Hrsg.), „Partnerschaft und Sexualität im Alter“, Darmstadt, 1991; Steinkopf; Schneider, H.D., „Sexuelle Verhaltensweisen im Alter“, Zeitschrift für Gerontologie 15, S. 214–219, 1980). Im Alter können sich die sexuellen Bedürfnisse verändern. Während mit zunehmendem Alter die Bedeutung der Geschlechtlichkeit ab-

nimmt, gewinnen Zärtlichkeit und Nähe an Bedeutung.

Paare, die im Alter mit sexuellen Problemen konfrontiert sind, lösen diese häufig, indem sie sexuelle Aktivitäten vermeiden. Sexuelle Enthaltensamkeit und scheinbares sexuelles Desinteresse können insofern auch als Folgen der sexuellen Probleme interpretiert werden. Unter dem Vorurteil, asexuell zu sein, leiden besonders die alleinstehenden älteren Frauen. Sie müssen besonders häufig auf Intimität, Nähe und Sexualität verzichten (Friedan, B. „Mythos Alter“. Hamburg, Rowohlt, 1995; Müller-Daehn, S. & Fooker, I., „Besondere Belange der Situation von Frauen im Alter“ Hrsg: Deutsches Zentrum für Altersfragen; Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung III, „Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen“, Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 281–395).

Befriedigende Sexualität im Alter ist nicht in erster Linie eine Frage der körperlichen Veränderungen, sondern vielmehr der seelischen Gestimmtheit und der gesellschaftlichen Vorstellungen. Solange Leistungsnormen der jugendlichen Sexualität unreflektiert auf das Alter übertragen werden und andererseits den älteren Menschen Sexualität abgesprochen wird, sind die Bedingungen für ein befriedigendes und an angemessenen Maßstäben orientiertes Sexualeben im Alter nur sehr eingeschränkt gegeben. In den letzten Jahren wird das Thema Sexualität im Alter zunehmend enttabuisiert und auch von den Medien aufgegriffen.

Zur Lage älterer und alter Menschen hinsichtlich gesundheitlichem Zustand und des sich im Alter ändernden Ernährungsbedarfs liegen folgende Studien vor, die sich auf weibliche und männliche Senioren beziehen:

- Kohlmeier L. et al: Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 27 (1993)
 - Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Ernährungsbericht 1996. Neuauswertung der Nationalen Verzehrsstudie 1985–1989; Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr, 5. Überarbeitung, Frankfurt (1991)
 - Heseker H., Schneider R., Moch K. J., Kohlmeier M., Kübler W.: Vitaminversorgung Erwachsener in der Bundesrepublik Deutschland. VERA-Schriftenreihe Band IV, Niederkleen (1992)
- b) Die Ernährungssituation älterer und alter Menschen bedarf hinsichtlich der Energiezufuhr und Nährstoffversorgung besonderer Aufmerksamkeit. Der Grundumsatz und in der Regel auch der Leistungsumsatz sind bei Senioren reduziert, weshalb eine verringerte Energiezufuhr empfohlen wird. Es gibt jedoch keine Hinweise auf einen verminderten Bedarf an essentiellen Nährstoffen, so daß man annehmen muß, daß der Bedarf gegenüber jungen Erwachsenen zumindest gleichgeblieben ist. In den Studien wurden Faktoren ermittelt, welche die

Nahrungsaufnahme bzw. die Resorption der Nährstoffe negativ beeinflussen können, infolgedessen unzureichende Versorgungslagen bzw. biochemische Mangelzustände bei Senioren auftreten können. Die erforderlichen Zufuhrmengen der Senioren an essentiellen Nährstoffen übertreffen diejenigen junger Erwachsener aufgrund dieser negativen Einflüsse in sehr vielen Fällen.

Faktoren, die die Nahrungsaufnahme und -verwertung negativ beeinflussen, sind beispielsweise:

- Krankheiten:
können die Resorption von Nährstoffen hemmen (z. B. Magen-Darm-Krankheiten),
können die Appetitlosigkeit fördern,
können die Mobilität herabsetzen (Einkaufen und Zubereiten von Speisen werden erschwert).
Kau- und Schluckstörungen.
- Medikamentenkonsum:
Psychopharmaka und einige Antibiotika führen zu Appetitlosigkeit.
Zytostatika und auch Antibiotika reduzieren die Resorption von verschiedenen Nährstoffen.
Diuretika führen zu einem Verlust an Elektrolyten und Spurenelementen.
- Alkoholkonsum:
kann Antriebs- und Konzentrationsverlust verursachen,
kann zu Appetitlosigkeit führen.
- Psychosoziale Faktoren:
Einsamkeit, z. B. durch Tod eines nahen Verwandten, Umzug ins Heim, finanzielle Situation
- Psychische Beeinträchtigungen:
Verwirrheitszustände
Antriebsveränderungen

In vielen Fällen liegen mehrere Faktoren kombiniert vor, deren Folgen Untergewicht und suboptimale Versorgungszustände insbesondere an Vitaminen und Mineralstoffen sein können. In der Bethanien-Ernährungsstudie (Heidelberg), die sich auf stationär aufgenommene geriatrische Patienten bezog, wies man bei 57 % der Frauen und 60 % der Männer Untergewicht nach. Andere Studien zeigten, daß die realen Zufuhrmengen von Vitaminen und Mineralstoffen die Empfehlungen zur Nährstoffzufuhr nur zu 40 % bis 60 % erfüllten.

Unzureichende Aufnahme von Nahrungsmitteln und daraus resultierende Mangelzustände werden u. a. in Verbindung gebracht mit

- einer erhöhten Morbidität im Alter,
- einer erhöhten Infektanfälligkeit,
- einem erhöhten Frakturrisiko,
- verminderter physischer Leistungsfähigkeit,
- Stoffwechselstörungen.

Welcher Nährstoffbedarf bei den unterschiedlichen Altersgruppen notwendig wäre, die Lebenserwartung zu erhöhen, die Morbidität zu reduzieren und die physische und psychische Leistungsfähigkeit zu erhalten, ist noch nicht geklärt. In den Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung Tagesrichtwerte für Frauen im Alter von 65 Jahren und älter festgelegt. Ein aktuell vergebenes, mehrjähriges Forschungsvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit sieht vor, auf der Basis einer repräsentativen Analyse der Ernährungssituation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland Ernährungs- und Verhaltensempfehlungen zu erarbeiten. Die Ergebnisse werden in den Ernährungsbericht 2000 eingehen.

- 3.12 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die psychische und physische Lebenssituation von Frauen nach dem Tod des Partners, und sind hier altersbedingte Unterschiede bekannt?

Der Partnerverlust ist im Lebenslauf von besonderer Bedeutung, insbesondere für das Leben von Frauen. Alte Frauen sind aufgrund ihrer im Vergleich zu Männern erhöhten Lebenserwartung und infolge der Altersdifferenz der Ehepartner von Verwitwung überproportional häufig betroffen. Ca. 85 % aller Verwitweten sind Frauen. Das durchschnittliche Verwitwungsalter für Frauen liegt bei 68 Jahren; die durchschnittliche Verwitwungsdauer bei 14 bis 15 Jahren. Während verwitwete ältere Männer zur Wiederheirat tendieren, bleibt die breite Mehrheit von Frauen nach dem Tod des Mannes allein (vgl. Niederfranke, A. „Ältere Frauen in der Auseinandersetzung mit Berufsaufgabe und Partnerverlust“ Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend, 1992, Bd. 4).

Die Verwitwung ist im Lebenszusammenhang mit einem erhöhten Krankheitsrisiko verbunden. Sowohl hinsichtlich somatischer als auch hinsichtlich psychischer Erkrankungen ist der Verlust des Partners als Vulnerabilitätsfaktor zu bewerten (z. B. Arens, D.A., „Widowhood and well-being – an examination of sex differences within a causal model“, *International Journal of Aging and Human Development*, 15, S. 27–40; Bojanovsky, J., 1982; „Ehepartnerverlust als Risikofaktor für den Selbstmord“, in Reimer, C. (Hrsg.) „Suizid“, Berlin). Besonders aufschlußreich sind Arbeiten, die sich mit den Bedingungen und Formen der Auseinandersetzung mit der veränderten Lebenssituation infolge des Partnerverlustes auseinandersetzen.

Nahezu Dreiviertel aller verwitweten Frauen lebt in Einpersonenhaushalten. Wie internationale Studien zeigen, kann das Leben in Einpersonenhaushalten die Gefahr sozialer Isolation von verwitweten Frauen erhöhen (z. B. Collot, C. u. a. „Die soziale Lage alleinstehender älterer Frauen in Großstädten aus westeuropäischen Ländern“, *Europäische Hochschulschriften, Psychologie*, 1982).

Die Bedeutung sozialer Unterstützungssysteme für den Auseinandersetzungsprozeß mit der Verwitwung ist in

unterschiedlichen Untersuchungen bearbeitet worden. In ihnen wird der Einfluß inner- oder außerfamiliärer Unterstützungssysteme unterschiedlich bewertet. Während in der ersten Trauerphase der Familie eine große stabilisierende Funktion zugeschrieben wird, scheinen langfristig für eine gelungene Anpassung an die veränderte Lebenssituation die außerfamiliären Kontakte eine zunehmende Bedeutung zu erlangen.

- 3.13 Welche nationalen und internationalen Studien sind der Bundesregierung bekannt, die das Ausmaß möglicher Mangelernährung bei alten Menschen in Krankenhäusern und Pflegeheimen dokumentieren?

Zu diesem Themenkomplex sind nicht-repräsentative nationale und internationale Studien bekannt, die den allgemeinen Ernährungs- und Gesundheitszustand alter Menschen bei Aufnahme ins Krankenhaus untersucht haben (s. Anlage zu Frage 3.13). Dagegen liegen keine Untersuchungen an Krankenhauspatienten vor, die eine direkte Beziehung zwischen Krankenhausverpflegung und der Bedarfsdeckung mit Nährstoffen aufzeigen könnten. Aufgrund des in den meisten Fällen kurzen Aufenthaltes in den Hospitälern könnte eine Mangelernährung wahrscheinlich nur in Ausnahmefällen auf das Krankenhausesen zurückgeführt werden.

Die Krankenhäuser können sich an dem „Rationalisierungsschema“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in der jeweils aktuellen Form orientieren. Das Rationalisierungsschema stellt die Grundlage für die Anwendung wissenschaftlich gesicherter Diäten dar. Das Schema ist seinerseits an die Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) angelehnt. Ergebnisse regionaler Studien zeigen aber, daß die Krankenhauskost nicht in allen Fällen den Empfehlungen der DGE gerecht wird.

In der Bethanien-Ernährungsstudie (BEST) wurde gezeigt, daß über 75jährige stationäre Patienten gegenüber einer Vergleichsgruppe gesunder und selbständig im Altenheim lebender Senioren einen deutlich schlechteren Ernährungszustand aufwiesen. 57 % der Frauen und 60 % der Männer waren untergewichtig. Bei nur ein Drittel aller Untersuchten waren alle Vitaminwerte im Normbereich.

Die Ernährungssituation in deutschen Alten- und Pflegeheimen kann aufgrund fehlenden Datenmaterials nicht beurteilt werden. Eine Untersuchung des Speisensangebots in 20 Alten- und Pflegeheimen ergab zwar eine günstigere Nährstoffrelation gegenüber einer in Niedersachsen untersuchten Krankenhauskost; trotzdem muß damit gerechnet werden, daß auch bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen ein nicht unbedeutender Prozentsatz mangelernährt ist. Auf die Problematik der Unterernährung bei Pflegeheimbewohnern weisen insbesondere einige aus den USA stammende Studien hin (s. Anlage zu Frage 3.13).

- 3.14 Kann die Bundesregierung darüber Aussagen machen, in welchem Umfang und durch welche Maßnahmen es gewährleistet ist, daß ältere Frauen in geriatrischen Krankenstationen und Heimen altersspezifische und Mangelernährung vorbeugende Ernährung erhalten?

Erschöpfende Aussagen über Umfang und Maßnahmen, die gewährleisten, daß speziell ältere Frauen in geriatrischen Krankenstationen und Heimen eine altersspezifische und einer Mangelernährung vorbeugende Ernährung erhalten, lassen sich gegenwärtig nicht machen.

Verwiesen wird u. a. auf die Maßnahmen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), die einen Beitrag zur Vorbeugung von Mangelernährungen in Krankenhäusern anstreben:

- Nährstoffempfehlungen
- Empfehlungen für Vollkost und leichte Vollkost
- Leitsätze für die Krankenhausernährung

Darüber hinaus führt die DGE seit Jahren Fortbildungslehrgänge für alle in der Gemeinschaftsverpflegung tätigen Personen durch und berät Großküchen. Zur Entwicklung einer altersspezifischen und Mangelernährung vorbeugenden Ernährung in geriatrischen Heimen und Kliniken gehören neben einer individuellen Ernährungsbetreuung und entsprechendem Nahrungsangebot angemessene ärztliche und pflegerische Behandlung sowie ein geeignetes Umfeld. Zur Situation in Heimen wird auch auf den Schutz des Heimgesetzes für die Bewohner und die den Ländern übertragene Heimaufsicht verwiesen, die bei Mängeln der Versorgung, wie z. B. der Essensqualität, tätig wird.

Fehlendes oder unzureichendes Datenmaterial ließ es bisher nicht zu, altersspezifische Empfehlungen für die Nährstoffversorgung geriatrischer Patienten zu erarbeiten, damit auch nicht für Frauen.

Trotz erkennbarer Ansätze zur Verbesserung der Situation wird die Mangelernährung bei geriatrischen Patienten noch zu wenig beachtet. Die Therapie von akuten Erkrankungen steht im Vordergrund. Bei der Bedeutung der Ernährung für die Gesundheit sollte es naheliegen, ernährungssichernde Maßnahmen in die Konzepte der Therapie bzw. pflegerischen Betreuung geriatrischer Patienten einzuarbeiten. Im „Ernährungsbericht 1996“ werden deshalb Maßnahmen beschrieben, die zur Verbesserung der Ernährungssituation unterernährter geriatrischer Patienten beitragen können. Mögliche Maßnahmen im Ernährungsbereich umfassen sowohl das Nahrungsangebot als auch die Essensversorgung auf der Station, die ärztliche Behandlung und die Effizienz von Ernährungsmaßnahmen einschließlich individueller Ernährungsbetreuung.

- 3.15 In welchem Ausmaß hat sich der Anteil alleinlebender Frauen in unserer Gesellschaft in den letzten zehn Jahren verändert, wie ist der Gesundheitszustand dieser Frauen (z. B. im Hinblick auf Einsamkeit und Isolation), und welche alters-

abhängigen und sozialen Unterschiede sind bekannt?

Die Zahl der in Einpersonenhaushalten lebenden Frauen hat sich in den letzten Jahren zwar absolut erhöht (1982: 5,4 Millionen; 1993: 6,4 Millionen im früheren Bundesgebiet), der Anteil an der Gesamtzahl der Privathaushalte ist jedoch in etwa gleich geblieben. 1982 waren 21,4 % aller Privathaushalte Einpersonenhaushalte von Frauen, 1993 waren es im früheren Bundesgebiet 21,7 %.

Im Hinblick auf den Gesundheitszustand sind generelle Angaben nicht möglich. Bei den Alleinlebenden ist zusätzlich noch der Grund und die Dauer des Alleinlebens zu berücksichtigen. Vom Bundesinstitut für Bevölkerungsfragen durchgeführte Studien zur Situation von Alleinlebenden ergaben, daß insbesondere Verwitwete kurz nach dem Verlust des Partners ihre Gesundheit stark zu vernachlässigen scheinen, sich dieses Verhalten mit zunehmendem zeitlichen Abstand zum Verlustereignis jedoch wieder verbessert. Anders ist die Situation bei den Geschiedenen, bei denen auch das Alter der Betroffenen wichtig ist. Hier zeigte sich bei den unter 45jährigen der entgegengesetzte Effekt, daß nämlich mit zunehmender Dauer seit der Scheidung die Gesundheit stärker vernachlässigt wurde, während das Verhalten der älteren Geschiedenen eher dem der Verwitweten entspricht. Einzelne Faktoren, wie etwa Einsamkeit und Isolation, sind jedoch als Ursache für dieses Verhalten nicht einzeln darstellbar.

Weitere Ergebnisse belegen, daß diejenigen, die mit anderen Personen, insbesondere Kindern, zusammenleben, ein besseres Gesundheitsverhalten zeigen als die Alleinlebenden.

Wie in vielen Gesundheitsuntersuchungen jedoch bestätigt wurde, ist der Gesundheitszustand bei beiden Geschlechtern in den niedrigeren sozialen Schichten schlechter und wird von den Betroffenen auch subjektiv als schlechter empfunden.

Objektive Daten (z. B. aus den Leistungsstatistiken der Kassen oder aus der Mortalitätsstatistik), ob und inwiefern ein positiver oder negativer Gesundheitszustand Ursache oder Folge des Alleinlebens ist, sind nicht vorhanden. Im Rahmen der Studie „Die Lebenssituation alleinstehender Frauen“, 1991, des Bundesministeriums für Frauen und Jugend wurde untersucht, inwieweit sich die subjektive Morbidität alleinstehender Frauen von der der Verheirateten unterscheidet. Während sich bei den ledigen und verheirateten Frauen unter 40 Jahren mit und ohne Kindern kaum ein Unterschied in der Beurteilung ihres Gesundheitszustandes zeigte, bezeichnen proportional viele verwitwete oder geschiedene Frauen und generell Frauen über 40 Jahren ihren Gesundheitszustand als weniger gut bzw. schlecht. Einen relativ schlechten Gesundheitszustand weisen insbesondere die von ihrem Ehepartner getrennt lebenden Frauen, auch im Vergleich zu den geschiedenen alleinlebenden Frauen, auf.

Auffallend ist auch der schlechtere Gesundheitszustand alleinerziehender Frauen mit Kindern im Vergleich zu verheirateten Frauen mit Kindern. Somit scheinen besondere Lebensphasen (Alleinerziehen, Trennung von Partner) das Befinden der Frauen zu beeinträchtigen – und auch der Männer in vergleichbaren Situationen –; während die freiwillig gewählte lang eingeübte Lebensform des Alleinstehens eher mit einer zufriedenstellenden gesundheitlichen Verfassung einhergeht (s. auch Antwort auf Frage 3.9).

4. *Gesundheitliche Versorgung von Frauen und ihre Behandlung im Medizinsystem*

4.1 Ist der Bundesregierung bekannt, in welchem Umfang es bei Frauen zu Fehldiagnosen und zu falschen Behandlungen (z. B. falsche Diagnosen bei Menstruationsbeschwerden) kommt, weil Ärzten frauenspezifische Krankheitsursachen nicht bekannt sind?

Der Bundesregierung liegen keine Angaben darüber vor, ob oder in welchem Umfang im Vergleich zu Männern es zu ärztlichen Fehldiagnosen und zu falschen Behandlungen von Frauen kommt.

4.2 Welche Studien geben Auskunft über einen geschlechtsspezifischen Umgang mit Medikamenten, und welche Konsequenzen werden daraus für Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet?

Folgende Untersuchungen analysieren den Arzneimittelverbrauch allgemein und geben eine Verteilung nach Männern und Frauen an:

In einer Dissertation von Dörte Meyer an der Universität Bremen aus dem Jahr 1993 wird der Arzneimittelverbrauch der Jahre 1984 und 1988 analysiert. Im Rahmen dieses Surveys wurde die Prävalenz der Einnahme von Arzneimitteln allgemein untersucht und nach Männern und Frauen getrennt aufgelistet.

In Erhebungen des Arzneimittelkonsums der bundesdeutschen Wohnbevölkerung der 25- bis 69jährigen, die im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) durchgeführt wurden, sind geschlechtsspezifische Analysen der Arzneimittelaufnahme vorgenommen worden. Diese Daten wurden in den Jahren 1984 bis 1991 erhoben.

In einer gerade erschienenen Publikation von L. v. Ferber et al. des Wissenschaftlichen Instituts der AOK wird der Arzneimittelverbrauch in der Bevölkerung anhand einer Versichertenstichprobe aus Dortmund untersucht. Die Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojektes „Regionale Gesundheitsberichterstattung“ des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health.

Die im Auftrag des ehemaligen Bundesministeriums für Familie und Senioren von Wolfgang Kruse erstellte Expertise „Medikamente in der Geriatrie: Probleme bei der Arzneimittelanwendung und Lösungsmöglichkeiten“ enthält auch Aussagen zu geschlechtsspezifischem Arzneimittelgebrauch. Diese Expertise ist

1994 als Band 25 in der Schriftenreihe des ehemaligen Bundesministeriums für Familie und Senioren erschienen.

Des weiteren liegen Daten aus krankenkassenspezifischen Erfassungen (AOK Mettmann, IKK) vor. Die Zusatzerhebung zur Medikamenteneinnahme im Nationalen Gesundheitssurvey liefert ebenfalls Anhaltspunkte.

Die Auswertung der Daten sowie die Ergebnisse der Studien lassen folgende Aussagen zu:

- Ein deutlicher Mehrverbrauch von Arzneimitteln durch Frauen läßt sich über alle Altersgruppen hinweg messen. Am deutlichsten zeigt sich dieser Mehrverbrauch bei den Psychopharmaka: hier ist der Verbrauch doppelt so hoch wie bei Männern, wenn alle Altersgruppen zusammen berücksichtigt werden.
- Wird der Faktor „Arztbesuchshäufigkeit“ berücksichtigt, zeigt sich, daß der deutliche Arzneimittel-mehrverbrauch von Frauen, insbesondere im jüngeren Alter, auf häufigere Arztbesuche zurückgeführt werden kann.
- Ältere Frauen erhalten in der Regel mehr Medikamente als Männer (auch im Krankenhaus und Pflegeheim). Zwischen einem Viertel und der Hälfte von ihnen nehmen 5 Präparate und mehr ein (Multimedikation). Meist handelt es sich um Dauermedikation, z. B. mit Herz-Kreislauf-Präparaten und Abführmitteln, aber vielfach auch mit psychotropen Präparaten. Hinzukommen regelmäßig „Bedarfsmedikationen“, d. h. Schmerzmittel und Psychopharmaka bei Verhaltensauffälligkeiten.

Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, daß den Bedingungen der Arzneimittelanwendung im Alter in Zukunft mehr wissenschaftliches Interesse entgegengebracht werden sollte. Bereits vorhandene Datenpools sollten erschöpfend genutzt werden (Krankenkassen-Daten). An den Schnittstellen im Versorgungsablauf alter Patienten ist mehr Aufmerksamkeit und besserer Informations-transfer der Beteiligten erforderlich. Medikamentenpässe könnten ein Mittel dazu sein. Die Arzneimitteltherapie im Pflegeheim sollte einer sorgfältigen Langzeitdokumentation unterzogen werden. Aus-, Fort- und Weiterbildung derjenigen Berufsgruppen, die mit alten Patienten arbeiten, sollte fundierte pharmakologische Kenntnisse vermitteln und vor allem nicht-medikamentöse Behandlungsalternativen aufzeigen, insbesondere bei der Betreuung von Demenzpatienten.

- 4.3 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über den Umfang von Medikamentenabhängigkeit von Frauen aufgrund von ärztlich angeordneter bzw. empfohlener Dauermedikation mit abhängig machenden Medikamenten?

Wie aus den Daten der Nationalen Untersuchungs-Surveys hervorgeht, ist der Arzneimittelkonsum von Frauen seit Jahren stets erheblich höher als der Arz-

neimittelkonsum von Männern. Diese Tatsache ist für viele Arzneimittelgruppen zu beobachten und beschränkt sich nicht auf frauenspezifische Arzneimittel. Insgesamt ist aber die altersabhängige Zunahme der Arzneimittelanwendung deutlicher ausgeprägt als der geschlechtsbezogene Unterschied.

Zu den – verschreibungspflichtigen – Arzneimitteln mit sicherem Abhängigkeitspotential zählen z. B. die Benzodiazepine, die als Schlafmittel und bei Angstzuständen eingesetzt werden; die Verordnungen von Benzodiazepinen sind – zugunsten anderer Schlafmittel – rückläufig. Eine Abnahme ist seit Jahren auch bei dem ärztlich verordneten Gebrauch von coffein-haltigen Schmerzmitteln zu verzeichnen; solche Schmerzmittel werden, insbesondere von Frauen (mehr als 10 %), häufiger in Selbstmedikation verwendet. Rezeptfrei erhältliche Abführmittel werden von Frauen ebenfalls häufiger angewandt als von Männern, aber auch hier ist der Gebrauch insgesamt rückläufig.

Eine häufigere Anwendung durch Frauen findet sich also sowohl für ärztlich verordnete als auch für Arzneimittel der Selbstmedikation. Es gibt demnach keine Hinweise darauf, daß bei Frauen ein geschlechtsspezifisch höheres Risiko ärztlich induzierter Medikamentenabhängigkeit besteht.

Übersichtsdarstellungen zu Arzneimittelverbrauchs-zahlen und zur Medikamentenabhängigkeit finden sich in folgenden Schriften:

H.-U. Melchert, B. Görsch u. H. Hoffmeister: Zur Epidemiologie des Arzneimittelkonsums und der unerwünschten Arzneimittelwirkungen: Nichtstationäre Arzneimittelanwendung und subjektive Arzneimittelverträglichkeit in der bundesdeutschen Wohnbevölkerung der 25- bis 69jährigen, RKI Schrift 1/95, München (1995)

Medikamentenabhängigkeit – Eine Information für Ärzte –, 3., völlig neubearbeitete Auflage, DHS (1991)

Medikamentenabhängigkeit, Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 34, DHS (1992)

H. Melchinger, R. Schnabel u. B. Wynn: Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential, Band 13 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (1992)

- 4.4 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Chronifizierungsprozesse infolge langanhaltender und nicht adäquater Medikamentierung von Frauen?

Chronifizierungsprozesse infolge einer Dauermedikation, d. h. im Sinne unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei nicht bestimmungsgemäßer Arzneimittelanwendung können bei Frauen aufgrund ihres höheren Arzneimittelkonsums häufiger als bei Männern erwartet werden; bekannt ist dies z. B. für die sog. Analgetika-Nephropathie und das durch Laxanzien-Abusus hervorgerufene Kaliumverlust-Syndrom.

Über geschlechtsspezifische, insbesondere auch durch inadäquate Arzneibehandlung bedingte Chronifizierung von Krankheiten liegen keine Erkenntnisse vor.

- 4.5. Ist der Bundesregierung bekannt, welche Unterschiede es gibt in der Wirksamkeit von Medikamenten und in der Häufigkeit des Auftretens unerwünschter Nebenwirkungen bei Gruppen alter Frauen und entsprechenden Vergleichsgruppen junger Frauen; welches sind die Ergebnisse entsprechender Studien, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

Aus der Literatur ist hinreichend bekannt, daß ältere Frauen im Vergleich zu jüngeren Frauen mehr Arzneimittel einnehmen. Das wird allgemein auf die Zunahme der Morbidität mit Zunahme des Alters zurückgeführt.

Es ist weiterhin hinreichend bekannt, daß sich Körperfunktionen mit zunehmendem Alter verändern und dies eine Auswirkung auf die Wirkung eines Arzneimittels haben kann. Die Auswirkung ist von dem Grad der Veränderungen einzelner Funktionen, und von den Eigenschaften und der Dosierung des jeweiligen Arzneimittels abhängig. Sie kann von Patient zu Patient unterschiedlich sein.

Es ist weiterhin aus der Literatur hinreichend bekannt, daß Nebenwirkungen bei älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren Menschen häufiger, aber auch anders auftreten. Das wird teilweise auf die vermehrte Anzahl gleichzeitig eingenommener Arzneimittel bei älteren Menschen zurückgeführt (Polypragmasie).

Als Konsequenz dieser Erkenntnisse sind sorgfältige Indikationsstellung, weitgehende Vermeidung von Polypragmasie und eine gute Betreuung des Patienten, z. B. durch Beratung durch Ärzte und Apotheker insbesondere bei älteren Frauen, angezeigt.

- 4.6 Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um das Verantwortungsbewußtsein von Männern in der Verhütungsfrage zu erhöhen und um Frauen, besonders auch Frauen jüngeren Alters, den Zugang zu alternativen Verhütungsmitteln wie Diaphragma und Portiokappe zu ermöglichen?

Zur Förderung einer verantwortlich gelebten Sexualität hält die Bundesregierung eine Reihe von Maßnahmen für erforderlich; dabei geht es insbesondere darum, Jungen und Männern verständlich zu machen, daß mit Sexualität die Verantwortung auch für neues Leben verbunden sein kann. Für die Umsetzung von Maßnahmen ist nach Artikel 1 § 1 des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes (SFHG) vom 27. Juli 1992 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zuständig. Sie erstellt unter Beteiligung der Länder und in Zusammenarbeit mit Vertretern der Familienberatungseinrichtungen aller Träger zum Zweck der gesundheitlichen Vorsorge und Lösung

von Schwangerschaftskonflikten Konzepte zur Sexuaufklärung. Folgende Erkenntnisse sind von Bedeutung:

1. Maßnahmen und Medien im Themenfeld „Verhütung und Familienplanung“ müssen jeweils nach Alter, Geschlecht, spezifischer Lebenssituation, kulturellem Hintergrund und sexueller Orientierung differenziert werden. Diese müssen neben der umfassenden Information über Verhütungsmittel und -methoden auch die Motivation zur eigenen, sachgerechten Anwendung von Verhütungsmitteln und insbesondere die Förderung von Kommunikation zwischen Männern und Frauen sowie Jungen und Mädchen in den Bereichen Partnerschaft, Sexualität und Verhütung, Familienplanung und Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten beinhalten.

Letzteres ist ein zentraler Ansatzpunkt, um das Verantwortungsbewußtsein von Männern in der Verhütungsfrage zu erhöhen. Je früher damit begonnen wird, Jungen zum partnerschaftlichen Dialog zu befähigen, desto günstiger erscheint die Möglichkeit der Verständigung. Auf diesem Hintergrund entwickelt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geschlechtsspezifische Aufklärungsinstrumente für Mädchen und Jungen (z. Z. insbesondere durch eine Verstärkung der Jungenarbeit), die den Dialog zwischen den Geschlechtern über Gefühle, Verhütung, eigene Grenzen und Wünsche fördern soll.

Die Ergebnisse einer Studie zur Jugendsexualität zeigen, daß ein offener Dialog über Sexualität und Kontrazeption im Elternhaus gerade Jungen in ihrer Verhütungsverantwortung positiv beeinflusst. Demgegenüber steht, daß Jungen mit ihren Fragen zur Sexualität und Verhütung deutlich häufiger allein gelassen werden als Mädchen. Bei den Mädchen wird die Sexuaufklärung zu 73 % im Elternhaus (insbesondere von der Mutter) angegangen, bei Jungen erfolgt sie nur zu 53 %. Ansprechpartnerin ist auch hier primär die Mutter, obwohl Jungen sich eine Auseinandersetzung mit dem Vater über intime und persönliche Themen wünschen.

Weitere geschlechtsspezifisch ausdifferenzierte Medien und Maßnahmen zum Thema Sexualität, Verhütung und Familienplanung sind geplant oder werden derzeit in Modellprojekten erprobt.

Der im Zusammenhang mit der AIDS-Prävention erkennbare Trend bei Männern und insbesondere Jungen, Kondome anzuwenden, muß weiter verstärkt werden.

2. Jugendliche und junge Erwachsene fühlen sich schlechter informiert über Diaphragma und Portiokappe als über Kondome und Pille. Hier sind insbesondere Ärzte und Ärztinnen sowie Beratungsstellen gefordert, den über die medialen Informationen hinausgehenden Aufklärungsbedarf abzudecken.

Gleichzeitig zeigen die Befragungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, daß „Sicherheit“

und „Handhabbarkeit“ die Wahl der Verhütungsmittel beeinflussen. Hier hat die Pille eine deutliche Vorrangstellung, gefolgt von Kondomen, die bei der Bewertung der Eigenschaften „Zugänglichkeit“, „Preis“ und „Gesundheitsverträglichkeit“ an erster Stelle rangieren. Auch die Schutzwirkung vor Geschlechtskrankheiten, die lediglich für das Verhütungsmittel „Kondom“ zutrifft, wird in Repräsentativbefragungen positiv bewertet. Diese Kriterien wirken verhaltenssteuernd bei der Wahl der Verhütungsmethoden. Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zufolge ist die Pille mit 68 % der Nennungen das wichtigste Verhütungsmittel bei jungen Menschen, gefolgt von Kondomen (30 %), alle anderen Verhütungsmittel liegen unter 3 %.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages durchgeführten Maßnahmen und Untersuchungen geeignet sind, um sowohl das Verantwortungsbewußtsein von Männern in der Verhütungsfrage zu erhöhen, als auch die zuständigen Stellen anzuregen, Frauen auch über alternative Verhütungsmittel zu informieren.

- 4.7 Welche epidemiologische Entwicklung hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit von Frauen läßt sich im Zusammenhang mit AIDS nachweisen, und welche frauenspezifischen Ausprägungen des Krankheitsbildes AIDS gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung?

Fast 90 % aller bisher an AIDS erkrankten Personen sind Männer. Allerdings hat sich der Anteil der erkrankten Frauen von 6,6 % für die Jahre vor 1988 auf 16,6 % der im Jahr 1996 diagnostizierten Fälle erhöht. Die absolute Zahl der neu mit AIDS diagnostizierten Frauen nimmt pro Jahr zu, während die Zahl der pro Jahr an AIDS erkrankten Männer seit 1989 in etwa gleichbleibt. Durch eine Zunahme von AIDS-Fällen in den Risikogruppen mit einem hohen Anteil von Frauen steigt automatisch auch der Anteil der Frauen insgesamt. Bis 1989 war der Anstieg des prozentualen Anteils der Frauen an den AIDS-Fällen in erster Linie durch die Zunahme des Anteils der intravenösen (i. v.) Drogenabhängigen bedingt, von denen ca. ein Drittel Frauen sind. Seit 1990 wird die Vergrößerung des Anteils der Frauen zunehmend durch einen erhöhten Anteil von AIDS-Fällen mit heterosexueller Transmission, von denen etwa die Hälfte (55 %) Frauen sind, hervorgerufen. Unter den 1996 diagnostizierten Fällen beträgt der Anteil der Frauen bisher fast 17 %. (Dieser Anteil kann sich durch Nachmeldungen allerdings noch verändern).

Tab.: Verteilung der AIDS-Fälle nach Jahr der Diagnose und Geschlecht

Jahr der Diagnose	Geschlecht				Gesamt	
	männlich		weiblich			
vor 1988	1 896	93,4 %	133	6,6 %	2 029	100 %
1988	1 167	92,0 %	102	8,0 %	1 269	100 %
1989	1 444	91,9 %	127	8,1 %	1 571	100 %
1990	1 344	90,1 %	148	9,9 %	1 492	100 %
1991	1 494	89,6 %	174	10,4 %	1 668	100 %
1992	1 556	87,9 %	214	12,1 %	1 770	100 %
1993	1 591	87,1 %	236	12,9 %	1 827	100 %
1994	1 559	87,1 %	230	12,9 %	1 789	100 %
1995	1 276	86,7 %	196	13,3 %	1 472	100 % *
1996	663	83,4 %	132	16,6 %	795	100 % *
Gesamt	13 990	89,2 %	1 692	10,8 %	15 682	100 % *

* Für die letzten beiden Jahre ist noch mit Nachmeldungen zu rechnen. RKI, AIDS-Zentrum, Stand: 31. Dezember 1996.

Knapp die Hälfte (46 %) aller bisher an AIDS erkrankten Frauen haben sich über i. v. Drogenkonsum infiziert. Der Anteil der über heterosexuelle Kontakte infizierten Frauen hat sich von 17 % für die Jahre vor 1988 auf 37 % im Jahr 1996 mehr als verdoppelt. Die absolute Anzahl der pro Jahr diagnostizierten AIDS-Fälle bei Frauen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben, hat sich im Zeitraum von 1988 bis 1996 vervierfacht.

Im Juli 1993 ist die AIDS-Falldefinition um das Zervixkarzinom als frauenspezifische Erkrankung im Rahmen der HIV-Infektion erweitert worden. Seit diesem Zeitpunkt wurden dem AIDS-Fallregister insgesamt 10 Frauen mit dieser Diagnose gemeldet (0,02 % aller AIDS-Erstmanifestationen bei Frauen). Vergleicht man alle als Erstmanifestation von AIDS beobachteten Erkrankungen bei Frauen und Männern, so findet sich bei Frauen häufiger ein Wasting-Syndrom (9,8 % gegenüber 6,3 %) und eine Sooroesophagitis (20,7 % versus 14,1 %). Im Gegensatz dazu wurde ein Kaposi-sarkom nur bei 1,1 % (n = 20) aller Frauen beobachtet (Männer 15,1 %). Führt man diesen Vergleich bezüglich der Erkrankungshäufigkeit getrennt nach einzelnen Risikogruppen durch, so finden sich nur noch sehr geringe Unterschiede, so daß die aufgezeigten Differenzen eher risikogruppen- als geschlechtsspezifisch zu interpretieren sind.

Zu weiteren Erkenntnissen über geschlechtsspezifische Beschwerden hat das von Ende 1988 bis Ende 1993 geförderte Modellprogramm „Frauen und AIDS“ des Bundesministeriums für Gesundheit geführt. Klinische Berichte liegen über 676 HIV-infizierte Frauen vor. Die Mehrheit dieser Frauen zeigte noch keine Manifestation von AIDS. Von den 584 gynäkologisch betreuten Patientinnen mit einer HIV-Infektion hatten 88,5 % im Projektverlauf eine oder mehrere medizinisch-gynäkologische Diagnosen. Am häufigsten betraf die Erstdiagnose eine zervikale Dysplasie (34 %) und genitale Infektionen (34,6 %). HIV-infizierte Frauen bilden bereits im asymptomatischen Stadium ihrer HIV-Infektion ein gynäkologisch kontrollpflichtiges Kollektiv, da für ein Drittel der Frauen durch eine zervikale Dysplasie ein gravierendes gesundheitliches Risiko bereits vor einer symptomatischen Erkrankung besteht.

Bei 196 ausgetragenen Schwangerschaften kamen bei 103 HIV-infizierten Frauen im Verlauf der Gravidität Komplikationen vor. Zu 29,1 % bestanden diese in einer symptomatischen genitalen Infektion. Erkrankungen in der Schwangerschaft, die sich einem AIDS-related-complex (ARC) oder einer AIDS-Symptomatik des Stadiums CDC IV zuordnen ließen, wurden bei 5,2 % der Patientinnen beobachtet.

Eine detaillierte Darstellung der bei der gynäkologischen und geburtshilflichen Betreuung angefallenen Daten der jeweiligen (Universitäts-)Frauenkliniken in den Modellstandorten Berlin, Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg und München findet sich in dem 1996 vorgelegten Abschlußbericht, der beim Bundesministerium für Gesundheit zu erhalten ist.

4.8 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung

- a) über den Einfluß von Umweltfaktoren auf die weibliche Fertilität, und
- b) welche Studien haben diese Thematik zum Schwerpunkt,
- c) welche Konsequenzen müssen nach Ansicht der Bundesregierung aus den Ergebnissen o. g. Studien gezogen werden?

a) Der Bundesregierung liegen derzeit keine gesicherten Hinweise auf Störungen der weiblichen Fertilität durch Umweltfaktoren vor. Sie hat geprüft, welche Forschungsmaßnahmen erforderlich sind, um eine fundierte Einschätzung der Problematik zu ermöglichen, und Forschungsmaßnahmen öffentlich ausgeschrieben.

Bundesumwelt- und Bundesforschungsministerium beabsichtigen, Forschungsvorhaben zum Thema „Chemikalien in der Umwelt mit Wirkung auf das endokrine System (Umwelthormone)“ zu fördern. Ein entsprechender Ausschreibungstext ist im Bundesanzeiger vom 31. Dezember 1996 erschienen. Im Rahmen dieses Programms ist auch eine Förderung von Vorhaben zum Einfluß von Umweltchemikalien auf die weibliche Fertilität möglich, sofern förderungswürdige Anträge hierzu eingehen. Die Entscheidung über die Einzelanträge erfolgt nach Beurteilung durch ein unabhängiges Gutachtergremium voraussichtlich Mitte 1997.

b) In den vergangenen 10 Jahren sind zunehmend Veröffentlichungen über den möglichen Einfluß von Umweltgiften auf die menschliche Fortpflanzung erschienen. In Tierversuchen wurden für eine größere Anzahl von Chemikalien reproduktionstoxische Wirkungen gezeigt. Tatsächliche Auswirkungen auf das Fortpflanzungsgeschehen beim Menschen konnten bisher jedoch nur für sehr wenige Substanzen nachgewiesen werden.

Die Bundesregierung fördert in ihrem Programm „Gesundheitsforschung 2000“ (früher: „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“) seit 1992 einen Förderschwerpunkt „Fertilitätsstörungen“. Ferner hat sie den deutschen Beitrag zur

europaweiten epidemiologischen Studie „Untersuchungen zur Infertilität und Subfertilität“ finanziert, mit der Häufigkeit und Ursachen für Unfruchtbarkeit bzw. verminderte Fruchtbarkeit in Europa näher bestimmt werden sollen.

Der Schlußbericht des deutschen Beitrages liegt inzwischen vor. Die Datenerhebung für diesen Beitrag erfolgte an Standorten, die unterschiedlichen Umwelteinflüssen ausgesetzt sind (städtische und ländliche Regionen). Die Ergebnisse liefern jedoch keine Hinweise auf statistisch signifikante regionale Unterschiede bezüglich der Unfruchtbarkeit bzw. der verminderten Fruchtbarkeit von Frauen; auch grundsätzliche Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland ergaben sich nicht. Neben der zu erwartenden altersbedingten Abnahme der Fruchtbarkeit identifizierte die Studie den Nikotinmißbrauch als Risikofaktor, der zu einer Beeinträchtigung der weiblichen Fruchtbarkeit – in erster Linie handelt es sich dabei um die Verlängerung der Wartezeit bis zum Eintritt der Schwangerschaft – führen kann. Dieser Zusammenhang betrifft insbesondere die späten Erstgebärenden (Frauen mit erster Schwangerschaft und erster Geburt im Alter über 30 Jahre).

c) Weitere Forschungen auf diesem Gebiet sind notwendig, insbesondere weil in der Mehrzahl der vorliegenden Studien keine Trennung unterschiedlicher Expositionsarten wie z. B. arbeitsbedingter und umweltbedingter Belastungen sowie anderer Einflußfaktoren wie Alkohol-, Nikotin- oder Medikamentenmißbrauch vorgenommen wurde bzw. werden konnte.

Auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Marliese Dobberthien, Angelika Barbe, Friedhelm Julius Beucher u. a. zu „Gestörte Fruchtbarkeit durch Umweltgifte“, Drucksache 12/6464 wird verwiesen.

4.9 Ist der Bundesregierung bekannt, in welchen Bereichen der psychosomatischen Therapie frauenspezifische Angebote vorhanden sind und welche medizinisch-psychologische Begründungen die Grundlage bilden für die getrennt-geschlechtliche Therapie?

Frauenspezifische Angebote in der psychosomatischen Regelversorgung sind der Bundesregierung nicht bekannt. Eine Sensibilisierung für frauenspezifische Fragen ist in bestimmten Zusammenhängen jedoch festzustellen. So werden vereinzelt im ambulanten Bereich getrenntgeschlechtliche Gruppentherapien durchgeführt oder frauenspezifische Stationen im stationären Rahmen eröffnet. Diese Maßnahmen finden ihre Begründung in besonders schutzwürdigen Belangen psychisch kranker Frauen im Hinblick auf sexuelle Ausbeutung oder andere Formen der Ausnutzung. Darüber hinaus ermöglicht ein solcher Rahmen Frauen, ihr rollenspezifisches Verhalten besser zu reflektieren.

Außerhalb dieser Zusammenhänge ist im internationalen Rahmen festzustellen, daß es wachsende

Bemühungen um Angebote vor allem im stationären Rahmen für psychisch kranke Frauen mit Kindern gibt. Dazu gehören z. B. in England Stationen, die einen engen Kontakt mit den geburtshilflichen Abteilungen haben und psychisch kranke Frauen mit ihrem Baby sofort nach der Entbindung aufnehmen. Auch in der Bundesrepublik Deutschland sind solche speziellen stationären Behandlungseinheiten für psychisch kranke Frauen mit ihren Kindern vereinzelt vorhanden und werden z. Z. in mehreren Kliniken ausgebaut.

- 4.10 a) Sind der Bundesregierung Untersuchungen bekannt, die Aussagen darüber machen, wie viele Frauen sich im Laufe der Wechseljahre einer hormonellen Substitutionstherapie unterziehen?
- b) Inwieweit ist der Bundesregierung bekannt, ob derartige Therapien mit unerwünschten seelischen und körperlichen Beschwerden der Frauen verbunden sind?

- a) Die Deutsche Menopause-Gesellschaft hat als Ergebnis einer im Jahr 1996 durchgeführten repräsentativen Befragung von Frauen zwischen 45 und 60 Jahren folgendes mitgeteilt:

Eine medikamentöse Behandlung der klimakterischen Beschwerden wurde bei 23 % dieser Frauen durchgeführt. Die Durchführung einer postmenopausalen Medikation in dieser Größenordnung wurde von der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie von der Bundesärztekammer bestätigt. Von den medikamentös behandelten Frauen nahmen zum Zeitpunkt der Befragung 3 von 4 Hormone ein, insbesondere die Gruppe der 50- bis 54jährigen. In der Gruppe der postmenopausalen Frauen errechnen sich 24 % mit einer aktuell durchgeführten Hormonsubstitution, weitere 7 % hatten zurückliegend Hormone eingenommen. Unter den postmenopausalen Frauen haben 69 % nie Hormone eingenommen. Prämenopausale Frauen verhalten sich sehr ähnlich. Von den hysterektomierten Frauen werden im Vergleich zu vorher gegenwärtig fünfmal so viele Hormonsubstituiert, aber unabhängig vom menopausalen Status.

- b) Nach durch die Bundesärztekammer bestätigten Angaben der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, wird die Hormonsubstitutionstherapie mit Östrogen-Gestagen-Gemischen gut vertragen und ist in hohem Maße wirksam gegen die bekannten klimakterischen Erscheinungen wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, Unruhezustände und Verstimmungen. Relativ selten kommt es bei der Therapie zu Nebenwirkungen wie vorübergehende Gewichtszunahme, Ödembildungen, Übelkeit, Spannungen in den Brüsten und Blutungsstörungen. Hier handelt es sich im wesentlichen um ein Problem korrekt-individuell angepaßter Dosierung und um die richtige Auswahl des

Präparates. Unzureichend behandelte klimakterische Beschwerden werden häufig mit Nebenwirkungen der Hormonsubstitution gleichgesetzt.

Diskutiert wird immer wieder ein erhöhtes Krebsrisiko insbesondere für Brustkrebs durch Hormonsubstitution in der Menopause. Entsprechende Ergebnisse aus amerikanischen Studien sind jedoch nicht signifikant. Es ist bei brustkrebsbelastender Anamnese in jedem Einzelfall der Nutzen einer längerfristigen Hormonsubstitution gegen das mögliche Krebsrisiko abzuwägen.

Weitere Erkenntnisse sind in einigen Jahren zu erwarten, da vor wenigen Monaten eine Studie über Auswirkungen einer Hormontherapie im Forschungsverbund Public Health Sachsen begonnen wurde und im Rahmen der EU-Förderung ebenfalls entsprechende Vorhaben durchgeführt werden (s. auch Antworten auf die Fragen 1.6 und 9.8).

- 4.11 Sind der Bundesregierung deutsche Studien bekannt, die die amerikanischen Untersuchungen bestätigen, daß Frauen anders als Männer auf die medikamentöse Therapie bei Depressionen reagieren?

Deutsche Studien, die amerikanischen Untersuchungen bestätigen, wonach Frauen anders als Männer auf eine medikamentöse Therapie bei Depressionen reagieren, sind nicht bekannt.

- 4.12 Sind der Bundesregierung deutsche Untersuchungen bekannt, die die über acht Jahre hinweg geführten amerikanischen Untersuchungen bestätigen, daß herzkrankte Frauen systematisch schlechter als Männer behandelt werden, daß also vielfach die Symptome bei Frauen eher als bei Männern mit Hysterie verwechselt werden oder als körperlicher Ausdruck psychischer Probleme mißgedeutet werden, und welche Konsequenzen leitet die Bundesregierung daraus ab?

Der Bundesregierung sind keine deutschen Studien bekannt, die eine systematisch schlechtere Behandlung herzkranker Frauen gegenüber Männern belegen. Bei der 5. Nationalen Blutdruck-Konferenz im Juni 1996 wurde jedoch vorgetragen, daß Frauen mit Herzbeschwerden oft später als Männer den Arzt aufsuchen. Die Symptome bei Frauen seien oft untypisch, so daß eher die Gefahr der falschen Deutung bestehe. Auch Veränderungen im Belastungs-EKG seien bei Frauen häufig nicht so stark ausgeprägt wie bei Männern, so daß eine weiterführende Diagnostik unterbleibt.

Untersuchungen im Rahmen der MONICA-Studie (MONICA = Monitoring Program of Cardiovascular Disease) Augsburg belegen, daß Frauen dazu neigen, entsprechenden Beschwerden nicht die richtige Bedeutung beizumessen und daher erst später das Versorgungssystem in Anspruch nehmen. Die medizi-

nische Versorgung unterscheidet sich jedoch nicht von der der Männer.

Soweit für bestimmte therapeutische Verfahren eine lebensverlängernde Wirkung bisher noch nicht gezeigt worden ist, bedeutet ein späteres Einsetzen solcher Maßnahmen für die betroffenen Frauen auch keinen Nachteil.

Es ist im übrigen nicht auszuschließen, daß der in der amerikanischen Studie genannte Unterschied ggf. mit dem dortigen Gesundheitssystem zusammenhängt, das eine grundsätzliche Krankenversicherungspflicht und damit ein Anrecht auf Inanspruchnahme von Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung für 90 % der Bevölkerung wie in Deutschland nicht beinhaltet.

- 4.13 Gibt es Untersuchungen darüber, daß Frauen bei gleicher Herzsymptomatik signifikant weniger zur Herzkatheterisierung und weiterer herzspezifischer Diagnose überwiesen werden und bei ihnen signifikant seltener Bypass-Operationen angewandt werden?

Solche Studien sind der Bundesregierung nicht bekannt. Hinsichtlich der Bypass-Operationen wurde bei der 5. Nationalen Blutdruck-Konferenz festgestellt, daß es, entgegen früherer Annahme, keinen Anhaltspunkt dafür gibt, hier bestünde für Frauen ein höheres Risiko.

- 4.14 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über

- a) Art und Anzahl sog. unnötiger Operationen, wie sie z.B. im Zusammenhang mit Hysterektomien bei Frauen und im Hinblick auf Appendektomien bei jungen Mädchen und jungen Frauen bekannt geworden sind?
- b) Welche Bewertungen hinsichtlich der Notwendigkeit solcher Operationen sind der Bundesregierung bekannt, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?
- a) Gesicherte Angaben oder Zahlen über Art und Anzahl unnötiger Operationen bei jungen Mädchen und Frauen liegen der Bundesregierung nicht vor.

Zur Vermeidung unnötiger Operationen steht es jedem Versicherten der GKV frei, bei Zweifeln an der Diagnose und dem Therapievorschlag des behandelnden Arztes die Meinung eines weiteren Arztes einzuholen. Im stationären Bereich sieht das Gesetz im Wege der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner die „Einholung von Zweitmeinungen“ als Instrument der Qualitätssicherung bei erheblichen chirurgischen Eingriffen vor (§ 137 SGB V). Die Krankenkassen haben ferner die Möglichkeit, die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit bestimmter Operationen im ambulanten und stationären Bereich im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu untersuchen, insbesondere dann, wenn von einzelnen Leistungserbringern bestimmte Arten von Operationen, deren medizinische Not-

wendigkeit teilweise in Frage gestellt wird, überdurchschnittlich oft durchgeführt worden sind.

- b) Jede diagnostische und therapeutische Maßnahme, die nicht notwendigerweise erbracht wird, stellt eine unnötige Belastung und Gefährdung des Patienten dar. Allein aus berufsrechtlichen Gründen ist jeder Arzt verpflichtet, seine Leistung in möglichst guter Qualität zu erbringen. Gute Qualität bedeutet auch, die dem jeweiligen Patienten angemessene Indikation für bestimmte diagnostische oder therapeutische Leistungen zu stellen.

Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung sind geeignet, sog. „nicht notwendige Leistungen“ zu verhindern. Der Gesetzgeber hat die Leistungserbringer nach dem Sozialgesetzbuch V verpflichtet, ihre Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen. Mit der bundesgesetzlichen Regelung ist der Rahmen vorgegeben, innerhalb dessen die Selbstverwaltungspartner möglichst flächendeckend Qualitätssicherungsverfahren durchzuführen haben. Die Gestaltung der Maßnahmen ist von den Partnern der Selbstverwaltung zu bestimmen.

Zur Initiierung und Unterstützung solcher Maßnahmen hat die Bundesregierung bereits 1991 ein Modellprogramm „Förderung der medizinischen Qualitätssicherung“ aufgelegt. Ziel der in verschiedenen Fachgebieten geförderten Modelle ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen in unmittelbar patientenbezogenen Leistungsbereichen der ambulanten und stationären Versorgung zu erproben, die anschließend in Verträge der Selbstverwaltung übernommen werden.

- 4.15 Welche Statistiken bzw. Studien geben Auskunft,

- a) in welchem Maße Gewalterfahrung und sexueller Mißbrauch im Kindesalter zu späteren psychischen Problemen bzw. Erkrankungen, Drogenabhängigkeit und somatischen Krankheitsbildern bei erwachsenen Frauen beiträgt, und
- b) in welchem Maße sieht es die Bundesregierung als gewährleistet an, daß behandelnde Ärzte und Ärztinnen diese Zusammenhänge sehen und berücksichtigen?
- a) Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) weist 44 Studien, Artikel und Veröffentlichungen zu Folgen von Gewalterfahrungen und sexuellem Mißbrauch im Kindesalter bei erwachsenen Frauen aus. Die Literaturauszüge belegen, daß sexueller Mißbrauch häufig ist und bei den Opfern erhebliche psychische und psychosomatische Störungen hinterläßt. An Langzeitfolgen werden insbesondere negatives Selbstbild, Eß- und Schlafstörungen, Störung der Intimitätsentwicklung, Unfähigkeit, anderen zu vertrauen, Autoaggressivität, Depressionen mit suicidalen Tendenzen angeführt. Es wird diskutiert, inwieweit diese Störungen dem sexuellen Miß-

brauch allein zuzuschreiben sind bzw. in Verbindung mit oder als Konsequenz anderer Formen elterlichen Versagens (emotionale Vernachlässigung und Ablehnung durch unfähige und strenge Eltern, körperliche Mißhandlung) und später erfahrener körperlicher und sexueller Gewalt durch andere Personen auftreten.

Sexuelle Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen lassen sich am Beispiel folgender Studien quantifizieren:

- Im Rahmen einer Dunkelfelduntersuchung gaben 25 % der Studentinnen und 8 % der Studenten persönliche Mißbrauchserfahrungen an. Die Studie war als anonyme Fragebogenuntersuchung angelegt und richtete sich an insgesamt 874 Studierende verschiedener Fächer. Der Fragebogenrücklauf betrug 58 % (Bange, D. Die dunkle Seite der Kindheit – Sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen. Ausmaß, Hintergründe, Folgen, Köln, 1992).
- Nach einer repräsentativen Stichprobe von 1054 niederländischen Frauen wurden 164 Frauen (15,6 %) vor ihrem 16. Lebensjahr von einem Familienmitglied oder nahen Verwandten sexuell mißbraucht. 3,2 % der Frauen wurden von leiblichen Vätern, Stief- oder Pflegevätern mißbraucht. Die Studienergebnisse beruhen auf halbstandardisierten Tiefeninterviews, (Draijer, N. Die Rolle von sexuellem Mißbrauch und körperlicher Mißhandlung in der Ätiologie psychischer Störungen bei Frauen, in: M. Joest, F. Rainer Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern. Erkennen, Bewußtmachen, Helfen, Bern, 1990).
- Nach einer bei 33 psychiatrischen Patientinnen der Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck mittels eines halbstrukturierten Interviews durchgeführten Studie wurden über 75 % dieser Patientinnen von ihrem leiblichen Vater oder Stiefvater mißbraucht. Der Mißbrauch war in fast allen Fällen schwerer Natur und langdauernd (Kinzl, J., Biebl, W. Langzeiteffekte des Inzests: Auslösende Lebensereignisse für psychische Erkrankungen bei weiblichen Patienten mit sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit, in: Child Abuse & Neglect, 1992).
- Erfahrungen mit sexueller Gewalt sind für Mädchen in schwierigen Lebenssituationen wie Prostitution, Treibe, Drogen häufig. Von Inzest durch Väter, Adoptivväter und ältere Brüder, aber auch Vergewaltigungen durch Fremde berichteten 21 von 25 der Mädchen/jungen Frauen, die – zwischen 14 und 23 Jahre alt und in schwierigen Situationen lebend – im Rahmen des Forschungsschwerpunktes „Jugend und AIDS“ in qualitativen Intensivinterviews befragt worden waren (M. Friedrich „AIDS-Prävention bei Mädchen – unter besonderer Berücksichtigung von Mädchen in schwierigen Lebenssituationen“, in: Sonderheft „Jugend und AIDS“, Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (Hrsg.), 1993).

- Von 5 832 Frauen, repräsentativ für in Privathaushalten lebende Frauen in der Bundesrepublik Deutschland im Alter ab 16 Jahre, gaben im mündlichen Interview 236 (4 %) an, „irgendwann einmal“ Opfer einer Vergewaltigung/sexuellen Nötigung (immer unter Einschluß von Versuchen) geworden zu sein (Forschungsbericht des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum“, Bonn, 1995).

Psychosoziale und körperliche Folgeschäden werden auch bei sexueller Mißhandlung durch Frauen, z. B. durch die leibliche Mutter, berichtet.

- b) Prüfungsgegenstand für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sind u. a. sexuelle Verhaltens- und Erlebnisstörungen sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie (§§ 28, 29, Anlage 16 Approbationsordnung für Ärzte). Damit sind in der ärztlichen Ausbildungsordnung die Voraussetzungen gegeben, um die Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrung sowie sexuellem Mißbrauch im Kindesalter und späteren psychischen Problemen bzw. Erkrankungen zu lehren. Zum Thema „Beschneidungen von Mädchen und Frauen“ hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Anfang 1997 eine Information für Ärztinnen und Beraterinnen herausgegeben.

Das von der Bundesärztekammer im Juni 1992 erstellte Konzept über ärztliche Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten bei Kindesmißhandlung umfaßt Leitlinien zum Erkennen von Mißhandlungen und Entscheidungshilfen für Ärzte in eigener Niederlassung und Kliniken. Der Beschluß richtet sich auch an die Landesregierungen, die aufgefordert werden, multiprofessionelle Strukturen zur Eindämmung der Mißhandlung von Kindern zu entwickeln.

Die Schulung von Ärztinnen und Ärzten hat im Rahmen der Präventionsbemühungen eine große Bedeutung. Für die Fort- und Weiterbildung zuständigen Selbstverwaltungsorgane der Ärzte haben diese wichtige Thematik seit längerer Zeit aufgegriffen. Die Landesärztekammern wenden sich dieser Thematik in jüngster Zeit verstärkt zu. Als Beispiel sei hier die Landesärztekammer Hessen genannt, die in ihrer Schriftenreihe „Bad Nauheimer-Gespräche“, Band 20, 1994, das Problem „Gewalt gegen Kinder und unter Kindern“ thematisiert hat.

Die Thematik „Kindesmißhandlung“ ist in den letzten Jahren auch durch die Bundesregierung verstärkt in den Blickpunkt gerückt worden, insbesondere durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Experten gehen davon aus, daß nur mit Hilfe einer interdisziplinären Konsiliartätigkeit zwischen Ärzten, Psychologen und den für den Kinderschutz zuständigen Behörden und Verbänden eine frühe Schadens-

begrenzung möglich sei. An die breite Fachöffentlichkeit gerichtete Publikationen des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend stellen Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrung und Folgeschäden heraus. Zu nennen sind das Medienpaket zur Aus- und Fortbildung für pädagogische Fachkräfte „Keine Gewalt gegen Kinder“; Abschlußbericht zum Modellprojekt für sexuell mißbrauchte Mädchen (Wildwasser e.V. Berlin); Lehrgangskonzeption für die Polizei zum Thema „Männliche Gewalt gegen Frauen“; Modellprojekt „Anlauf- und Beratungsstelle für Frauen, die Opfer von sexueller Gewalt geworden sind“ (Freiburg); Leitfaden für Beratungsstellen zu Gewalt in Ehe und Partnerschaft; Untersuchung zu sexuellen Übergriffen in Psychotherapie und Psychiatrie; Untersuchung „Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum“.

4.16 Welche Aussagen kann die Bundesregierung machen über die Zahl

- a) von Selbsttötungsversuchen bei Frauen, und
 - b) wie hoch ist die Zahl der Suizide bei Frauen, und
 - c) sind Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter der Frauen festzustellen?
- a) Angaben zur Zahl der Selbsttötungsversuche können nicht gemacht werden. Statistische Erhebungen hierzu gibt es nicht.

Daten zur Suizidversuchshäufigkeit liegen aus dem deutschen Erfassungsgebiet der WHO-Multizenter-Studie zu Suizidversuchen (Würzburg-Stadt und Würzburg-Landkreis mit insgesamt 267 000 Einwohnern) für die Jahre 1989 bis 1992 vor. Danach beträgt der Anteil der Frauen bei den Suizidversuchen 60,5 %. Die auf der Basis dieser WHO-Stichprobe geschätzte Suizidversuchsziffer für die Bundesrepublik Deutschland für die Bevölkerung 15 Jahre und älter beträgt beispielsweise 1991 78 je 100 000 der männlichen und 119 je 100 000 der weiblichen Bevölkerung. Die höchsten Suizidversuchsrate finden sich in den jüngsten Altersgruppen, besonders die weiblichen Altersgruppen zwischen 15 und 30 Jahren. Die Altersverteilung der Personen mit Suizidversuchen ist der der vollendeten Suizide entgegengesetzt. Das Verhältnis Suizid zum Suizidversuch beträgt etwa 1:3 bei Männern und 1:10 bei Frauen. Im europäischen Vergleich liegt das deutsche Erfassungsgebiet bei den Suizidversuchen im unteren Drittel. Zahlen zur längerfristigen Entwicklung der Suizidversuchsrate zeigen ab 1970 einen deutlichen Abfall – z. B. 1985 wurde nur noch die Hälfte bis etwa ein Drittel der Höchstwerte der Suizidversuchsrate des Zeitraums 1976 bis 1978 erreicht. Seit 1989 sind die Suizidversuchsrate in etwa stabil geblieben.

- b) Die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes weist aus, daß 1994 insgesamt 12 718 Personen durch Selbstmord und Selbstbeschädigung

starben, davon 9 130 Männer und 3 588 Frauen (vgl. Statistik in der Anlage zu Frage 4.16).

Die Selbsttötungsrate der weiblichen Bevölkerung sind rückläufig. Die weibliche Bevölkerung hat in den neuen und alten Bundesländern nicht nur niedrigere Suizidrate als die männliche Bevölkerung, bei ihr ist auch die Suizidmortalität stärker gesunken. 1994 wurden die bisher niedrigsten Selbsttötungsrate registriert.

c) Grundsätzlich ist festzustellen:

- Mit höherem Alter steigen die Suizidrate an.
- Die Suizidrate für Frauen über 50 Jahre liegen in allen Altersgruppen weit unter denen der Männer gleichen Alters. Die Schere geht mit wachsendem Alter weiter auseinander (vgl. Statistik in der Anlage zu Frage 4.16).

Eine von Norbert Erlemeier, Fachhochschule Münster, vorgelegte Expertise zu „Suizidalität im Alter“ ist in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 12.1, 1992, veröffentlicht. Nach dieser Expertise wird die Zahl der Suizidversuche im Alter generell unterschätzt.

5. Neue Bundesländer

- 5.1 Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung hinsichtlich möglicher Unterschiede bezüglich der gesundheitlichen Lage von Frauen in den alten Bundesländern und denen der neuen Bundesländer?

In der Bundesrepublik Deutschland beträgt die mittlere Lebenserwartung der weiblichen Bevölkerung im Jahr 1993 nach Berechnungen des Robert Koch-Institutes (RKI) 79,7 Jahre in den alten Bundesländern und 77,8 Jahre in den neuen Bundesländern (Tabelle 1). Seit der Wiedervereinigung Deutschlands hat sich die Differenz der mittleren Lebenserwartung zwischen den alten und neuen Bundesländern von 2,72 Jahre 1987 auf 1,9 Jahre 1993 verringert. Während die Lebenserwartung der weiblichen Personen in den neuen Bundesländern von 1987 bis 1993 um 1,84 Lebensjahre gestiegen ist, hat die Lebenserwartung in den alten Bundesländern nur um 1,02 Lebensjahre zugenommen. Die Geschlechterdifferenz der mittleren Lebenserwartung zuungunsten der männlichen Bevölkerung hat in diesem Zeitraum nur in den neuen Bundesländern zugenommen (in den alten Bundesländern von 6,47 auf 6,3 Jahre; in den neuen Bundesländern von 6,1 auf 7,5 Jahre). In den neuen Bundesländern ist demnach ein steilerer Anstieg der Lebenserwartung bei den Frauen zu verzeichnen, allerdings beträgt die Differenz der Lebenserwartung bei der weiblichen Bevölkerung zwischen Ost und West noch fast zwei Lebensjahre. In der Zeit von 1950 bis 1970 gab es einen schnelleren Anstieg der Lebenserwartung in der DDR als in der Bundesrepublik Deutschland. Von 1970 bis 1980 ist in der DDR eine stagnierende Entwicklung der Lebenserwartung zu beobachten, wobei eine wesentlich verminderte Dynamik des Lebensverlängerungsprozesses

in den hohen und höchsten Altersklassen einsetzte. Die kumulativen Werte für die ferneren Lebenserwartungen besagen, daß gegenwärtig in Ost wie in West insbesondere in hohen und höchsten Altersbereichen Lebenszeit in erheblichem Umfang gewonnen wird.

Auch die altersstandardisierte Gesamtsterblichkeit der weiblichen Bevölkerung ist in den neuen Bundesländern weiter gesunken (Tabelle 2). Die weibliche Sterblichkeit hat 1994 im Gebiet der neuen Bundesländer ihren bisher niedrigsten Stand erreicht. In dem relativ kurzen Zeitraum von 1990 bis 1994 hat sich die Differenz der Mortalitätsrate zwischen Ost und West fast halbiert. Die Reduktion der Sterblichkeit war in den neuen Bundesländern intensiver als in den alten Bundesländern (-16,8 % versus -6,4 %). Der säkulare Trend der Sterblichkeitsreduktion hat sich auch bei den Säuglingen, Mädchen und weiblichen Jugendlichen nach der Wiedervereinigung Deutschlands fortgesetzt. 1990 kam es teilweise in einzelnen Altersgruppen vorübergehend zu einem Anstieg der Sterblichkeit, der u. a. durch einen hohen Anstieg der Verkehrsunfälle in den neuen Bundesländern hervorgerufen wurde.

Tabelle 1: Mittlere Lebenserwartungen für die Jahre 1950, 1960, 1970, 1980, 1987, 1993* für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland/alte Bundesländer (West) und der DDR/neue Bundesländer (Ost)

	männlich			weiblich		
	West	Ost	Differenz ¹⁾	West	Ost	Differenz ¹⁾
1950	64,56	62,20	2,36	68,48	66,52	1,96
1960	66,39	66,42	-0,03	71,80	71,61	0,19
1970	67,26	69,02	-1,76	73,56	73,73	-0,17
1980	69,90	68,89	1,01	76,55	74,72	1,83
1987	72,21	69,86	2,35	78,68	75,96	2,72
1993*	73,4	70,3	3,10	79,7	77,8	1,90

* der Lebenserwartungswert für 1993 basiert auf eigenen Berechnungen des RKI; eine offizielle „Allgemeine Sterbetafel“ wird jeweils nach Vorliegen der Ergebnisse einer Volkszählung berechnet, zuletzt wurde die „Allgemeine Sterbetafel“ 1986/1988 im Statistischen Jahrbuch 1991 und in Fachserie 1, Reihe 1. S. 2 veröffentlicht.

1) Differenz = Lebenserwartungswert (West) - Lebenserwartungswert (Ost)

Tabelle 2: Standardisierte Mortalitätsrate (alle Todesursachen)* für die Jahre 1961, 1970, 1980, 1990, 1994 für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland/alte Bundesländer (West) und der DDR/neue Bundesländer (Ost)

	männlich			weiblich		
	West	Ost	Differenz ¹⁾	West	Ost	Differenz ¹⁾
1961	1819,4	1840,8	21,4	1341,9	1399,5	57,6
1970	1941,0	1950,1	9,1	1320,6	1425,6	105,0
1980	1697,1	1981,1	284,0	1055,6	1338,1	282,5
1990	1434,3	1870,6	436,3	872,9	1161,2	288,3
1994	1333,1	1612,6	279,5	817,0	965,7	148,7

* Mortalität auf 100 000 Bevölkerung; Standardbevölkerung deutsche Gesamtbevölkerung, 1989

1) Differenz = Mortalitätsrate (Ost) - Mortalitätsrate (West)

So kam es auch zu sprunghaften Veränderungen bei einzelnen Krankheiten in der Todesursachenstatistik, die größtenteils auf ein verändertes Kodierverhalten bei der Verschlüsselung des Grundleidens auf dem Leichenschauchein zurückzuführen waren.

Von 1989 zu 1990 war in den neuen Bundesländern insbesondere die nichtnatürliche Sterblichkeit angestiegen (insbesondere durch Verkehrsunfälle). 1994 ist die Unfallsterblichkeit wieder deutlich niedriger als 1989. Tödliche Verletzungen durch sonstige Gewalteinwirkungen machen rd. 7 % der nichtnatürlichen Todesfälle bei der weiblichen Bevölkerung in den neuen Bundesländern aus. Die Sterblichkeitswerte der weiblichen Personen betragen bei sonstigen Gewalteinwirkungen (Mord, Kindesmißhandlung, Verletzungen) in den neuen Bundesländern das Doppelte gegenüber den alten Bundesländern, während sie während der DDR-Periode nur die Hälfte derjenigen der Bundesrepublik Deutschland betragen. Das Gewicht dieser Sterblichkeitswerte ist aber so gering, daß sie kaum Einfluß auf die Gesamtsterblichkeit der weiblichen Bevölkerung haben. Die Suizidsterblichkeit der weiblichen Bevölkerung zeigt nach der Wiedervereinigung in den neuen Bundesländern eine rasche Abnahme. Während der DDR-Periode war die Alterssuizidalität extrem hoch.

Aus den Daten des dritten Durchgangs des Nationalen Gesundheitssurveys im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) 1990/1991 und den Daten des Surveys Ost 1991/1992 ließen sich zum damaligen Zeitpunkt beispielsweise folgende Aussagen zu Unterschieden in der Morbidität, in der Ausprägung von Risikofaktoren, in den Meßdaten (Laboranalysen) und im Gesundheitsverhalten bei Frauen (Alter 25 bis 69 Jahre) in den alten und neuen Bundesländern treffen:

- Westdeutsche Frauen haben eine höhere Prävalenz beim Herzinfarkt (1,6 % versus 0,3 %). Die niedrigeren Prävalenzraten an Herzinfarkten in Ostdeutschland bei gleichzeitig höheren Mortalitätsraten werden durch eine vergleichsweise höhere Letalität gegenüber Westdeutschland verursacht.
- Westdeutsche Frauen haben eine geringfügig höhere Prävalenz bei Schlaganfällen (gleicher Zusammenhang wie beim Herzinfarkt, s.o.).
- Ostdeutsche Frauen haben eine höhere Prävalenz beim Diabetes mellitus (5,8 % versus 4,3 %).
- Ostdeutsche Frauen haben häufiger eine Bluthochdruckkrankheit (25,7 % versus 17 %).
- Ostdeutsche Frauen haben häufiger ein Asthma bronchiale (4,5 % versus 4,0 %).
- Westdeutsche Frauen leiden häufiger unter Heuschnupfen (10 % versus 5,7 %).
- Westdeutsche Frauen haben deutlich höhere Prävalenzraten bei allergischen Krankheiten (24,5 % versus 16,8 %).
- Westdeutsche Frauen haben mehr Unfälle als ostdeutsche Frauen.

- Westdeutsche Frauen geben entschieden häufiger Allgemeinbeschwerden an als ostdeutsche Frauen (23 % versus 19,6 %).
- Ostdeutsche Frauen sind häufiger übergewichtig (BMI \geq 30).
- Ostdeutsche Frauen haben höhere Serumglukosewerte.
- Psychopharmaka werden in Ost und West vor allem Frauen verschrieben (etwa 69 % der Anwender im Westen, 74 % im Osten).

Bei den Cholesterinwerten, dem Quotienten HDL-Cholesterin/Gesamtcholesterin bestehen bei den Frauen zwischen Ost und West kaum Unterschiede.

Entscheidend für die Beurteilung der Gesundheitslage der weiblichen Bevölkerung ist die Entwicklung der Gesamtsterblichkeit und der Lebenserwartung. Hier haben sich in der relativ kurzen Zeitperiode nach der Wiedervereinigung die Unterschiede zwischen Ost und West deutlich verringert. Die dabei zu verzeichnende forcierte Abnahme der Sterblichkeit bzw. Zunahme der Lebenserwartung ostdeutscher Frauen läßt sich als ein Indikator für eine positive Entwicklung bei der Angleichung der Lebensverhältnisse im Gefolge der deutschen Einheit werten. Der für 1997 ff. vorgesehene Gesundheitssurvey, den das Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchführen soll, wird repräsentative Daten für ganz Deutschland mit besonderem Gewicht auf die Bevölkerung in den neuen Ländern liefern. Aus diesen Daten wird sich zeigen, inwieweit sich die o. a. Unterschiede bei der Krankheits- und Risikofaktorenbelastung angeglichen haben.

Auch durch die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene Studie zur gesundheitlichen Lage von Frauen in West- und Ostdeutschland (vgl. Antwort zu Frage 1.1) ist eine Verbesserung der Datenlage zu erwarten.

- 5.2 Hat die für ostdeutsche Frauen veränderte soziale und wirtschaftliche Situation nach der Wiedervereinigung (wachsende Arbeitslosigkeit etc.) Auswirkungen auf die Gesundheit dieser Frauen, und wenn ja, welche?

Die Arbeitslosigkeit kann eine schlechtere Gesundheit der Frauen sowohl zur Ursache als zur Folge haben. In einer Phase mit geringer Arbeitslosigkeit zeigt ein hoher Prozentsatz der Arbeitslosen gesundheitliche Beeinträchtigungen; die Arbeitslosen sind kränker als die vergleichbare arbeitende Bevölkerungsgruppe. Die Krankheit oder das fehlende Leistungsvermögen sind in dieser Phase zu einem großen Teil die Ursache der Arbeitslosigkeit. Anders bei einer Arbeitslosigkeit, die inzwischen zur Massenerscheinung geworden ist. Hier sind es neben gesundheitlichen zunehmend andere Gründe, die die Arbeitslosigkeit bedingen.

Dieser Vorgang läßt sich an zwei Datensätzen erläutern. Zum Erhebungszeitpunkt des Surveys Ost 1991/1992 war die Arbeitslosigkeit in den neuen Bun-

desländern noch gering; Arbeitslosigkeit war, bei kontrollierten anderen Variablen, mit schlechterem Gesundheitszustand verbunden, ebenso mit einigen verbreiteten chronischen Krankheiten (Bluthochdruck, Magenschleimhautentzündung, Muskel- und Skeletterkrankungen).

Eine 1994 in Mecklenburg-Vorpommern vorgenommene ähnliche Befragung („Vergleichende Studie zu Gesundheit und Lebensweise“, Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern) zeigte, zu einem Zeitpunkt, als die Arbeitslosigkeit in der dortigen Landwirtschaft in den Landgemeinden unter 5 000 Einwohnern sehr hoch lag (ca. 20 %), keine Unterschiede zwischen arbeitenden und arbeitslosen Frauen. Der größte Teil der arbeitslosen Frauen befand sich zu diesem Zeitpunkt erst eine kurze Zeit in Arbeitslosigkeit.

Arbeitslosigkeit kann auf längere Sicht als Krankheitsursache wirken, und zwar dann, wenn sie zum individuellen Lebensstreß wird, d. h. wenn die inneren Reserven der Betroffenen nicht groß genug sind, mit der Arbeitslosigkeit, beginnend mit dem Prozeß des drohenden Arbeitsplatzverlustes, und deren Folgen fertig zu werden. Das trifft insbesondere bei Langzeitarbeitslosigkeit zu, bei mehrfacher Arbeitslosigkeit, die zu Karriereabbrüchen und Statusverlust führt, bei gravierenden finanziellen Problemen und bei beruflich besonders stark engagierten Frauen. Massenarbeitslosigkeit hat zwar einen gewissen protektiven Effekt gegen diesen Streß, weil der Verlust des Arbeitsplatzes nicht als persönliche Schuld empfunden wird, dem Streß der Dauerarbeitslosigkeit sind jedoch viele nicht gewachsen.

Ein neuer Gesundheitssurvey, der für 1997/1998 vorgesehen ist, wird die Hypothese testen können, inwieweit Langzeitarbeitslosigkeit bei Frauen (aber nicht nur bei diesen) schlechtere Gesundheit zur Folge hat.

- 5.3 Hat die Bundesregierung Erkenntnisse über die Entwicklung speziell der psychischen Situation ostdeutscher Frauen nach der Wiedervereinigung, in welchem Umfang werden psychotherapeutische Hilfsangebote wahrgenommen, und welche zusätzlichen Hilfsangebote sind notwendig?

In welchem Umfang psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfsangebote von ostdeutschen Frauen wahrgenommen werden, ist der Bundesregierung nicht bekannt. Daten, die über die vorangegangene Antwort auf Frage 5.2 Rückschlüsse auf die Entwicklung der psychischen Situation ostdeutscher Frauen erlauben, liegen nicht vor.

Die Bundesregierung hat ausgehend von der Verpflichtung im Einigungsvertrag (Artikel 33 Abs. 1) durch eine Vielzahl von Maßnahmen dazu beigetragen, den notwendigen Umstrukturierungsprozeß auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung in den neuen Bundesländern zu fördern. Neben den großen Investitionsprogrammen wie z. B. dem Gemeinschaftswerk „Aufschwung Ost“, dem Kommunalen Kreditprogramm oder dem Gemeinschaftsprogramm zur

Finanzierung von Krankenhausinvestitionen gehören dazu auch die Qualifizierungsprogramme sowie die Förderung eines Modellregionenprogramms und die Förderung von Einzelmodellen im Bereich der ambulanten/komplementären psychiatrischen Versorgung.

Das Modellregionenprogramm, in dessen Rahmen durch zusätzliche Fördermittel des Bundesministeriums für Gesundheit in 14 Regionen stufenweise ambulante, komplementäre und rehabilitative Dienste einschließlich ergänzender Maßnahmen im stationären Bereich aufgebaut worden sind, ist 1995 erfolgreich abgeschlossen worden. Die Förderung von Einzelmodellen wird derzeit noch fortgesetzt.

All diese Maßnahmen haben einen Beitrag dazu geleistet, die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten auch in den neuen Bundesländern entsprechend den Grundsätzen der Psychiatrie-Reform zu verbessern. Regelmäßig wurden diese Maßnahmen in Abstimmung bzw. unter Beteiligung der entsprechenden Bundesländer durchgeführt.

Bei der Frage nach zusätzlichen Hilfsangeboten für betroffene Frauen erscheint weniger ein Zuwachs an „speziellen“ psychiatrischen Hilfeangeboten erforderlich als vielmehr die Förderung allgemeiner Maßnahmen, die es Frauen z. B. erlauben, wieder in den Arbeitsprozeß zurückzukehren und somit das Risiko seelischer Störungen vermindern.

- 5.4 Ist der Bundesregierung bekannt, in welchem Ausmaße es hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen aufgrund der veränderten sozialen und ökonomischen Situation für Frauen aus den neuen Bundesländern einen speziellen Beratungs- und Informationsbedarf gibt, und welche speziellen Beratungsmöglichkeiten werden in den neuen Bundesländern diesbezüglich angeboten?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine umfassenden Erkenntnisse vor. Hinsichtlich der Erkenntnisse zum speziellen Beratungsbedarf für die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben wird auf die Antwort zu Frage 2.6 verwiesen.

- 5.5 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über das Ernährungsniveau von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland, und gibt es Differenzen zwischen Frauen in den alten und Frauen in den neuen Bundesländern?

Die Ernährungssituation der Bevölkerung der früheren Bundesrepublik Deutschland wurde im Rahmen der Nationalen Verzehrsstudie (NVS) und der VERA-Studie (1985 bis 1989) analysiert. Die wichtigsten Ergebnisse der Studien sollen hier kurz dargestellt werden:

- Haupternährungsprobleme sind, bei Frauen und Männern gleichermaßen, Übergewicht und Adipositas.
- Im Mittel enthält die zugeführte Nahrung zu viel Fett, besonders zu viele gesättigte Fettsäuren.
- Der Kohlenhydratanteil, insbesondere der Gehalt der Kost an Polysacchariden und Ballaststoffen, erreicht nicht den empfohlenen Energieanteil.
- Die Vitamin- und Mineralstoffversorgung der Bevölkerung hat insgesamt ein sehr hohes Niveau erreicht.
- Eine Ausnahme stellt die Jodversorgung dar, die zum Zeitpunkt der Untersuchungen bei Frauen und Männern häufig nicht ausreichend war.
- Frauen verzehren in allen Altersgruppen mehr Obst und Gemüse als Männer und weisen aus diesem Grund eine bessere Versorgungslage mit Vitamin C und Carotinoiden aus.

Ein Vergleich ernährungsepidemiologischer Studien aus den alten und neuen Bundesländern ist problematisch, da die verfügbaren Daten mit unterschiedlichen Methoden und zu unterschiedlichen Zeiten erhoben und ausgewertet wurden. Berechnete Differenzen in der Energie- und Nährstoffaufnahme sind folglich nicht ausschließlich auf tatsächliche Verzehrsunterschiede zurückzuführen, sondern stellen eine Kombination aus methodischen und zeitlichen Einflüssen sowie aus Unterschieden im Ernährungsverhalten dar.

Im Vergleich zum Gebiet der alten Bundesrepublik Deutschland zeigten sich in der ehemaligen DDR deutliche Unterschiede in der Nahrungsaufnahme. Der Verbrauch von Obst und Gemüse, besonders von Frischobst und Frischgemüse, sowie von Vollkornprodukten war bedeutend geringer als in der alten Bundesrepublik Deutschland.

Nach verfügbaren Daten nehmen ost- und westdeutsche Frauen im Durchschnitt zuviel Fett und Cholesterin auf; die Kohlenhydrat- und Ballaststoffaufnahme ist dagegen sehr niedrig (s. Tabelle). Diese Nährstoffaufnahmewerte zeigen, daß das Ernährungsverhalten in den neuen und alten Bundesländern insgesamt der Verbesserung bedarf.

Tabelle:

Vergleich der täglichen Nährstoffaufnahme weiblicher Studienteilnehmer zwischen alten *) und neuen **) Ländern (statistische Kennzahlen)

Nährstoff	Studie	Median	Perzentile	
			25	75
Energie (kcal)	West	2 120	1 741	2 443
	Ost	1 863	1 589	2 229
Fett (g)	West	90	72	109
	Ost	91	76	111
Eiweiß (g)	West	70	58	82
	Ost	72	60	86
gesättigte Fettsäuren (g)	West	38	29	47
	Ost	40	32	50
einfach ungesättigte Fettsäuren (g)	West	32,0	25,4	38,9
	Ost	32,3	27,0	39,7
mehrfach ungesättigte Fettsäuren (g)	West	11,6	9,0	15,0
	Ost	11,8	9,4	15,3
Kohlenhydrate (g)	West	207	167	250
	Ost	181	149	218
Ballaststoffe (g)	West	23,1	18,5	28,8
	Ost	20,3	16,6	24,7
Cholesterin (mg)	West	403	308	511
	Ost	389	312	482
Alkohol (g)	West	4,7	0,2	14,0
	Ost	1,2	0,1	4,2

*) VERA-Studie von 1985 bis 1988 (Berechnung mit BLS I)

***) Gesundheitssurvey Ost von 1991/1992 (Berechnung mit BLS II.2)

5.6 Welche Wirkung hat die soziale Situation auf das reproduktive Verhalten von Frauen, und gibt es in diesem Zusammenhang eine Zunahme der Zahl der Sterilisationen bei Frauen in den neuen Bundesländern?

Betrachtet man als reproduktives Verhalten die Zahl der Kinder und den Zeitpunkt ihrer Geburt, so muß in Bezug auf die Entwicklung in den neuen Bundesländern ein Zusammenhang zwischen der sozialen Situation und dem reproduktiven Verhalten festgestellt werden.

Die Generation, die sich z. Z. in der Berufs- und Familienbildungsphase befindet, ist noch unter den sozialen Bedingungen der ehemaligen DDR aufgewachsen, mit der Orientierung auf frühere Elternschaft und durchgängige Berufstätigkeit. Diese Lebensplanung ist nicht mehr in jedem Fall umsetzbar. Der derzeit zu beobachtende Heirats- und Geburtenverzicht dürfte die aktuelle unsichere soziale und ökonomische Situation widerspiegeln. Berücksichtigt man, daß die abschließende Kinderzahl im Osten in der Altersgruppe der 30- bis 34jährigen Frauen um eine Fünf-Jahres-Altersgruppe früher erreicht wurde als im Westen – hier ist bis zur Altersgruppe der 35- bis 45jährigen Frauen noch eine Zunahme in der Anzahl der Kinder zu sehen – dann kann der derzeitige Geburtenverzicht auch ein Hinweis auf eine sich verändernde Altersstruktur von

Erstgebärenden in den neuen Bundesländern sein. Die Hypothese, daß gegenwärtig die Frauen in den neuen Bundesländern das Gebären nur auf einen späteren Zeitpunkt verschieben (und somit die Zahl der Kinder, die von Frauen des gleichen Geburtsjahrganges im Laufe ihrer reproduktiven Lebensspanne zur Welt gebracht werden, unverändert bleibt), muß verifiziert werden.

Zur Frage der Sterilisationen in den neuen Bundesländern gibt es keine Statistiken. Aus der GKV-Statistik ist eine Auskunft über die Zahl der Sterilisationen nicht möglich, weil die Ausgaben der GKV für Sterilisationen im Kontenrahmen als Sammelposition gemeinsam mit anderen Ausgaben für Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbrüche verbucht wird.

Nach den vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie veröffentlichten Untersuchungsergebnissen zur Infertilität und Subfertilität lassen sich zwar Meldungen verschiedener Medien als auch Zahlen aus dem brandenburgischen Sozialministerium bestätigen, wonach die Zahl der Sterilisationen nach 1989 in verschiedenen ostdeutschen Städten bis um das 300fache gestiegen sei. Die mit den Untersuchungen beauftragten Forscher geben jedoch zu bedenken, daß diese Form der Familienplanung in den Gebieten der ehemaligen DDR noch bis 1990 nur bei medizinischer Indikation zulässig war und der Überprüfung durch eine Gutachterkommission bedurfte. Neben den vielfach in der Presse beschriebenen Fällen, wonach sich ostdeutsche Frauen zwecks Erwerbs bzw. Erhaltes eines Arbeitsplatzes sterilisieren ließen, müsse hier auch von einem Nachholbedarf, insbesondere von Frauen der Altersgruppe über 30 Jahren, ausgegangen werden, deren Familienplanung zu diesem Zeitpunkt im wesentlichen bereits abgeschlossen ist.

Nach den Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist derzeit keine bedeutsame Zunahme der Zahl der Sterilisationen zu erkennen.

6. Ausländerinnen

6.1 In welchem Umfang finden ethnomedizinische Aspekte nach Kenntnis der Bundesregierung ihre Beachtung in der medizinischen Ausbildung der Bundesrepublik Deutschland, aber auch in der therapeutischen Versorgung ausländischer Mitbürgerinnen in Praxen und Krankenhäusern?

Bei der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland finden ethnomedizinische Aspekte zwar keine ausdrückliche Berücksichtigung. Im Medizinstudium können aber die Anforderungen, die bei der Betreuung von ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern an den Arzt gestellt werden, im Rahmen einer Reihe von prüfungsrelevanten Ausbildungsveranstaltungen vermittelt werden.

Das Ziel der ärztlichen Ausbildung ist nach § 1 Abs. 1 Satz 1 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) u. a. die Vermittlung praktischer Fertigkeiten und psychischer Fähigkeiten, derer es bedarf, um die psychi-

sche und soziale Lage des Patienten zu berücksichtigen.

In der vorklinischen Ausbildung müssen entsprechend dem Prüfungstoffkatalog für die Ärztliche Vorprüfung Grundlagen über die Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse zur verbalen und nonverbalen Kommunikation, sozialen Schichtung, Persönlichkeit, Persönlichkeitsentwicklung und der Bevölkerungsstruktur vermittelt werden (Anlage 10 ÄAppO).

Im Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gehören Kenntnisse über den Umgang mit Patienten und die ärztliche Gesprächsführung zum Prüfungstoff (Anlage 13 ÄAppO). Auch hier kann die besondere Situation bei der Behandlung ausländischer Mitbürger thematisiert werden.

Ethnomedizinische Aspekte in der Krankenpflege bzw. Krankenpflegeausbildung fallen unter die Fächer „Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik“ sowie „Krankenpflege“, hier vor allem unter „Umgang mit Patienten unter Berücksichtigung ihrer physischen und psychosozialen Bedürfnisse“ (vgl. Anlage 1 Nr. 7 und Nr. 8 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege) mit insgesamt 580 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht sowie im Rahmen von 3 000 Stunden praktischer Ausbildung auf Station. Entsprechendes gilt für die Ausbildung in der Kinderkrankenpflege sowie, anteilmäßig kürzer, für die einjährige Ausbildung in der Krankenpflegehilfe.

Aufgabe der ca. 1 000 Krankenpflegeschulen in Deutschland ist es, die aktuellen Bedürfnisse ausländischer Patienten, insbesondere solche Bedürfnisse, die aus einer anderen Religion (Islam) resultieren, konkret unter die genannten Ausbildungsbereiche zu subsumieren. In der Fachliteratur wird die Thematik hinreichend aufgearbeitet, so daß sich Krankenpflegeschüler auch in der Fachliteratur genügende Hinweise und Kenntnisse einschlägiger Art verschaffen können. Für examinierte Schwestern und Pfleger besteht hierzu neben der privaten Lektüre hinreichend Gelegenheit, sich im Rahmen der fachlichen Fortbildung kundig zu machen.

In die therapeutische Versorgung ausländischer Mitbürgerinnen in Praxen und Krankenhäusern haben ethnomedizinische Aspekte vereinzelt – je nach Interesse der verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte – Eingang gefunden. So gibt es z. B. im Landeskrankenhaus Marburg, der Universitätsklinik Eppendorf und der Freiburger Universitätsklinik spezielle Angebote für ausländische Patienten. Darüber hinaus sind vereinzelt Vereine bemüht, die medizinische und therapeutische Versorgung ausländischer Patienten zu verbessern. In Köln ist das „Gesundheitszentrum für Migranten“ als Einrichtung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes gegründet worden (Januar 1996). Es bietet den „Gesundheitswegweiser für Migranten“ an, der Ärzte verschiedener Fachrichtungen aus 50 Ländern auflistet. Außerdem bemühen sich eine Sozialarbeiterin, eine Ärztin und eine Psychologin um Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Psychologen, um die Begleitung von stationären Aufenthalten zur ent-

sprechenden ambulanten Nachsorge, um Präventionsveranstaltungen in Moscheen, Schulen und Vereinen und um die Beratung Betroffener und Angehöriger. Geplant ist es auch, Ärzte fortzubilden.

In Hannover wurde, seit 1992 institutionell gefördert durch das Niedersächsische Sozialministerium, das Ethnomedizinische Zentrum zur Verbesserung medizinischer und psychosozialer Angebotsstrukturen für Migrantinnen und Migranten eingerichtet. Das Zentrum vermittelt kulturspezifisches Fachwissen an Mitarbeiter des Gesundheits-, Sozial- und Justizwesens und unterstützt die Ratsuchenden im Krankheitsfall bei Problemen mit dem deutschen Gesundheitswesen, auf der Suche nach fremdsprachigen Ärzten, Psychotherapeuten und geeigneten Selbsthilfegruppen.

Das „Internationale Familienzentrum“ in Frankfurt/Main wie das „Internationale Frauenzentrum Heidelberg, Kommunikation und Beratung für eingewanderte Frauen und Mädchen e.V.“ bieten therapeutische Behandlung und psychosoziale Beratung für die ausländische Bevölkerung an. Das Frauengesundheitszentrum AKARSU e.V., Berlin, hält Angebote zu Fragen von Gesundheit, Bewegung sowie Berufsvorbereitung für immigrierte Frauen bereit. Ratsuchende Frauen können sich auch an das Beratungszentrum der Gesellschaft Türkischer Mediziner in Berlin wenden, das von der Senatsverwaltung und der AOK gefördert wird.

Zur gesundheitlichen Versorgung ausländischer Mädchen und Frauen, die beschnitten sind, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Informationsbroschüre für die Ärzteschaft herausgegeben.

- 6.2 Welche Untersuchungen und Studien liegen der Bundesregierung vor, die Auskünfte geben über den Gesundheitszustand von Migranten und Migrantinnen, Asylbewerbern und Asylbewerberinnen sowie Flüchtlingen, und welche Daten liegen hier als nach Geschlecht differenzierte Daten vor?

Der Gesundheitszustand der ausländischen Bevölkerung wurde im ersten „Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland 1993“ (Drucksache 12/6960) vom 11. März 1994 dargestellt. Der zweite Bericht vom Dezember 1995 enthält in Ergänzung dazu regionale Untersuchungsergebnisse und weist im übrigen darauf hin, daß bundesweite repräsentative Untersuchungen zu Erkrankungsarten und -häufigkeiten der ausländischen Bevölkerung bislang fehlen.

Seitens der Länder wird darauf hingewiesen, daß die Gesundheitsberichterstattung der Bundesländer generell themenspezifisch erfolgt und nur in einzelnen Bereichen nach Nationalitäten differenziert. Einige Routinestatistiken lassen eine Auswertung nach Nationalität bzw. Geschlecht zu, so z. B. die Zahlen über die Erkrankung an offener Tuberkulose oder die Daten der schulärztlichen Untersuchungen.

Von gesonderten Datenauswertungen zur Gesundheit von Zuwanderern, Asylbewerberinnen und Asylbewerbern, die auch geschlechtsspezifisch vorgenommen werden, berichten die Länder Nordrhein-Westfalen, Bremen und Saarland.

Auf die ausländische Bevölkerung bezogene Informationen können auch daraus gewonnen werden, daß nach § 62 des Asylverfahrensgesetzes Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, verpflichtet sind, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle bestimmt den Umfang der Untersuchung und den Arzt, der die Untersuchung vornimmt.

Die Literatur zum Thema „Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten“ ist im übrigen sehr umfassend. Repräsentative Studien liegen allerdings nicht vor.

6.3 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung hinsichtlich des Gesundheitszustandes älterer ausländischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland, die nicht mehr im Berufsleben stehen?

Auf die Schwierigkeiten der Erkenntnisgewinnung in diesem Bereich wurde bereits im ersten Altenbericht der Bundesregierung vom 28. September 1993; Drucksache 12/5897; hingewiesen. Eine differenzierte Beurteilung der Situation älterer ausländischer Frauen nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben ist kaum möglich.

Zwar sind Migration und Gesundheit zu verschiedenen Zeiten in der Bundesrepublik Deutschland in Untersuchungen und entsprechenden Veröffentlichungen thematisiert worden, ältere, nicht mehr im Arbeitsprozeß befindliche Frauen sind jedoch selten Gegenstand dieser Forschung gewesen.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) wurde im November 1992 durch das Zentrum für Türkeistudien, Essen, eine Studie „Zur Lebenssituation und spezifischen Problemlage älterer ausländischer Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland“ erstellt (Forschungsbericht des BMA, Reihe Sozialforschung Nr. 226), in der nach Geschlecht differenziert wurde.

Die Studie basiert auf den Ergebnissen einer Literaturanalyse und einer Befragung älterer Türken und Italiener ab 55 Jahre (Selbstbefragung und Befragung von Angehörigen). In der Studie werden auch Angaben zum Gesundheitszustand gemacht.

Gesundheitliche Einschränkungen gehören nach dieser Untersuchung zu den zentralen Defiziten der Lebenssituation älterer Ausländer. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß sie sich nicht auf objektive Befunde, sondern auf die subjektiven Angaben der Befragten stützt. Bei einer subjektiven Beurteilung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes beurteilen die

Untersuchungsteilnehmer ihre gesundheitliche Situation zu 36 % als mittelmäßig, zu 32 % als schlecht und zu 6 % als sehr schlecht, während 10 % der Befragten sehr gut und 16 % gut angeben. Es werden Unterschiede zwischen den Nationalitäten deutlich, so schätzten die befragten Italiener ihren Gesundheitszustand als wesentlich schlechter ein (44 % schlecht oder sehr schlecht) als die Befragten aus der Türkei (31 % schlecht oder sehr schlecht). Hierbei dürften unterschiedliche kulturelle Erklärungsmuster zur Entstehung von Krankheiten und deren Akzeptanz eine Rolle spielen. Nur ein knappes Drittel der Befragten bewertet seinen derzeitigen Gesundheitszustand im Vergleich mit der Situation zum Zeitpunkt des 50. Lebensjahres als unverändert oder verbessert. Fast 70 % der Befragten äußern demgegenüber, daß sich ihr gesundheitlicher Zustand innerhalb dieses Zeitraums eher verschlechtert bzw. sehr verschlechtert habe. Ähnliche Ergebnisse brachte auch die Befragung der Angehörigen. Auffallend ist, daß die türkischen Befragten den Gesundheitszustand ihrer Mutter schlechter als den des Vaters einstufen, während sich bei den italienischen Befragten genau das umgekehrte Phänomen zeigt. Insgesamt 46 % der Befragten hatten, seitdem sie in Deutschland leben, bereits einmal schwere Krankheiten. Akute körperliche oder seelische Beschwerden gaben zum Zeitpunkt der Befragung mehr als die Hälfte der Befragten an. Jeweils mehr als die Hälfte der Befragten gab an, auf ständige ärztliche Behandlung sowie auf regelmäßigen Medikamentenkonsum angewiesen zu sein. Nur 12 % haben im letzten halben Jahr überhaupt keinen Arzt aufgesucht. 30 % waren insgesamt 1- bis 2mal bei einem Arzt und weit mehr als die Hälfte 3mal und häufiger. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, daß knapp ein Viertel der Befragten mehr als 10 Arztbesuche innerhalb des letzten halben Jahres angibt. Unabhängig von akuten Erkrankungen zum Zeitpunkt der Befragung weist der überwiegende Teil der Befragten dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Bezogen auf die Gesamtheit der Befragten weisen lediglich 15 % keinerlei gesundheitliche Einschränkungen auf. Im Vordergrund der von den Befragten genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen stehen in erster Linie Erkrankungen und Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Eine zweite wichtige Symptomgruppe besteht in vermutlich psychosomatisch bedingten Störungen des vegetativen Nervensystems. Herz- bzw. Kreislaufbeschwerden werden von insgesamt mehr als einem Drittel der Befragten als gesundheitliche Einschränkungen genannt. Als Ursache für die bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen wird von den Befragten in erster Linie auf die belastenden Arbeitsbedingungen verwiesen. Knapp 10 % führen darüber hinaus konkrete Arbeitsunfälle als Ursache ihrer gesundheitlichen Belastung an. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, daß beträchtliche Anteile der türkischen Befragten darüber hinaus Heimweh, aber auch überhaupt die durch das Leben in einem fremden Land gegebenen Begleitumstände als Ursachen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen nennen.

Die starken gesundheitlichen Belastungen sind für einen beträchtlichen Anteil dieser Personen mit wei-

terreichenden Konsequenzen und Beeinträchtigungen verbunden. 20 % der weiblichen Befragten geben an, aufgrund ihres Gesundheitszustandes Schwierigkeiten zu haben, das Haus zu verlassen. Für ein Viertel der weiblichen Befragten insgesamt haben die gesundheitlichen Einschränkungen zu einer amtlichen Anerkennung einer Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit geführt.

Folgende frauenspezifische Erkenntnisse lassen sich zusammenfassen: Ältere Ausländerinnen sind von gesundheitlichen Einschränkungen überdurchschnittlich betroffen. Der Anteil der Frauen, die einen sehr stark verschlechterten Gesundheitszustand angibt, ist besonders hoch. Überdurchschnittlich viele Frauen klagen über akute körperliche oder seelische Beschwerden, wie beispielsweise Nervosität und Kopfschmerzen. Frauen führen ihre Beschwerden häufiger auf das Leben in einem fremden Land zurück (27 % gegenüber 18 % bei Männern). In der weiblichen Befragtengruppe liegt der Anteil derjenigen mit mehr als 10 Arztbesuchen innerhalb des letzten halben Jahres sogar bei 36 %.

Eine weitere aktuelle Veröffentlichung ist der Abschlußbericht des Forschungsprojektes „Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer“. Das Forschungsprojekt wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gefördert und von der AWO Bezirksverband Westliches Westfalen e.V., dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland e.V. und dem Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. in Zusammenarbeit mit der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie, Dortmund und dem Institut für Migrationsforschung, Zweisprachendidaktik und Ausländerpädagogik, Universität/GH Essen 1992 bis 1995 durchgeführt (Forschungsbericht 253). In dieser Befragung erfolgte zwar keine Differenzierung nach dem Geschlecht, aber 45,8 % der Befragten der Gesamtstichprobe waren Frauen.

In 5 Projektstandorten (Dortmund, Düsseldorf, Köln, Wuppertal, Solingen) und 2 Landkreisen in Nordrhein-Westfalen wurde die Situation der über 50jährigen Migranten unterschiedlicher Nationalität (Migranten aus der Türkei, aus Griechenland, Spanien, dem ehemaligen Jugoslawien und den anderen Hauptanwerbeländern – mit Schwerpunkt auf Migranten aus der Türkei) untersucht sowie entsprechend der jeweiligen Bedarfslage und den örtlichen Gegebenheiten konkrete Maßnahmen, Angebote und Konzepte zur Verbesserung ihrer Versorgung entwickelt und erprobt. Im Rahmen der Projekterhebungen wurden der subjektive Gesundheitszustand als ein zentraler Faktor der Lebenszufriedenheit in den Vordergrund gestellt. Darüber hinaus wurden auch konkrete Krankheiten und Behinderungen bzw. psychische Beeinträchtigungen aus Sicht der Befragten erhoben. Weitere Fragen bezogen sich auf die ärztliche Versorgung und die Hilfsbedürftigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Auch in dieser Untersuchung wurde ein hoher psychischer und physischer Verschleiß der Arbeitsmigranten festgestellt. Fast die Hälfte der Untersuchungsgruppe

kommt zu einer eher negativen Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Nahezu ein Fünftel beurteilt die eigene gesundheitliche Verfassung sogar als schlecht. Die Studie kommt zu der Aussage, daß im Vergleich zu deutschen über 60jährigen Befragten (Hamburger Seniorenstudie – BAGS, 1992) Migranten in erheblich stärkerem Maße von körperlichen Erkrankungen und Behinderungen betroffen sind und deutlich häufiger einen Arzt aufsuchen. Einige Befragte haben aufgrund akuter gesundheitlicher Verschlechterungen ihre zunächst noch geäußerten Rückkehrpläne aufgegeben. Noch stärker als durch physische Erkrankungen scheint der Gesundheitszustand der älteren Migranten durch psychische Beeinträchtigungen geprägt zu sein. Hierauf verweisen die häufigen Nennungen von entsprechenden Symptomen wie Konzentrationsstörungen, Gereiztheit, Unlustgefühle und Schlaflosigkeit.

Insgesamt spielen die Ergebnisse einen überwiegend durch vielfältige Beeinträchtigungen gekennzeichneten Gesundheitszustand älterer Migranten wider, der auch vor dem Hintergrund migrationspezifischer, physischer und psychischer Belastungen zu sehen ist.

Die Ergebnisse machen deutlich, daß das Alter der Migranten als Folge kumulativ biographischer Beanspruchungen in besonderem Maße durch multimorbide und chronische Krankheitsmuster geprägt ist.

Einige geschlechtsspezifische Hinweise zum Gesundheitszustand älterer, nicht mehr erwerbstätiger Migrantinnen können der Veröffentlichung von M. Wedell: „Nur Allah weiß, was aus mir wird . . . Alter, Familie und außerfamiliäre Unterstützung aus der Sicht älterer Türiinnen und Türiken,“ Frankfurt/M., 1993, sowie der von M. Dietzel-Papakyriakou erstellten Expertise zum Ersten Altenbericht der Bundesregierung entnommen werden.

Eine Übersicht über Veröffentlichungen findet sich bei Berg G (1995): „Ausländische Frauen und Gesundheit. Migration und Gesundheit,“ Bundesgesundheitsblatt 2/95, S. 46 bis 51.

Ergänzend wird auf die Antwort zur Großen Anfrage der Abgeordneten Gerd Andres, Konrad Gilges, Gerlinde Hämmerle und der Fraktion der SPD „Situation ausländischer Rentner und Senioren in der Bundesrepublik Deutschland“ (Drucksache 12/5796) verwiesen.

Weil Sprachbarrieren und die daraus resultierende Isolation sowie ein kulturell bedingter andersartiger Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Kranksein bewirken, daß gesundheitsfördernde, medizinische oder soziale Hilfen unzureichend angenommen werden, hat der Öffentliche Gesundheitsdienst zielgruppenspezifische Angebote entwickelt. Diese umfassen sowohl konkrete Hilfen als auch Modelle, bei denen neue Zugangsweisen und Arbeitsformen erprobt werden. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus der Broschüre „In der Diskussion Nr. 6: Gesundheit und Migration. Modellprojekte von Gesundheitsämtern“, die die Beauftragte für die Belange der Ausländer herausgegeben hat. Türkische Mitbürger werden zudem seit mehr als 30 Jahren von der Arbeiterwohlfahrt psychosozial be-

treut und beraten. Nähere Auskünfte zur medizinischen und psychosozialen Versorgung gibt eine vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands e.V. herausgegebene kommentierte Bibliographie „Migration und Gesundheit“, Schriftenreihe Band 3, 1990.

- 6.4 In welchem Umfang sind Immigrantinnen als Betreute in Alten- und Pflegeheimen zu finden, und gibt es spezielle Einrichtungen von Altenwohnheimen für die ausländischen Frauen der sog. ersten Generation?

Hierzu liegen keine bundesweit erhobenen nationalitätenspezifischen Daten vor. Die Bundesregierung hat deshalb bereits im Zusammenhang mit ihrer Antwort auf die Große Anfrage der Abgeordneten Cem Özdemir, Kerstin Müller (Köln), Volker Beck (Köln) und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Situation der Bundesrepublik Deutschland als Einwanderungsland“ (Drucksache 13/5065) eine Länderbefragung durchgeführt. Die Aussagen der Länder ließen sich dahin gehend bewerten, daß die Personengruppe der Ausländerinnen und Ausländer für die Praxis von Alten- und Pflegeheimen quantitativ noch nicht bedeutsam ist. Auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 25 der genannten Großen Anfrage wird verwiesen. Nach Informationen, die der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer vorliegen, fördert das Deutsche Rote Kreuz die Konzeption und den Aufbau eines ethnischen Schwerpunkts in einem Altenwohnheim in Duisburg.

- 6.5 Welche präventiv-medizinischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen wurden eingeleitet, damit die im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland 1993, Drucksache 12/6960 vom 11. März 1994, festgestellte um das Dreifache erhöhte Müttersterblichkeit bei ausländischen Frauen reduziert wird, und welche weitere Tendenz ist in dieser Sache zukünftig abzusehen?

Die Müttersterblichkeit bei ausländischen Frauen konnte – laut Angaben des Statistischen Bundesamtes – seit 1991 deutlich gesenkt werden. Betrug sie zum genannten Zeitpunkt das Dreifache der Sterblichkeit von deutschen Müttern, wiesen die Angaben 1995 noch doppelt so viele Sterbefälle von Müttern je 100 000 Lebendgeborene auf.

Für ausländische Frauen, die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkasse waren, kann die Aussage „dreifach erhöhte Müttersterblichkeit bei ausländischen Frauen“ nicht bestätigt werden. Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellte Dokumentation zur Mutterschaftsvorsorge weist Daten für 1993 für das Bundesgebiet wie folgt aus. Müttersterbefälle bei je 100 000 Lebendgeborene für deutsche Mütter = 5,4; für ausländische Mütter = 6,0.

Im übrigen werden Maßnahmen u. a. vom Öffentlichen Gesundheitsdienst angeboten, der nach der verfas-

sungsrechtlichen Situation in der Bundesrepublik Deutschland Angelegenheit der Länder ist. Der Öffentliche Gesundheitsdienst führt u. a. die Gesundheitsförderung für die werdende und junge Familie durch. Durch Maßnahmen zur besseren Annahme der Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft ist eine intensivere gesundheitliche Überwachung der werdenden Mütter gewährleistet, so daß davon auszugehen ist, daß hierdurch auch die Rate der Müttersterblichkeit gesenkt wird. Die Gesundheitsministerien der Länder und die Landesarbeitsgemeinschaften wurden über vorliegende Erfahrungen befragt. Hervorzuheben sind zwei Projekte:

- das Projekt „Prävention von Frühgeburten“ des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg, bei dem Frauen aus der Türkei und Spätaussiedlerinnen Informationen zum Thema Verhütung, Schwangerschaft, Geburt, Mutterschutz usw. in ihrer Muttersprache erhalten,
- das Angebot des Hauptgesundheitsamtes in Bremen, bei Risiko-Schwangeren oder Frauen mit psychosozialen Problemen dem individuellen Bedarf entsprechend Hausbesuche durch Hebammen oder Kinderkrankenschwestern durchzuführen.

Nach Mitteilung des Landes Sachsen-Anhalt hat sich im Kreis Halberstadt, wo sich die Zentrale Anlaufstelle für Asylbewerber befindet, das vorhandene System der Gesundheitsvorsorge bewährt. Die Vorsorge umfaßt ärztliche/gynäkologische Betreuung, Hilfen zur sprachlichen Verständigung und Weiterbetreuung der Frauen durch eine Hebamme in der Gemeinschaftsunterkunft nach der Entbindung im Krankenhaus.

In Nordrhein-Westfalen wurde im Rahmen des Landesprogramms zur Verringerung der Säuglingssterblichkeit „Gesundheit von Mutter und Kind“ in den Jahren 1989 bis 1995 ein sog. Hebammen-Modellprojekt durchgeführt, weil sich gezeigt hat, daß nach wie vor eine mangelnde Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und häufig auch eine ungesunde Lebensweise bei Schwangeren insbesondere in sozialen Brennpunkten und unter ausländischen Mitbürgerinnen besteht. Seit 1. Juli 1996 wird das Anliegen dieses Projektes in einem neuen „Familien-Hebammen-Modellprojekt“ in Kreisen und kreisfreien Städten mit besonders hoher Säuglingssterblichkeit weitergeführt. Durch aufsuchende Tätigkeit der Hebammen sollen Beratung und die Motivation zur Inanspruchnahme von Vorsorge-Untersuchungen für sonst schwer ansprechbare Schwangere und junge Mütter verbessert werden.

Das Modellprojekt ist zunächst auf 2 Jahre ausgerichtet und wird wissenschaftlich begleitet.

- 6.6 Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bislang als Konsequenz aus den folgenden Empfehlungen der Ausländerbeauftragten (Drucksache 12/6960) zur Gesundheitspolitik eingeleitet: „Beratungen sollten vor allem die ausländischen Frauen einbeziehen, um sie mit dem Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland und den bestehenden Möglichkeiten vertraut zu machen, falls nötig in deren Sprache.“ (Drucksache

12/6960, S. 24, Nr. 2.4), und welche Wirksamkeit haben die Maßnahmen bislang gezeigt?

Durch Entwicklung und Bereitstellung von Informationsbroschüren in unterschiedlichen Fremdsprachen, die u. a. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) herausgegeben wurden, hat die Bundesregierung dazu beigetragen, die gesundheitliche Aufklärung von ausländischen Frauen und Männern erheblich zu verbessern. Dabei richten sich die Maßnahmen und Medien der BZgA sowohl an die Allgemeinbevölkerung als auch an spezifische Zielgruppen. Übersetzungen liegen von Broschüren vor, die im engeren Sinne über einen Sachverhalt informieren, beispielsweise hält die BZgA im Bereich der chronischen Krankheiten die Broschüre „Ich habe Krebs“ in vier weiteren Sprachen zur Verfügung (griechisch, italienisch, serbokroatisch, türkisch). Die Broschüre „HIV-Übertragung und AIDS-Gefahr“ liegt in 7 Sprachen vor (türkisch, englisch, französisch, polnisch, russisch, rumänisch, tschechisch). Darüber hinaus hat die BZgA in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) eine zweisprachige AIDS-Aufklärungsbroschüre speziell für türkische Frauen herausgegeben: „Es gibt etwas, das Du vor Deiner Ehe wissen muß“. Für ausländische Jugendliche gibt es eine Kurzbroschüre zur Schwangerschaftsverhütung „Verhüten – aber wie“ in polnischer, russischer und rumänischer Sprache.

Auf Initiative verschiedener Bundesländer werden Modellprojekte, die die Zielgruppe „ausländische Frauen“ besonders berücksichtigen, durchgeführt und Materialien in mehreren Sprachen, die den Zugang von Migrantinnen und Migranten zum Gesundheitssystem erleichtern sollen, erstellt.

Zudem ist der Öffentliche Gesundheitsdienst auf Länderebene neben den bestehenden Beratungs- und Betreuungsangeboten in freier Trägerschaft sowie der Beratungs- und Betreuungseinrichtungen der Gemeinden und Gemeindeverbände in die Beratungen von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern eingebunden. Auch Kreisgesundheitsbehörden und kommunale Gesundheitsämter bieten Gesundheitshilfe für ausländische Frauen und Migrantinnen an.

Einzelne Krankenkassen haben für ausländische Versicherte gezielte Informationsveranstaltungen entwickelt. In diesen werden die klassischen Leistungen/Dienstleistungen der Krankenkasse erläutert. Da die türkischen Versicherten mit über 20 % die größte Gruppe der ausländischen Versicherten darstellen, findet die Informationsveranstaltung z. B. in türkisch-islamischen Vereinen statt. Hierbei konnten Berührungsängste mit dem Krankenkassensystem abgebaut werden.

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes müssen Dolmetscherleistungen von den Krankenkassen nicht bezahlt werden. Auch die Sozialämter sind oft nicht zur Finanzierung bereit. Bei medizinischer oder sozialer Indikation (z. B. bei psychischen Problemen, im Schwangerschaftskonflikt, bei HIV-Positiven oder zur Aufklärung hinsichtlich des Infektionsschutzes bei an-

steckungsfähigen Krankheiten oder Befunden) besteht an den Gesundheitsämtern im allgemeinen die Möglichkeit, einen Dolmetscher zu bestellen. Die Finanzierbarkeit ist dabei der begrenzende Faktor.

Um die Inanspruchnahme der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe zu erhöhen, haben Bund und Länder Modelle gefördert, mit dem Ziel, klare Angebotsstrukturen der Geburtsvorbereitung, Schwangerenbetreuung und Wochenpflege für Mutter und Kind zu schaffen. Diese Angebote kommen auch ausländischen Frauen zugute.

Im Rahmen der Schwangerenvorsorge steht krankenversicherten ausländischen Frauen das gleiche Angebot an Schwangerenvorsorge wie deutschen Frauen zu Verfügung. Bestandteil des Vorsorgeprogramms ist auch die Beratung der Schwangeren. Bei der Überarbeitung des Mutterpasses für die Neuauflage 1996 wurde der Raum für die Beratung und die dabei anzusprechenden Themen erweitert. Themen der Beratung sind u. a. Ernährung, Medikamente, Genußmittel, Risikoberatung und Geburtsvorbereitung.

Im Rahmen des Programms der Bundesregierung „Gesundheitsforschung 2000“ wird im Forschungsförderschwerpunkt „Fertilitätsstörungen“, Forschungverbund Berlin, ein Vorhaben, „Entwicklung und Evaluation von Beratungsmaterialien für sterile türkische Paare“ gefördert. Ziel dieses Vorhabens ist es, schriftliche und audiovisuelle Informationsmaterialien in türkischer Sprache zu den Themenbereichen Körperfunktionen, Sexualität, Sterilitätsdiagnostik und -therapie sowie Methoden der künstlichen Befruchtung herzustellen, zu evaluieren und ggf. weiter zu verbessern.

Wirksamkeitsstudien liegen nicht vor.

Auf die Antworten zu den Fragen 6.3 und 6.5 wird verwiesen.

- 6.7 Welche Maßnahmen hinsichtlich medizinischer, sozialer und strukturell-kultureller Versorgung hat die Bundesregierung eingeleitet, um solchen Faktoren wie Diskriminierung, rechtliche Unsicherheit und die Angst vor Gewalttätigkeiten, die sich besonders für Frauen „negativ auf die Gesundheit auswirken“ können (siehe Bericht der Ausländerbeauftragten von 1993 [Drucksache 12/6960]) entgegenzuwirken und entsprechende Ursachen zu beheben?

Auf die Antworten zu den Fragen 6.1, 6.4, 6.5 und 6.6 wird verwiesen.

Im übrigen ist, was die Beseitigung von rechtlichen Unsicherheiten für die in der Bundesrepublik Deutschland lebenden ausländischen Frauen betrifft, auf folgendes hinzuweisen:

Die in der Bundesrepublik Deutschland rechtmäßig auf Dauer lebenden Ausländer genießen in vielen Bereichen die völlige oder weitgehende Gleichstellung mit Deutschen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der sozialen Sicherung.

Eine deutliche Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen für Ausländer vor allem im Hinblick auf ihren Aufenthaltsstatus und die Förderung der Integration ist durch das am 1. Januar 1991 in Kraft getretene neue Ausländergesetz bewirkt worden. Das neue Ausländergesetz räumt den Betroffenen in vielen Bereichen erstmals klar umschriebene gesetzliche Ansprüche ein. Dies gilt z. B.

- bei der unbefristeten Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis und bei der Erteilung der Aufenthaltsberechtigung,
- bei dem Nachzug von Ehegatten und Kindern,
- bei der Begründung eines eigenständigen Aufenthaltsrechts für nachgezogene Ehegatten und Kinder,
- bei dem Recht auf Wiederkehr für Jugendliche,
- bei der Einbürgerung hier geborener und aufgewachsener Ausländer sowie bei den Ausländern, die sich 15 Jahre oder länger in der Bundesrepublik Deutschland rechtmäßig aufhalten.

Dabei ist vielfach der früher bestehende Ermessensspielraum der Ausländerbehörden bei der Ausführung des Gesetzes eingeschränkt worden. Die Gewährung von Rechtsansprüchen bei der Erfüllung klar bestimmter Tatbestandsvoraussetzungen schafft für die Betroffenen Rechtssicherheit und gibt ihnen eine berechenbare Grundlage für ihre weitere Lebensplanung.

Darüber hinaus hat der Deutsche Bundestag am 14. November 1996 das Gesetz zur Änderung straf-, ausländer- und asylverfahrensrechtlicher Vorschriften mit Verbesserungen im Bereich des Aufenthaltsrechts für Ausländer beschlossen. Darüber muß allerdings noch der Vermittlungsausschuß entscheiden. Es handelt sich dabei um die aufenthaltsrechtliche Absicherung der Integration der rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Ausländer. Der durch dieses Gesetz neu gefaßte § 19 des Ausländergesetzes betrifft den Fall der ausländischen Ehefrau, die ihren gewalttätigen Ehemann verlassen hat. Der Anspruch auf ein eigenständiges Aufenthaltsrecht setzt nach dem neuen Gesetz nur noch eine Mindestdauer von 1 Jahr (statt 3 Jahren) für die eheliche Lebensgemeinschaft voraus.

Die Aufenthaltsberechtigung setzt derzeit u. a. voraus, daß mindestens 60 Monate lang Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung geleistet worden sind. Dies soll künftig nicht mehr für junge Ausländer gelten, die in der Ausbildung stehen. Denn junge Menschen, die sich um ihre berufliche Qualifikation bemühen, sollen keine Nachteile bei der Verfestigung ihres Aufenthalts haben.

Künftig soll eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis oder Aufenthaltsberechtigung eines Ausländers, der sich als Arbeitnehmer oder als Selbständiger mindestens 15 Jahre rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland aufgehalten hat, nicht mehr erlöschen, wenn er in seine Heimat zurückkehrt. Damit soll einem Anliegen der älteren Generation entsprochen werden. Wer nach Beendigung des Erwerbslebens in die Hei-

mat zurückgekehrt ist, um dort seinen Lebensabend zu verbringen, kann künftig auch zu längeren Aufenthalten in die Bundesrepublik Deutschland zurückkommen, wenn sein Lebensunterhalt aus eigener Kraft und ein Krankenversicherungsschutz gewährleistet sind. Dies gilt auch für die Ehegatten der genannten Personen.

Gleichwohl bestehen in der subjektiven Einschätzung der ausländischen Bevölkerung weiterhin Unsicherheiten z. B. bzgl. des weiteren Aufenthalts in Deutschland. Bei der Repräsentativuntersuchung 1995, durchgeführt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, nannten 22,9 % der Befragten „Unsicherheit, ob sie in Deutschland bleiben können“; 32,1 % waren unsicher, „ob Familienangehörige in Deutschland bleiben können“.

7. Frauen mit Behinderungen

- 7.1 In welchem Umfang findet die gesundheitliche Problematik der Frauen mit Behinderung ihren Niederschlag im Rahmen der Gesamtproblematik frauenspezifischer Gesundheitspolitik?

In der Gesundheitspolitik finden frauenspezifische Belange in angemessener Weise Berücksichtigung. Maßnahmen, die auf die spezielle Situation von Frauen mit Behinderung eingehen, werden in den folgenden Antworten zu Kapitel 7 angeführt.

- 7.2 Welche speziellen Beratungs- und Hilfsangebote gibt es für die gesundheitliche Problematik behinderter Frauen, und in welchem Maße unterstützt die Bundesregierung diese Angebote?

Bereits der Dritte Bericht der Bundesregierung von 1994 zur Lage der Behinderten stellte heraus, daß Frauen mit Behinderung angesichts ihrer besonderen Benachteiligung für eine bessere gesellschaftliche Integration mehr als bisher kompetente Hilfe und Beratung benötigen.

Da dieser besondere Beratungsbedarf behinderter Frauen bisher weder von Frauenberatungsstellen noch von Einrichtungen der Behindertenpolitik abgedeckt wird, fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen eines dreijährigen Projekts die Erarbeitung und Erprobung curricularer Elemente für die Qualifizierung behinderter Beraterinnen und die Erprobung frauenspezifischer Beratung in ausgewählten Einrichtungen der Frauen- und Behindertenpolitik. Das Ergebnis soll in Form eines Leitfadens und mit Hilfe der erarbeiteten Beratungsmaterialien sowohl Gleichstellungsstellen und Frauenprojekten als auch Behindertenverbänden zur Verfügung gestellt werden. Diese spezielle Beratungsmöglichkeit für behinderte Frauen wird selbstverständlich auch deren gesundheitliche Problematik mit einbeziehen.

Die Bundesregierung fördert darüber hinaus Selbsthilfeorganisationen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit

auch frauenspezifische Angebote machen (z. B. BAG Hilfe für Behinderte, BV Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V., Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland e.V., BAG der Clubs Behinderter und ihrer Freunde, Deutscher Gehörlosen Bund).

- 7.3 Welche Untersuchungen geben Auskunft über das Gesundheits- und Krankheitsempfinden von Frauen mit Behinderungen?

Im Rahmen von einigen Forschungsverbänden „Public Health“ des Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie aus dem Programm der Bundesregierung „Gesundheitsforschung 2000“ sind mehrere Projekte über die Lebenssituation und das Gesundheitsverhalten von psychisch und körperlich behinderten Frauen durchgeführt worden oder werden noch durchgeführt (s. Antwort auf Frage 9.6).

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat 1996 eine wissenschaftliche Untersuchung zur „Lebenssituation behinderter Frauen“ vergeben mit dem Ziel, die spezifischen Probleme behinderter Frauen zu erfassen. Dazu gehört auch die Frage nach dem Gesundheits- und Krankheitsempfinden von Frauen mit Behinderungen.

- 7.4 Kann die Bundesregierung Auskunft geben über den Umfang von Sterilisationen bei minderjährigen geistig behinderten Mädchen und geistig behinderten jungen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland, und welche Entscheidungsgründe lagen für einen Eingriff vor?

Nach § 1631 c des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist eine Sterilisation Minderjähriger unzulässig. Erkenntnisse, daß dieses Verbot nicht beachtet wird, liegen der Bundesregierung nicht vor. Zur Sterilisation Volljähriger gibt der Bericht der Bundesregierung über die praktischen Auswirkungen der im Betreuungsgesetz enthaltenen Regelungen zur Sterilisation (Drucksache 13/3822) weitere Auskunft.

- 7.5 Welche Auskünfte kann die Bundesregierung über das Vorkommen sexueller Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen geben, und welche Maßnahmen zum Schutz und zur Sicherheit der Frauen wurden bislang ergriffen und unterstützt?

Die bereits erwähnte Untersuchung zur „Lebenssituation behinderter Frauen“ (s. Antwort auf Frage 7.3) wird sich schwerpunktmäßig der Frage nach der sexuellen Ausbeutung und Gewalt gegen behinderte Frauen widmen und Vorschläge erarbeiten, wie behinderte Frauen sich besser schützen können. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beabsichtigt, das Thema „Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen“ entsprechend den Ergebnissen dieser Untersuchung in Zukunft verstärkt aufzugreifen.

Im Rahmen der Kampagne „Gewalt gegen Frauen hat viele Gesichter“ hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Vielzahl von regionalen Aktionen unterstützt, die jeweils spezielle Fragestellungen vertieft behandelten. So organisierte in Suhl das Frauenzentrum in Kooperation mit dem Sühler Behindertenverband ein Weiterbildungsseminar zum Thema „Gewalt gegen behinderte Frauen“. Maßnahmen zum Schutz und zur Sicherheit behinderter Frauen sind Aufgabe der Länder und Kommunen, wo z. T. spezielle Selbstverteidigungskurse angeboten werden.

Im Zusammenhang mit der Vorbereitung einer gesetzlichen Regelung zur Verbesserung des strafrechtlichen Schutzes, insbesondere von Frauen vor sexuellen Übergriffen in psychotherapeutischen und vergleichbaren Behandlungs- und Betreuungsverhältnissen hat die Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte in Zusammenarbeit und mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit im Oktober 1996 eine Fachtagung durchgeführt. Im Vordergrund hat dabei die Frage gestanden, inwieweit – angesichts der besonderen Lebenssituation dieses Personenkreises – eine Verbesserung des strafrechtlichen Schutzes ihrer sexuellen Selbstbestimmung angezeigt ist. Die Bundesregierung wird hierzu einen eigenen Gesetzentwurf vorlegen. Bundesministerium für Justiz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit halten eine Erweiterung des strafrechtlichen Schutzes über die geltenden Vorschriften des Strafgesetzbuches hinaus für geboten. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat zum Thema „Sexuelle Übergriffe in der Therapie“ ein Forschungsvorhaben durchführen lassen, das entsprechende Vorschläge für eine rechtliche Regelung enthält.

- 7.6 Welche speziellen Projekte und Hilfsmaßnahmen können Frauen mit Behinderungen zur Erfüllung ihres Kinderwunsches bzw. als Begleitung bei Schwangerschaft und Kindererziehung in Anspruch nehmen?

Die medizinischen Maßnahmen müssen sich bei behinderten wie bei nicht-behinderten Frauen an den jeweils vorliegenden Gegebenheiten orientieren. Grundsätzlich stehen Frauen mit Behinderung medizinische Maßnahmen zur Erfüllung ihres Kinderwunsches und Geburtshilfe in gleicher Weise wie nicht-behinderten Frauen zur Verfügung.

Frauen mit Behinderungen haben gemäß § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes einen Rechtsanspruch auf Beratung in allen Fragen der Familienplanung und in allen eine Schwangerschaft unmittelbar und mittelbar berührenden Belangen. Hierzu gehören auch die Unterstützung bei der Geltendmachung von Leistungen und bei der Inanspruchnahme, die die Betreuung und Förderung des Kindes, das Wohn- und Lebensumfeld und die Integration betreffen. Vielfach stehen behinderten Frauen und ihren Familien in der Gemeinde auch Selbsthilfe- und Projektgruppen zum

Erfahrungsaustausch und zur konkreten Hilfe zur Verfügung.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat von 1993 bis 1995 eine bundesweite Untersuchung zum Thema „Geistigbehinderte Eltern mit Kindern – Lebenssituation und Lebensperspektive von Eltern und Kindern“ von der Universität Bremen durchführen lassen. Mit dem Forschungsbericht, der Ende 1996 in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit erschienen ist, liegen damit erstmals verlässliche Informationen über die Lebenssituationen dieses Personenkreises und deren Unterstützungsbedarf vor. Der Bericht beschreibt u. a. verschiedene Konzepte für die Begleitung von Elternschaften geistigbehinderter Menschen sowie Empfehlungen für die Entwicklung erforderlicher Hilfeangebote.

8. Frauen in der Medizin

8.1 Welchen Stellenwert hat eine frauenspezifische Epidemiologie, Diagnose und Therapie in der Mediziner- und Medizinerinnenausbildung?

Zum Bestandteil der medizinischen Ausbildung gehören die Epidemiologie, Diagnose und Therapie von Krankheiten. Die Ausgestaltung der Lehre im einzelnen ist Sache der Hochschule und der/des jeweiligen Hochschullehrerin/Hochschullehrers unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlich garantierten Lehrfreiheit. Seitens des Bundes besteht lediglich die Möglichkeit, durch die Ausbildungszieldefinition und die Festlegung von Unterrichtsveranstaltungen und Prüfungsinhalten auf den Inhalt der Ausbildung Einfluß zu nehmen. Die Einzelheiten dieser Regelungen, soweit sie sich auf die angesprochenen Themen beziehen, sind im Rahmen der Antwort auf die Frage 8.3 abgehandelt.

8.2 Welche Programme zur Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses gibt es in dem Bereich Frauengesundheit?

Fördermöglichkeiten für den weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchs bestehen im Rahmen des von Bund und Ländern gemeinsam geförderten Hochschulsonderprogramms III. Bund und Länder gehen davon aus, daß im Rahmen dieses neuen Sonderprogramms 20 % der Gesamtsumme zur Förderung von Frauen eingesetzt werden, d. h. insgesamt 720 Mio. DM. Diese Mittel umfassen die über die Wissenschafts- und Forschungsförderorganisationen vergebenen Stipendien (einschl. Kinderbetreuungszuschlägen) sowie die über die Länder durchgeführten Fördermaßnahmen und Stellenbesetzungen. Gegenüber dem bisherigen Hochschulsonderprogramm II soll ein zusätzlicher Betrag von 70 Mio. DM für die Habilitationsförderung von Frauen durch Schaffung von Stellen an den Hochschulen durch die Länder eingesetzt werden. Die Förderung ist nicht auf besondere Fächer beschränkt, sondern erstreckt sich auf alle Fakultäten/

Fachbereiche, um dadurch die Förderung von Frauen besonders zu stärken. Die Nachwuchsförderung aus dem Hochschulsonderprogramm III umfaßt auch die Bereiche Medizin/Frauengesundheitsforschung.

8.3 Welche Kenntnisse werden nach Erkenntnissen der Bundesregierung Ärzten und Ärztinnen im Rahmen ihrer ärztlichen Ausbildung über psychosoziale Einflußfaktoren auf Frauengesundheit und Frauenkrankheit vermittelt?

Die Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) bietet ausreichenden Raum für die Ausbildung von Kenntnissen über psychosoziale Einflußfaktoren auf die Frauengesundheit.

Bereits die Ausbildungszieldefinition in § 1 ÄAppO definiert, daß die Ausbildung die Berücksichtigung der psychischen und sozialen Lage des Patienten und der Entwicklungen in Wissenschaft, Umwelt und Gesellschaft vermitteln soll. Prüfungsstoff für die Ärztliche Vorprüfung sind u. a. die Grundlagen der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie, Ethologie, Psychophysiologie. Gegenstand dieses Prüfungsstoffs können Wahrnehmungen, Lernen, Emotion und Motivation, Grundlagen psychologischer Methodik, Persönlichkeitsentwicklung, Psychologische Grundlagen der Entstehung und Verarbeitung von Krankheit, soziale Schichtung, Bevölkerungsstruktur, Rollenbeziehungen und -konflikte in den verschiedenen altersspezifischen Gruppenkonstellationen sein (§ 22, Anlage 10 ÄAppO).

Für die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sind u. a. Praktika in „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ verpflichtend (Anlage 3 ÄAppO). Gegenstand des Zweiten und Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung sind die Stoffgebiete „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ sowie Fragen zu Einflüssen von Gesellschaft, Familie und Beruf auf die Gesundheit. Prüfungsinhalte für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sind u. a. „Geschlechtsspezifische Entwicklung der Frau und ihre Störungen“, „Psychosomatische Krankheiten und funktionelle Störungen“, „Sozialmedizinische Probleme der Krankheitsentstehung und -verhütung“, „Familienplanung“, „Schwangerschaft“, „Beratung und Vorsorge in der Schwangerschaft“, „Risikoschwangerschaft“, „Schwangerschaftsabbruch“, „Geburt und Risikogeburt“, „Sexuelle Verhaltens- und Erlebnisstörungen“, „Wochenbettkomplikationen“, „Gynäkologische Notfälle“, „Fertilitätsstörungen“ (§§ 28,33 und Anlage 16 ÄAppO).

8.4 Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Frauen benachteiligende oder diskriminierende Darstellungen in medizinischen Lehrbüchern bzw. in der ärztlichen Ausbildung allgemein?

Die Bundesregierung hat keine Erkenntnisse hinsichtlich Frauen benachteiligende oder diskriminierende Darstellungen in medizinischen Lehrbüchern bzw. in der ärztlichen Ausbildung.

- 8.5 Wie viele Professorenstellen sind derzeit an Medizinischen Fakultäten in der Bundesrepublik Deutschland mit Frauen besetzt
- in Teilzeit und
 - in Vollzeitbeschäftigung?

An den medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland sind in der Humanmedizin 168 Professorenstellen und in der Veterinärmedizin 16 Professorenstellen mit Frauen besetzt (Zahlen des Statistischen Bundesamtes, Referenzjahr 1994). Die Gesamtzahl von Professoren in der Humanmedizin betrug im gleichen Jahr 3 069 Stellen und in der Veterinärmedizin 193 Stellen (Gesamtzahlen für Universitäten und Gesamthochschulen). Daraus ergibt sich ein Frauenanteil an den Professuren der Humanmedizin in Höhe von 5,5 % und an den Professuren in der Veterinärmedizin von 8,3 %.

Statistische Angaben über Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigung dieser Professorinnen liegen nicht vor.

- 8.6 Wie hoch ist der Anteil von Frauen in den unterschiedlichen spezifischen Fachrichtungen innerhalb der Medizinischen Fakultäten?

Soweit das wissenschaftliche Personal an medizinischen Fakultäten betroffen ist, waren im Referenzjahr 1994 (Zahlen des Statistischen Bundesamtes, letzte aggregierte Daten aus 1994) in der Humanmedizin (Universitäten und Gesamthochschulen) insgesamt 12 916 Frauen und in der Veterinärmedizin (nur Universitäten) insgesamt 524 Frauen beschäftigt. Der Frauenanteil am wissenschaftlichen Personal belief sich im Referenzjahr in der Humanmedizin auf 30,2 % und in der Veterinärmedizin auf 36,4 %. Die Angaben umfassen haupt- und nebenberufliches Personal. Eine Aufschlüsselung nach unterschiedlichen Fachrichtungen (für das Jahr 1993) befindet sich in Anlage 1 zu Frage 8.6. Eine Aufschlüsselung der auf weibliche Professoren an Medizinischen Fakultäten entfallenden Stellen für das Jahr 1993 nach spezifischen Fachrichtungen (für das Jahr 1993) befindet sich in Anlage 2 zu Frage 8.6.

- 8.7 Wie hoch ist der Frauenanteil, differenziert nach Facharztgruppen, der
- an Kliniken praktizierenden Ärztinnen und
 - praktischen Ärztinnen?

Zur Beantwortung wird auf die als Anlage 1 beigefügte Tabelle verwiesen. Hier ist die Anzahl und der Anteil

der berufstätigen Ärztinnen im ambulanten und stationären Bereich getrennt nach Facharztgruppen im einzelnen ausgewiesen. Ergänzend wird darauf hingewiesen, daß nach Auskunft der Bundeszahnärztekammer der Anteil der berufstätigen Zahnärztinnen 1995 bei 34,4 % (Gesamtzahl: 60 616, davon Frauen 20 878) lag. In Kliniken waren insgesamt 1 944 Zahnärzte und Zahnärztinnen tätig, davon waren 35,4 % Frauen; im niedergelassenen Bereich waren insgesamt 58 672 Zahnärzte und Zahnärztinnen tätig, davon 34,4 % Frauen.

Von den im Jahr 1994 in den Krankenhäusern hauptamtlich tätigen Ärzten waren rd. 31 % weiblich, davon waren 2,5 % in leitender Funktion und 12,7 % als Oberärzte tätig. Die Aufteilung nach den einzelnen Fachgebieten ist der Fachserie 12, Reihe 6.1 „Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“ des Statistischen Bundesamtes zu entnehmen.

Der Anteil der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Frauen ist in den einzelnen Facharztgruppen höchst unterschiedlich. Er reicht von 48 % bei den Kinderärzten bis zu 4,9 % bei den Urologen. Weitere Einzelheiten ergeben sich aus der Anlage 2.

- 8.8 In welchem Maße finden Mutterschutz und z. B. Teilzeitangebote für Medizinstudentinnen im Praktischen Jahr ihren Niederschlag in der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte, und hält die Bundesregierung es für notwendig, derartige frauenspezifische Maßgaben zu etablieren bzw. auszuweiten, um Frauen die Approbation, bzw. die Facharztausbildung zu erleichtern?

Dem Praktischen Jahr liegt ein auf dem studentischen Status beruhendes Ausbildungsverhältnis zugrunde. Die Einführung eines Teilzeitstudiums hätte demnach auch Auswirkungen auf die Regelstudienzeit und die BAföG-Regelungen.

§ 3 Abs. 4 Satz 4 ÄAppO fordert für das Praktische Jahr, daß die Studierenden in der Regel ganztätig an allen Wochenarbeitstagen im Krankenhaus anwesend sein sollen. Es wird allgemein davon ausgegangen, daß die im Praktischen Jahr geforderte praktische Ausbildung am Krankenbett nur bei einer möglichst vollen Integration in den Stationsdienst möglich ist. Eine Halbtagsbeschäftigung bei entsprechender Verlängerung des Praktischen Jahres ist nicht vorgesehen. Eine solche würde auch der beabsichtigten Integration in den Stationsdienst bei normaler ärztlicher Dienstzeit entgegenstehen. Nach § 3 Abs. 3 ÄAppO werden Fehlzeiten bis zu 20 Ausbildungstagen angerechnet. Darüber hinausgehende Fehlzeiten sind nachzuholen. Die Länder haben sich bereit erklärt, dafür Sorge zu tragen, daß einvernehmliche Regelungen für die Nachholung solcher Fehlzeiten – insbesondere für Fehlzeiten durch Mutterschaft und Kindererziehung – gefunden werden.

Hinsichtlich der Regelungen für die Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin hat der Bund keine Regelungskompetenz. Diese liegt allein bei den Ländern.

- 8.9 Wie hoch ist der Anteil der Frauen in der Krankenpflege insgesamt, und wie hoch ist der Anteil von Frauen in Positionen wie Stationsleitung, Pflegedienst- bzw. Hausleitung?

Hierzu liegen Daten des Mikrozensus 1993 vor, die allerdings mit Unsicherheitsfaktoren verbunden sind, weil erstmalig eine aktualisierte Berufsklassifizierung zugrunde gelegt wurde. Danach waren in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt rd. 841 000 Krankenpflegekräfte (Krankenpflegefachkräfte und Helfer in der Krankenpflege) beschäftigt. Hiervon entfielen 707 000 Beschäftigte auf die Krankenpflegefachkräfte (Berufskennziffer 853) und 135 000 Beschäftigte auf die Helfer in der Krankenpflege (Berufskennziffer 854). Der Anteil der Frauen an allen Krankenpflegekräften insgesamt betrug nach dem Mikrozensus 1993 82,6 %. Bei den Krankenpflegefachkräften betrug der Anteil der Frauen 86,5 % und bei den Helfern in der Krankenpflege 62,1 %.

- 8.10 Wie hoch ist der Anteil von Frauen in den Altenpflegeberufen, und wie viele Frauen haben dort Leitungspositionen inne?

Nach den Daten des Mikrozensus 1993 waren in der Bundesrepublik Deutschland rd. 195 000 Altenpflegekräfte (Berufskennziffer 864) beschäftigt. Der Anteil der Frauen betrug hier 86,2 %. Hinsichtlich des Anteils der abhängig beschäftigten Frauen in der Leitungsebene ist davon auszugehen, daß dieser Anteil unter dem Anteil in der Krankenpflege liegen dürfte. Gesicherte Zahlen liegen hier aus dem Mikrozensus nicht vor, da aufgrund der relativ geringen 1 %-Stichprobe die Besetzung der einzelnen Datenzellen so klein ist, daß die Ergebnisse sehr stark dem Zufall unterliegen.

Angaben darüber, wie viele Frauen in den Altenpflegeberufen Leitungspositionen innehaben, liegen nicht vor.

- 8.11 Zu welchen Ergebnissen kommen Studien, die die gesundheitlichen Folgen der Nacht- und Schichtarbeit bei Frauen untersucht haben, und welchen politischen Handlungsbedarf leitet die Bundesregierung aus diesen Ergebnissen ab?

Mit den gesundheitlichen Folgen der Nacht- und Schichtarbeit haben sich eine Reihe von Studien auseinandergesetzt (z. B. Prof. Dr. Ruthenfranz u. a., „Nachtarbeit für Frauen“, Stuttgart 1987; vgl. im übrigen die Antwort zu Frage 3.1). Unbestritten ist danach, daß Nachtarbeit zu Störungen im Befinden der Beschäftigten führen kann. Diese Störungen treten bei Frauen und Männern auf. Es gibt keine gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse darüber, daß Nachtarbeit für Frauen gesundheitsgefährdender ist als für Männer oder daß Nachtarbeit für Arbeiterinnen gesundheitsgefährdender ist als für Angestellte und Beamtinnen.

Folgerichtig hat das Bundesverfassungsgericht am 28. Januar 1992 das Nachtarbeitsverbot des § 19 der Arbeitszeitordnung für Arbeiterinnen für unvereinbar mit Artikel 3 Abs. 1 und 3 des Grundgesetzes erklärt und den Gesetzgeber verpflichtet, den Schutz der Beschäftigten vor den schädlichen Folgen der Nachtarbeit neu zu regeln.

Mit den Schutzvorschriften für Beschäftigte, die in erheblichem Umfang nachts arbeiten, in dem zum 1. Juli 1994 in Kraft getretenen Arbeitszeitgesetz hat die Bundesregierung den Auftrag des Bundesverfassungsgerichts erfüllt. Gemäß § 6 Abs. 1 des Arbeitszeitgesetzes ist insbesondere die Arbeitszeit der Nacht- und Schichtarbeiter nach den gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen über die menschengerechte Gestaltung der Arbeit festzulegen. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat inzwischen eine Bilanzierung der arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse zur Nacht- und Schichtarbeit in Form einer Broschüre vorgelegt. Diese Broschüre wird Interessenten kostenlos zur Verfügung gestellt. In Kürze wird die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin eine weitere Broschüre veröffentlichen, die sich mit der Einführung neuer Schichtmodelle auseinandersetzt.

9. Frauen in der Forschung

- 9.1 Welche Angaben kann die Bundesregierung über die Zahl der Frauen machen, die in medizinischen, epidemiologischen, gesundheitswissenschaftlichen, psychologischen und soziologischen Forschungsprojekten an exponierter Stelle (Leitung/Stellvertretung) tätig sind, und wie hoch ist die Zahl der Frauen, die an entsprechenden Forschungsprojekten speziell zu Frauengesundheit arbeiten?

Es gibt keinen Gesamtüberblick über insgesamt laufende Forschungsprojekte in der Bundesrepublik Deutschland. Die Frage vereint darüber hinaus drei unterschiedliche, nicht voneinander abgrenzbare Auswahlkriterien für Projekte: Es wird nach Projekten unter dem Kriterium „Wissenschaftsdisziplin“ (Medizin, Psychologie, Soziologie), dem Kriterium „disziplinübergreifende Gegenstandsbestimmung“ (Gesundheitswissenschaft) und dem Kriterium „methodischer Zugang“ (Epidemiologie) gefragt.

Würde man die Frage in abgrenzbarer Perspektive nur auf geförderte Projekte des Bundes beziehen, so steht einer kurzfristigen Beantwortung entgegen, daß statistische Angaben zum Projektleiter in den meisten Programmen fehlen. Zu berücksichtigen ist auch, daß der nominelle Projektleiter nicht mit dem hauptverantwortlichen Wissenschaftler bzw. Wissenschaftlerin übereinstimmen muß. Die Beantwortung selbst der eingeschränkten und präzisierten Frage würde umfangreiche Auswertungen voraussetzen, deren Aussagekraft wegen der Problematik „formeller versus materieller Projektleiterschaft“ höchst zweifelhaft wäre.

Bei den von Bund und Ländern gemeinsam geförderten außeruniversitären medizinischen Forschungseinrich-

tungen (Großforschungseinrichtungen und Einrichtungen der Blauen Liste) sind gegenwärtig 20 Frauen als Projektleiterinnen bzw. Stellvertretende Projektleiterinnen beschäftigt.

- 9.2 Was ist der Bundesregierung darüber bekannt, ob Frauen in ausreichendem Maße als Gutachterinnen im Rahmen von Forschungsförderungen benannt werden?

Die Beratung durch Gutachterinnen und Gutachter im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) und seiner Projektträger erfolgt für die verschiedenen Fachprogramme und -projekte, je nach Bedarf, durch längerfristige Ausschüsse, Ad-hoc Arbeitsgruppen und durch Einzelberatung. Gegenstand der jährlich veröffentlichten Beratungsübersicht des BMBF sind entsprechend den Beratungsgrundsätzen jedoch nur längerfristig eingesetzte Gremien, so daß die statistischen Aussagen zum Frauenanteil demzufolge auf diesen Ausschnitt des Beratungswesens beschränkt sind. Dieselben Voraussetzungen gelten auch für die Beratungsübersicht der Projektträger des BMBF. Eine Übersicht über die genannten Gremien zeigen:

Tabelle 1: Frauenanteil in den Beratungsgremien des BMBF (bis 1994 nur BMFT)
– absolut und prozentual

Jahr	Gremienmitglieder		
	Gesamt	davon Frauen	prozentual
1991	287	12	4,20
1992	289	8	2,80
1993	396	24	6,10
1994	247	5	2,00
1995	319	27	8,50

Tabelle 2: Frauenanteil in den Beratungsgremien der Projektträger des BMBF
– absolut und prozentual

Jahr	Gremienmitglieder		
	Gesamt	davon Frauen	prozentual
1991	500	15	3,00
1992	556	19	3,40
1993	619	22	3,60
1994	676	23	3,40
1995	685	25	3,70

Für eine Längsschnittbetrachtung ist zusätzlich zu berücksichtigen, daß der Beratungsbedarf insbesondere in den technischen Bereichen (z. B. Kerntechnik, Luftfahrtforschung), in denen weibliche Experten noch unterrepräsentiert sind, zugenommen hat, in anderen Bereichen dagegen zurückgegangen ist. So ist bei den BMBF-Gremien der Rückgang des Frauenanteils im Jahr 1994 beispielsweise durch die Beendigung einiger medizinischer Beratungsgremien, in denen der Frauenanteil traditionell sehr hoch ist, zu erklären.

Die Zusammensetzung der Beratungsgremien spiegelt im naturwissenschaftlich-technischen Bereich die bereits in unterschiedlichen Untersuchungen zum Studien- und Berufswahlverhalten junger Menschen festgestellte Unterrepräsentanz von Frauen in einer Reihe von naturwissenschaftlich-technischen Fächern wider. Die Bundesregierung ist bemüht, den Frauenanteil sowie auch den Anteil jüngerer Expertinnen in einschlägigen Beratungsgremien des BMBF systematisch zu erhöhen.

- 9.3 Welche frauengesundheitsspezifischen Forschungsprojekte laufen derzeit unter der Leitung von Forscherinnen, und in welchem Umfang sind diese Forschungsprojekte langfristig finanziell abgesichert?

Wie bereits unter Frage 9.1 ausgeführt, existiert kein Gesamtüberblick über die laufenden Forschungsprojekte in der Bundesrepublik Deutschland. Geschlechtsspezifisch aggregierte Daten zu Projektleitungen stehen ebenfalls für die meisten Forschungs- und Entwicklungsprogramme nicht zur Verfügung.

Aus allgemeinen Ressortforschungsmitteln des Bundesministeriums für Gesundheit laufen derzeit keine frauenspezifischen Forschungsprojekte. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat eine Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland in Auftrag gegeben (vgl. Antwort auf Frage 1.1).

Im speziellen Bereich der Forschung zum Drogenkonsum wird an der Universität Dortmund von Frau Prof. Dr. Alexa Franke derzeit das Forschungsvorhaben „Frauen und Gesundheit – Sexualität und Partnerschaft alkohol-, medikamenten- und drogenabhängiger Frauen“ durchgeführt. Dieses Vorhaben untersucht frauenspezifische Aspekte der Suchtentstehung und -entwicklung mit dem Ziel, Hinweise für effektive Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu verbinden. Das Vorhaben wurde vom Bundesministerium für Gesundheit 1995 und 1996 mit 930 000 DM gefördert.

Im Rahmen des Europäischen BIOMED II-Projekts „Alkoholkonsum und Alkoholprobleme bei Frauen aus europäischen Ländern“ wird der deutsche Teil der Studie an der Freien Universität Berlin unter Leitung der Forscherin Frau Prof. Dr. Guggenmoos-Holzmann durchgeführt. In diesem Forschungsprojekt sollen Trends und Unterschiede im Trinkverhalten und auch bei Alkoholproblemen bei Frauen in 8 europäischen Ländern systematisch untersucht werden. Im Zeitraum 1996 bis 1999 werden vom Bundesministerium für Gesundheit rd. 300 000 DM für diese Forschungsvorhaben bereitgestellt.

Im EU-Programm „Europa gegen AIDS“ wird eine deutsche Teilstudie „Risikoverhalten bei i. v.-drogenabhängigen Frauen“ erstellt. Das Forschungsvorhaben wird an der Freien Universität Berlin unter Leitung von Frau Prof. Dr. Guggenmoos-Holzmann mit dem Ziel geführt, Informationen über Risikofaktoren im Ver-

halten HIV-gefährdeter Frauen zu erhalten. Das Projekt wird mit 38 000 DM aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert.

Die bis Ende 1996 als Modellmaßnahme durchgeführte, jetzt als Teil des erweiterten „Umbrella-Projekts“ der Europäischen Kommission fortgesetzte „Streetwork zur HIV/AIDS-Prävention im grenzüberschreitenden Raum zu Polen und Tschechien“ leistet einen frauengesundheitsspezifischen Forschungsbeitrag mit unmittelbarem Praxisbezug. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert im Rahmen dieses Präventionsprojekts die wissenschaftliche Begleitung seit 1995. Träger ist das Sozialpädagogische Institut, Bereich Forschung, Berlin, unter der fachlichen Leitung von zwei Diplom-Soziologinnen.

Auf die Antwort auf Frage 1.1 wird verwiesen.

- 9.4 Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um dem Gleichstellungsgebot des Artikels 3 GG folgend für eine paritätische Besetzung der wissenschaftlichen Gremien, Fakultäten und Gutachterausschüsse Sorge zu tragen?

Für Gremien im Einflußbereich des Bundes gilt seit September 1994 das Bundesgremienbesetzungsgesetz (Artikel 11 des Zweiten Gleichberechtigungsgesetzes). Dieses Gesetz enthält konkrete Verfahrensvorschriften für die Besetzung von über 1 000 Gremien im Einflußbereich des Bundes, und es verpflichtet den Bund und die anderen am Besetzungsverfahren beteiligten Stellen, eine gleichberechtigte Teilnahme von Frauen und Männern in diesen Gremien zu schaffen.

Auch der gemeinsam von Bund und Ländern erarbeitete Bericht der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung zum Thema „Förderung von Frauen im Bereich der Wissenschaft“ vom 25. März 1996 enthält diesbezüglich eine Reihe von Folgerungen.

So heißt es in diesem Bericht in Kapitel C, I. „Förderung von Wissenschaftlerinnen durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)“:

„Bund und Länder werden sich dafür einsetzen, verstärkt Frauen in die Entscheidungsgremien der DFG zu entsenden, um eine gleichberechtigte Mitwirkung von Frauen zu ermöglichen.

Die Fachverbände sollen qualifizierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gleichermaßen als DFG-Fachgutachter benennen“.

Im Teil C, IV. „Beteiligung von Frauen an EU-Bildungsprogrammen“ heißt es: „Bund und Länder werden sich dafür einsetzen, daß die zuständigen Gremien, die über die Mittelvergabe aus den einzelnen EU-Programmen entscheiden, verstärkt mit Frauen besetzt werden. Die Bundesregierung ist bemüht, den Frauenanteil in wissenschaftlichen Beratungs- und Gutachtergremien systematisch zu erhöhen.“

Soweit Hochschulgremien betroffen sind, gelten die Mitwirkungsregelungen des Hochschulrahmengeset-

zes (HRG). Diese sind von dem Anliegen bestimmt, grundsätzlich alle Hochschulmitglieder an der Selbstverwaltung zu beteiligen, also sicherzustellen, daß keine relevante Hochschulgruppe von der universitären Willensbildung ausgeschlossen bleibt.

Das HRG bietet in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts einen weiten Rahmen für die Mitwirkung aller weiblichen und männlichen Hochschulmitglieder im Rahmen der Hochschulsebstverwaltung.

Nach der Grundsatzregelung des § 38 Abs. 2 HRG setzen sich die Hochschulgremien aus Vertretern der verschiedenen „Gruppen“ zusammen; dementsprechend erfolgen Wahlen zu den Gremien getrennt in den einzelnen Mitgliedergruppen. Auf eine geschlechterparitätische Besetzung von Hochschulgremien abzielende Normen stoßen aber auf grundsätzliche Bedenken, weil sie die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Geschlecht zum bestimmenden Kriterium der Gremienzusammensetzung in Hochschulen machen würden. Weiterhin ließe sich eine geschlechterparitätische Besetzung von Hochschulgremien nur dann erreichen, wenn entweder die einzelnen Mitgliedergruppen ihre Vertreter nach dem Geschlechterproporz entsenden/wählen oder wenn die Unterrepräsentanz eines Geschlechts in einer der Gruppen durch entsprechende Überrepräsentanz dieses Geschlechts in einer oder mehrerer der anderen Gruppen ausgeglichen wird. Beide Methoden führen im Hochschulbereich allerdings zu neuen geschlechtlichen Disparitäten, die dadurch bewirkt werden, daß der Frauenanteil jedenfalls in der Gruppe der Professoren – aufgrund von Umständen, zu deren Änderung geschlechterparitätische Gremienbesetzungsregelungen nichts beitragen würden – sehr gering ist und nicht annähernd dem Männeranteil entspricht. Ein Ausgleich der Unterrepräsentanz von Frauen in der Gruppe der Professoren durch eine Überrepräsentanz von Frauen in einer oder mehreren der anderen Gruppen widerspricht aus den dargelegten Gründen ebenfalls dem mit der geschlechtlichen Paritätisierung verfolgten Grundanliegen.

- 9.5 Was hat die Bundesregierung zur Institutionalisierung der Forschung und Lehre zur Frauengesundheit bislang unternommen?

- Wie viele und welche Lehrstühle und Institute gibt es an Universitäten, die sich mit (interdisziplinärer) Frauengesundheitsforschung befassen?
- In welchen grundständigen und Aufbaustudiengängen wird der Bereich Frauengesundheit gelehrt?

- a) Die Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung hat am 25. März 1996 den Bericht „Förderung von Frauen im Bereich der Wissenschaft“ beschlossen. Dieser Bericht betont die Notwendigkeit gezielter Maßnahmen, um den Frauenanteil am wissenschaftlichen Personal, insbesondere bei den Professuren an den Hochschulen

und Forschungseinrichtungen außerhalb der Hochschulen, deutlich zu erhöhen. Die Regierungschefs von Bund und Ländern haben den Bericht und seine Folgerungen/Empfehlungen am 18. Dezember 1996 zur Kenntnis genommen. Besondere Impulse für die Entwicklung der Fachdisziplinen gehen auch aus dem Bereich der Frauenforschung hervor. Die institutionalisierte Einrichtung von Professuren in den Fachdisziplinen mit Schwerpunkt Frauenforschung hat sich als geeignetes Instrument erwiesen, Themen der Frauenforschung in Lehre und Forschung als selbstverständlich in einem breiten Fächerspektrum zu verankern. Dieses hat auch wachsende Relevanz für den Bereich der Gesundheitsforschung.

Durch die Förderung der Forschungsverbände im Bereich „Public Health“ durch das BMBF sind in den letzten Jahren wichtige Anstöße auch zur Berücksichtigung der Frauengesundheit im Rahmen der Gesundheitsforschung gegeben worden.

Seit Verabschiedung des ersten Berichts der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung zur „Förderung von Frauen im Bereich der Wissenschaft“ im Jahr 1989 ist die institutionelle Verankerung der Frauenforschung in den Hochschulen deutlich vorangebracht worden. In den meisten Ländern sind Professuren mit Frauenforschungsschwerpunkten in den verschiedenen Fächern in Universitäten und Fachhochschulen eingerichtet worden bzw. befinden sich in Planung. Damit wird die Verankerung der Frauenforschung in den einzelnen Gebieten vorangebracht. Derzeit ist ein Lehrstuhl im Sinne der Fragestellung besetzt. Zwei weitere Professuren befinden sich im Ausschreibungsverfahren.

- b) Ein Gesamtüberblick über die Berücksichtigung der Frauengesundheit im Rahmen der Lehre und Forschung der Hochschulen ist kaum möglich, da es neben der spezifischen Schwerpunktsetzung in den Lehrstuhlbeschreibungen in den verschiedenen Fachdisziplinen eine Reihe von Professorinnen gibt, die sich auch mit Frauengesundheitsforschung befassen. Es handelt sich hierbei um einen Bereich, der sicher in nächster Zeit expandieren wird. Dieses gilt auch für Lehrangebote im Bereich Frauengesundheit. Hier gibt es einzelne Lehrangebote, die diese Fragestellung aufgreifen sowie die Berücksichtigung der Thematik in Studiengängen bzw. Aufbaustudiengängen mit spezifischen Schwerpunktsetzungen z.B. in den Bereichen Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Ein Gesamtüberblick über die Studienangebote in diesem Bereich ist nicht möglich.

Im Rahmen der mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie im Rahmen der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung gemeinsam mit den Ländern entwickelten Modellstudiengänge zur wissenschaftlichen Weiterbildung im Bereich „Frauenstudien“ finden auch Themen wie „Gesundheits-

system und Prävention“ besondere Berücksichtigung.

- 9.6 Welche Einzelvorhaben bezüglich der Frauengesundheitsforschung werden direkt oder indirekt im Rahmen der Frauengesundheitsforschung in den Forschungsverbänden des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie – Förderschwerpunkt Public Health – durchgeführt, und in welchem Umfang und über welches Medium werden sie koordiniert, vernetzt und publiziert?

Eine Aufstellung der Teilvorhaben aus den Forschungsverbänden Public Health, die sich direkt oder indirekt auf die Frauengesundheitsforschung beziehen, ist in der Anlage zu Frage 9.6 beigefügt. Danach werden in dem Schwerpunkt Public Health insgesamt 57 Teilvorhaben gefördert, die sich im weitesten Sinne mit der Frauengesundheit beschäftigen, weil z. B. eine Zielgruppe oder ein gesundheitliches Problem gewählt wurde, das hauptsächlich Frauen betrifft. 15 Teilvorhaben davon beziehen sich im engeren Sinne ausschließlich auf Forschungsfragen, die nur die Gesundheit von Frauen betreffen.

Hinsichtlich der Koordinierung der Frauengesundheitsprojekte hat sich eine Arbeitsgruppe „Frauen und Gesundheit“ im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health gegründet, die auch mit den frauenspezifischen Projekten in den anderen Forschungsverbänden kooperiert. Eine Koordinierung aller Aktivitäten im Bereich der Frauengesundheitsforschung ist durch einen Workshop im Dezember 1993 an der Koordinierungsstelle Public Health in Freiburg gestartet worden. Die Ergebnisse dieses Workshops sind in der Schriftenreihe der Koordinierungsstelle als Band 2 veröffentlicht worden. Zudem wird regelmäßig über laufende Vorhaben, Kongresse etc. zum Thema „Frauen und Gesundheit“ im Public Health Forum berichtet.

Eine Vernetzung aller in der Bundesrepublik Deutschland existierenden Arbeitsgruppen zur Frauengesundheits-(forschung) wird durch das Netzwerk „Frauen und Gesundheit“ in Hannover vorgenommen.

- 9.7 An welchen universitären und außeruniversitären Einrichtungen werden nach Erkenntnissen der Bundesregierung derzeit zur Problematik einer frauenspezifischen Gesundheitsversorgung Forschungsvorhaben durchgeführt, und in welchem Umfang unterstützt die Bundesregierung diese Projekte?

Über die in Antwort auf Frage 9.6 genannten Einzelvorhaben des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie zur Frauengesundheitsforschung hinaus, werden bei den von Bund und Ländern gemeinsam geförderten außeruniversitären Forschungseinrichtungen (Großforschungseinrichtungen und Einrichtungen der Blauen Liste) gegenwärtig ca. 20 Vorhaben zur frauenspezifischen Gesundheitsversorgung durchgeführt.

Darüber hinaus fördert die Bundesregierung die in der nachstehenden Übersicht aufgeführten, seit 1983 gemeinsam mit den Ländern geförderten und durchgeführten Modellversuche im Bereich „Gesundheitsbildung“.

	Förderzeitraum	Förderzeitraum
		1990 bis 1993
		Schleswig-Holstein Gesundheitsförderung im schulischen Alltag – Maßnahmen zu gesunder Lebensführung (Ernährung, Bewegung, Naturleben/ Umweltgestaltung) (einschl. wissenschaftlicher Begleitung) – 65/89, 66/89 – A 6336, B 6337 –
Baden-Württemberg	1989 bis 1993	Sexualpädagogik und AIDS-Prävention: Innovative Ansätze durch lebendiges Lehren und Lernen – 71/90 – A 6390 –
Aufbaustudiengang Medizin und Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern (Universität Heidelberg) – 43/88 – M 0867 –		Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung (Pädagogische Hochschule Flensburg) – 26/93 – A 6539 –
Familie-Gesundheit-Umwelt; Beiträge zur vorbereitenden Erziehung in der Schule – 33/86 – A 6231 –	1987 bis 1991	Netzwerk „Gesundheitsfördernder Schulen“ – 84/92 – A 6489 –
Bayern	1991 bis 1995	
Einrichtung eines fachübergreifenden Zusatz- und Ergänzungsstudiums „Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie“ der Med. Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München – 56/89 – M 0913 –		9.8 Mit welchen Schwerpunkten und mit Hilfe welcher Finanzmittel werden frauenspezifische Gesundheitsforschungsprojekte derzeit in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt?
Didaktisch-methodische Optimierung der Erstausbildung in den Berufsfachschulen des Gesundheitswesens (Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München) – 38/95 – K 0684 –	1996 bis 1999	
Berlin	1991 bis 1992	
Aufbaustudiengang Gesundheitswissenschaften Vorbereitungsphase – (TU Berlin) – 73 – 90 – M 0970 –		
AIDS-Prävention in Schule und außerschulischer Bildungsarbeit – 58/90 – A 6377 –	1991 bis 1994	
Hamburg	1991 bis 1994	
AIDS-Prävention in Schule und außerschulischer Bildungsarbeit – Schulische AIDS-Prävention im Rahmen einer fächerübergreifenden Sexualerziehung – 60/90 – A 6379 –		
Einrichtung eines Studiengangs „Pflege und Gesundheit“ (Fachhochschule Hamburg) – 11/95 – M 1255 –	1996 bis 1999	
Niedersachsen	1991 bis 1994	
AIDS-Prävention in Schule und außerschulischer Jugendarbeit – Prävention in der sozialpädagogischen Jugendarbeit und dem Umfeld – 61/90 – A 6380 –		
Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Medizinische Hochschule Hannover) – 28/90 – M 0942 –	1990 bis 1994	
Sachsen-Anhalt	1974 bis 1997	
Konzeption und Entwicklung qualifizierender Studienangebote für Berufe im Gesundheitswesen am Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen (Fachschule Magdeburg und Fachhochschule Merseburg) – 77/93 – M 1176 –		

Der Bundesregierung liegen keine über die in der Antwort zu Frage 9.7 enthaltenen Aufstellungen hinausgehenden Angaben über Schwerpunkte und Finanzausstattung zu frauenspezifischen Gesundheitsforschungsprojekten in den Bundesländern vor. Die Charakterisierung als frauenspezifischer Forschungsschwerpunkt ist zudem nicht immer einfach und eindeutig, weil die Spezifität von Fragen der Frauengesundheit oftmals erst vor dem Hintergrund breiter angelegter Untersuchungen und Analysen entschlüsselt werden kann. Dies gilt namentlich für epidemiologische Untersuchungsschwerpunkte, bei denen die Spezifität im Krankheitsgeschehen von Zielgruppen – z. B. von Frauen – erst im Kontrast zu allgemeinen Bevölkerungsuntersuchungen und -daten zu ermitteln ist.

Frauenspezifische Schwerpunkte im Programm „Gesundheitsforschung 2000“ der Bundesregierung sind:

— Osteoporose (7,7 Mio. DM):

In dem Osteoporose-Schwerpunkt wurden 8 Vorhaben gefördert, die im wesentlichen auf eine Verbesserung der diagnostischen Verfahren, der Therapie sowie der Vorbeugemaßnahmen abzielen. Aufgrund der Häufigkeit der Osteoporose bei Frauen nach den Wechseljahren kommen diese Entwicklungen und Ergebnisse vor allem Frauen zu Gute.

— Fertilitätsstörungen (28,4 Mio. DM):

Ziel dieses Förderschwerpunktes ist die Untersuchung der Ursachen der männlichen und weiblichen Unfruchtbarkeit und die Verbesserung von Diagnostik und Therapie. Ein Teilschwerpunkt bezieht sich im Rahmen der biomedizinischen Grundlagenforschung auf die organischen Ursachen von Fruchtbarkeitsstörungen; ein zweiter Teilschwerpunkt betrifft die seelischen und gesellschaftlichen Einflüsse auf die Fruchtbarkeit und die Bewältigungsmöglichkeiten und -formen der Diagnose

„Unfruchtbarkeit“ sowie einer reproduktionsmedizinischen Behandlung. Gerade in diesem zweiten Bereich liegt ein besonderes Gewicht auf frauenspezifischen Ansätzen.

- Suchtforschung (27 Mio. DM):
Im Rahmen des Förderschwerpunktes „Suchtforschung“ werden neben der biomedizinischen Grundlagenforschung Projekte zu Entstehung, Prävalenz und Verlauf von Drogen- und Alkoholkonsum sowie Medikamentenmißbrauch gefördert. Eine wesentliche Zielgruppe insbesondere beim Medikamentenmißbrauch sind dabei Frauen. Auf die Antwort zu Frage 9.3 wird verwiesen.
- Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP):
Die DHP, die mit ca. 100 Mio. DM gefördert wurde, ist bereits abgeschlossen; ein integrierter wissenschaftlicher Abschlußbericht der Gesamtevaluation der Studie wird dieses Jahr fertiggestellt. Die in der DHP durchgeführten Gesundheitssurveys bilden eine entscheidende Grundlage für frauenspezifische Gesundheitsfragen, die in umfangreicher Weise z. T. innerhalb und z. T. außerhalb der DHP-Förderung untersucht wurden und werden.
- Public Health:
Der Aufbau der Public Health Forschung und Lehre in Deutschland ist bisher mit ca. 70 Mio. DM gefördert worden. Besonderheit des Public Health Forschungsansatzes ist die interdisziplinäre Betrachtungsweise gesundheitlicher Fragestellungen und ihr Bevölkerungsbezug. Aus der Perspektive unterschiedlicher Fachwissenschaften werden Faktoren der Krankheitsverhütung, der Gesunderhaltung und der Ursacheneinstellung betrachtet. Wie bereits die Beantwortung der Frage 9.6 zeigt, sind Frauen als Zielgruppe in unterschiedlichen Perspektiven hierbei besonders involviert (z. B. bei der Betrachtung frauenspezifischer Erkrankungen und Lebenslagen oder als Pflegepersonen).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE):
Mit dem Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die von der Bundesregierung mit ca. 28 Mio. DM gefördert wird, wird in erster Linie und in umfassender Weise eine Verfügbarkeit über Gesundheitsdaten gewährleistet sein, die gleichermaßen Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit zugute kommen wird. Die GBE schafft damit auch grundlegende Voraussetzungen sowohl für Auswertungen zur Frauengesundheit als auch für die frauenspezifische Gesundheitsforschung.
- Bundesweiter Gesundheitssurvey:
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wird das Robert Koch-Institut in den Jahren 1997 ff. einen für die ganze Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Gesundheitssurvey durchführen, der sich an die o.g. im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) gelaufenen Surveys anlehnt, jedoch thematisch erweitert wurde. Dieser Survey wird auch eine wichtige Basis für frauenspezifische Fragestellungen aus dem Gesundheitsbereich bieten.

Weitere, im wesentlichen epidemiologisch fundierte Förderschwerpunkte, die jeweils mit einer zeitlich be-

grenzten Anschubfinanzierung auf eine langfristig abgesicherte Forschungsperspektive zielen, sind eine Kohortenstudie im Raum Augsburg (4,5 Mio. DM) und der Schwerpunkt Community Medicine in Greifswald (noch im Begutachtungsprozeß, Mittelumfang ca. 5 Mio. DM). Beide Schwerpunkte gewährleisten jeweils spezifische und umfangreiche epidemiologische und z. T. auch wiederholte Gesundheitssurveys, auf deren Basis frauenspezifische Gesundheitsforschung ange- setzt bzw. angeknüpft werden kann.

Zudem werden im Rahmen des EU-Programms „Biomed II“ Aspekte der Frauengesundheitsforschung aufgegriffen. Das Biomed II-Programm läuft von 1994 bis 1998 und umfaßt ein Mittelvolumen von 660 Mio. DM. Es werden Projekte gefördert, an denen jeweils Forschungseinrichtungen aus mehreren Mitgliedstaaten teilnehmen.

Die Forschungsthemen sind breit gefächert; Anträge zu frauenspezifischen Themen werden gestellt und auch gefördert, so etwa als Ergebnis des letzten Aufrufs eine Konzertierte Aktion zum Thema „Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries“, an dem Forschungsgruppen aus 6 Mitgliedstaaten der EU teilnehmen. Projektleiterin ist Frau Dr. K. Bloomfield vom Institut für medizinische Statistik und Informatik der Freien Universität Berlin.

Im Bereich „Forschung über chronische Krankheiten, Altern und altersbedingte Leiden“ werden Studien zur Hormonsubstitutionstherapie bei postmenopausalen Frauen genannt.

Auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Finanzielle Frauenförderung“ vom 2. Juli 1996, Drucksache 13/5192 wird verwiesen.

- 9.9 Was tut die Bundesregierung, um die Frauengesundheitsforschung in internationalen Kooperationen (Europa/USA) zu fördern, und gibt es entsprechende internationale Kooperationsabkommen?

Im Rahmen des bilateralen Kooperationsabkommens zur Gesundheitsforschung mit den USA war ein Schwerpunkt die Herz-Kreislauf-Forschung. Zu Gegenstandsbereichen von frauenspezifischen Forschungsfragen gab es hier sowohl einen Wissenschaftleraustausch mit den USA als auch internationale wissenschaftliche Tagungen, bei denen u. a. frauenspezifische Themen behandelt wurden. Ein internationaler Workshop 1994 in Bremen mit breiter amerikanischer Beteiligung war speziell der Frauengesundheitsforschung gewidmet.

- 9.10 In welchem Umfang ist die Bundesregierung beteiligt, und unterstützt sie den Arbeitsschwerpunkt der WHO zur Förderung und Vernetzung der internationalen Frauengesundheitsforschung?

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat entsprechend den Empfehlungen der WHO, die geschlechtsspezifische Datenlage zur gesundheitlichen Situation der Frau zu verbessern sowie eine Frauengesundheitsberichterstattung zu veranlassen, die in den Antworten zu den Fragen 1.1 und 1.3 genannte wissenschaftliche Untersuchung und Expertise dazu in Auftrag gegeben. Darüber hinaus werden im Rahmen der WHO-Programmbeteiligung alle Maßnahmen durch das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt.

- 9.11 Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um in den Forschungsförderprogrammen des Bundes sicherzustellen, daß
- die Forschungsfragen im geschlechtsspezifischen Vergleich, d. h. unter Einschluß von Frauen untersucht werden,
 - verstärkt frauenspezifische Gesundheitsprobleme untersucht werden,
 - besonders die Gesundheitsprobleme sozial benachteiligter Frauen untersucht werden?

Im Rahmen des Regierungsprogramms zur Gesundheitsforschung gilt es als wissenschaftliche Selbst-

verständlichkeit, daß Frauen in Untersuchungen routinemäßig miteinbezogen werden, soweit dem keine besonderen Schutzbedürfnisse entgegenstehen. Die Thematisierung und ggf. Korrektur der Zusammensetzung der in Projekten einbezogenen Untersuchungskollektive – und so auch der ausreichende Einbezug von Frauen – erfolgt regelmäßig in den Begutachtungsprozessen. Die Schwerpunktauswahl und Schwerpunktsetzung in der Gesundheitsforschung der Bundesregierung erfolgt sowohl unter forschungs- wie unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten. Da den Frauen in der Forschungs- und Wissenschaftspolitik und der Frauengesundheit in der Gesundheitspolitik ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, haben frauenspezifische Gesundheitsprobleme in der Forschungsförderung des Bundes eine hohe Priorität.

Gesundheitsprobleme sozial benachteiligter Frauen werden insbesondere in epidemiologischen Untersuchungen aufgegriffen. In Forschung und Praxis von Public Health ist das Erkennen und das Beheben sozialer Benachteiligung gleichsam Programm. Entsprechend werden hier Fragen zur sozialen Benachteiligung und Strategien zu deren Überwindung – auch für Gruppen von Frauen – schon in der Aufbauphase bearbeitet.

Anlage zu Frage 3.13

a) Nationale Studien

Bethanien-Ernährungsstudie (BEST), eine Querschnittsuntersuchung des Ernährungs- und Gesundheitszustandes von 300 über 75jährigen Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus, deren Ergebnisse publiziert sind in:

- Schlierf G., Oster P., Kruse W., Frauenrath C., Volkert D., Kübler W.: Fehlernährung bei geriatrischen Patienten: Die Bethanien-Ernährungsstudie (BEST) *Z. Gerontol* 22 (1989) 2–5
- Volkert D.: Untersuchungen zur Ernährungssituation geriatrischer Patienten, Formen, Häufigkeiten und mögliche Ursachen der Mangelernährung. Dissertation Universität Hohenheim (1990)
- Volkert D., Frauenrath C., Kruse W., Oster P., Schlierf G.: Mangelernährung im Alter – Resultate der Bethanien-Ernährungsstudie. *Therapeutische Umschau* 48 (1991) 312–315
- Volkert D., Frauenrath C., Kruse W., Oster P., Schlierf G.: Malnutrition in geriatric patients – Diagnostic and prognostic significance of nutritional parameters. *Ann Nutr Metab* 36 (1992) 97–112
- Oster P., Volkert D., Schlierf G.: Ernährung im Alter. Schlußfolgerungen aus 18 Monaten Nachbeobachtung in der Bethanien-Ernährungsstudie (BEST). *Münch Med Wschr* 137 (1995) 280–282
- b) Internationale Studien
- Albim N., Asplund K., Bjermer L.: Nutritional status of medical patients on emergency admission to hospital. *Acta Med Scand* 212 (1982) 151–156
- Asplund K., Normark M., Petterson V.: Nutritional assessment of psychogeriatric patients. *Age and Ageing* 10 (1981) 87–94
- Bienia R., Ratcliff S., Barbour G. S., Kummer M.: Malnutrition in the hospitalized geriatric patient. *J Am Geriatr Soc* 30 (1982) 433–436
- Constans T., Bacq Y., Breéhot J. F., Guilmot J. L., Choutet P., Lamisse F.: Proteinenergy malnutrition in elderly medical patients. *J Am Geriatr Soc* 40 (1992) 263–268
- Davies K. N., King D., Davies H.: A study of the nutritional status of elderly with Parkinson's disease. *Age and Ageing* 23 (1994) 142–145
- Lansley S., Waslien C., Mulvihill M., Fillit H.: The role of anthropometry in the assessment of malnutrition in the hospitalized frail elderly. *Gerontology* 39 (1993) 346–353
- Lipski P. S., Torrance A., Kelly P. J., James O. F. W.: A study of nutritional deficits of longstay geriatric patients. *Age and Ageing* 22 (1993) 244–255
- Mowé M., Bohmer T.: The prevalence of undiagnosed protein-calorie undernutrition in a population of hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 39 (1991) 1089–1092
- Mowé M., Bohmer T., Kindt E.: Reduced nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *Am J Clin Nutr* 59 (1994) 317–324
- Nogues R., Sitges-Serra A., Sancho J. J., Sanz F., Monne J., Girvent M., Gubern J. M.: Influence of nutrition, thyroid hormones and rectal temperature on in-hospital mortality of elderly patients with acute illness. *Am J Clin Nutr* 61 (1995) 597–602
- Abbasi A. A., Rudman D.: Observations on the prevalence of protein-calorie undernutrition in VA nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 41 (1993) 117–121
- Abbasi A. A., Rudman D.: Undernutrition in the nursing home: Prevalence, consequences, causes and prevention. *Nutr Rev* 52 (1994) 113–122
- Chernoff R.: Meeting the nutritional need of the elderly in the institutional setting. *Nutr Rev* 52 (1994) 132–136
- Keller H. H.: Malnutrition in institutionalized elderly: How and why? *J Am Geriatr Soc* 41 (1993) 1212–1218
- Rudman D., Feller A. G.: Protein-calorie undernutrition in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 37 (1989) 173–183
- Silver A. J., Morley J. E., Strome L. S.: Nutritional status in an academic nursing home. *J Am Geriatr Soc* 36 (1988) 487–491
- Alix E.: Epidémiologie de la malnutrition chez les personnes âgées institutionnalisées. *L'Année Gérontologique* 4: 225–232 (1990)
- Baker H., Frank O., Thind I., Jaslow S., Louria O.: Vitamin profiles in elderly persons living at home or in nursing homes versus profiles in healthy young subjects. *J. Am. Geriatr. Soc.* 27: 444–449 (1979)
- Cederholm T., Jägren O., Hellström K.: Nutritional status and performance capacity in internal medical patients. *Clin. Nutr.* 13: 8–14 (1993)
- Fidanza F., Coli R., Damiani P., Fiorini D., Coli A. M., Simonetti M. S.: Nutritional status of a group of institutionalized elderly people in Perugia. *Int J. Vit. Nutr. Res.* 58: 85–91 (1988)

- Gonzalez-Gross M., Ortega R. M., Andres P., Varela G.: Riboflavin status in a group of institutionalized elderly. *Int J. Vit. Nutr. Res.* 61: 120–124 (1991)
- Hartz S. C., Rosenberg I. H., Russel R. M. (eds): *Nutrition in the Elderly. The Boston nutritional status survey.* Smith-Gordon & Co. Ltd., London (1992)
- Horwath C. C., Campbell A. J., Busby W.: Dietary survey of an elderly New-Zealand population. *Nutr. Res.* 12: 441–453 (1992)
- Kerstetter, J. E., Holthausen, B. A., Fitz, P. A.: Malnutrition in the institutionalized older adult. *J. Am. Diet. Assoc.* 92: 1109–1116 (1992)
- Löwik M. R. H., van den Berg H., Schrijver J., Odink J., Wedel M., van Houten P.: Marginal nutritional status among institutionalized elderly women as compared to those living more independently (Dutch nutrition surveillance system). *J. Am. Coll. Nutr.* 11: 673–681 (1992)
- Maiani G., Polito A., Ranaldi L., Azzini E., Raguzzini A., Morbahan S., Ferro-Luzzi A.: Nutritional status of the Italian elderly. *Age & Nutrition* 3:48–54 (1992)
- Manson A., Seha S.: Malnutrition in elderly ambulatory medical patients. *Am. J. Public Health* 81: 1195–1197 (1991)
- NORA Study: Nordic research on Aging. *Facts and Research in Gerontology*, 1996, (im Druck)
- Räsänen L., Mutanen M., Pekkanen J., Laitinen S., Koski K., Halonen S., Kivinen P., Stengard J., Nissinen A.: Dietary intake of 70- to 89-year-old men in eastern and western Finland. *Int. J. Med.* 232: 305–312 (1992)
- Roebathan B. V., Chandra R. K.: Nutrient consumption and body size in a group of institutionalized elderly. *Nutr. Res.* 14: 35–39 (1994)
- Suboticanec K., Stavljenic A., Bilic Pesic L., Gorajscan M., Gorajscan D., Brubacher G., Buzina R.: Nutritional status, grip strength, and immune function in institutionalized elderly. *Int J. Vit. Nutr. Res.* 59: 20–28 (1989)
- Vir S. C., Love, A. H. G.: Nutritional status of institutionalized and noninstitutionalized aged in Belfast, Northern Ireland. *Am. J. Clin. Nutr.* 32: 1934–1947 (1979)

Statistik zu Frage 4.16

Sterbefälle durch Selbstmord und Selbstbeschädigung 1994 nach Altersgruppen und Geschlecht

Gestorbene insges.	Anzahl im Alter von ... bis unter ... Jahren																				
	unter 1 Jahr	1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	85-80	80-85	85-90	90 u. mehr einschl. unbekannt	
M	9 130	-	-	1	29	212	470	729	812	784	774	702	894	876	615	570	466	317	509	274	96
W	3 588	-	-	-	17	59	111	159	191	195	231	222	323	320	264	316	361	239	343	174	63
Z	12 718	-	-	1	46	271	581	888	1 003	979	1 005	924	1 217	1 196	879	886	827	556	852	448	159

Gestorbene insges.	Je 100 000 Einwohner gleichen Alters und gleichen Geschlechts (Altersspezifische Sterbeziffer)																				
	unter 1 Jahr	1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	85-80	80-85	85-90	90 u. mehr einschl. unbekannt	
M	22,9	-	-	0,0	1,3	9,7	17,3	19,9	22,1	24,6	26,8	29,4	30,7	31,0	29,6	33,5	38,8	54,1	90,1	108,8	125,3
W	8,6	-	-	-	0,8	2,9	4,4	4,7	5,6	6,5	8,3	9,7	11,4	11,3	11,9	14,1	16,5	19,4	24,7	23,8	23,4
Z	15,6	-	-	0,0	1,0	6,4	11,1	12,6	14,2	15,9	17,7	19,7	21,2	21,1	20,5	22,5	24,4	30,6	43,6	45,5	45,9

Gestorbene insges.	in % von allen Todesursachen																				
	unter 1 Jahr	1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	85-80	80-85	85-90	90 u. mehr einschl. unbekannt	
M	2,2	-	-	0,2	6,7	12,7	17,2	19,7	16,2	12,5	9,0	6,7	4,3	2,8	1,6	1,2	0,9	0,8	0,8	0,6	0,5
W	0,8	-	-	-	5,8	9,1	13,0	12,8	9,6	7,4	5,6	4,3	3,3	2,3	1,4	1,0	0,7	0,5	0,3	0,2	0,1
Z	1,4	-	-	0,1	6,3	11,7	16,2	17,9	14,3	10,9	7,9	5,9	4,0	2,6	1,5	1,1	0,8	0,6	0,5	0,3	0,2

Weitere Systematiken sind der Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 4 Todesursachen in Deutschland, Statistisches Bundesamt 1994 zu entnehmen.

Anlage 1 zu Frage 8.6

Anteil des wissenschaftlichen weiblichen Personals an Medizinischen Fakultäten in 1993

Fakultät	Personal		
	Insgesamt	weiblich	weiblich in Prozent
	Universitäten		
Humanmedizin	36 190	11 082	30,62
Humanmedizin allgemein	1 485	321	21,62
Humanmedizin (allgemein)	1 485	321	21,62
Vorklinische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	3 764	1 046	27,79
Vorklinische Humanmedizin (allgemein)	168	39	23,21
Anatomie	897	262	29,21
Med. Biologie	106	34	32,08
Med. Chemie	43	16	37,21
Med. Informatik	66	17	25,76
Med. Physik	165	25	15,15
Med. Psychologie	131	61	46,56
Med. Soziologie	85	32	37,65
Med. Terminologie	11	–	–
Nuklearmedizin	150	35	23,33
Physiologie	912	209	22,92
Physiologische Chemie (Biochemie)	1 030	316	30,68
Klinisch-Theoretische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	6 122	2 027	33,11
Klinisch-Theoretische Humanmedizin (allgemein)	217	61	28,11
Arbeitsmedizin (Klinisch-theoretisch)	169	63	37,28
Biomathematik (f. Mediziner)	80	21	26,25
Biomedizinische Technik	69	8	11,59
Epidemiologie	32	10	31,25
Experimentelle Medizin/Medizinforschung	171	51	29,82
Geschichte. der Medizin	159	61	38,36
Humangenetik	452	212	46,90
Hygiene und Mikrobiologie	954	364	38,16
Immunologie	238	87	36,55
Klinische Chemie und Hämatologie	466	166	35,62
Med. Balneologie und Klimatologie	12	3	25,00
Med. Biophysik und Elektronenmikroskopie	20	5	25,00
Med. Statistik und Dokumentation	146	34	23,29
Pathologie, Neuropath.	925	291	31,46
Pharmakologie und Toxikologie (med.)	588	181	30,78
Präventiv- und Vorsorgemedizin	8	4	50,00
Radiologie (diagnostisch, ohne Betten)	721	194	26,91
Rechtsmedizin	330	84	25,45
Sozialmedizin (klinisch-theoretisch)	93	35	37,63
Urologie	272	92	33,82
Klinisch-Praktische Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)	22 848	7 083	31,00
Klinisch-Praktische Humanmedizin (allgemein)	572	114	19,93
Allgemeinmedizin	168	57	33,93
Anästhesiologie	2 500	918	36,72
Arbeitsmedizin (klinisch-praktisch)	35	14	40,00
Augenheilkunde	883	343	38,84
Chirurgie	2 845	470	16,52
Dermato-Venerologie	957	380	39,71
Geriatric/Gerontologie	9	–	–
Gynäkologie	1 297	543	41,87
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	901	273	30,30
Innere Medizin	4 574	1 310	28,64
Kinderheilkunde	2 332	988	42,37
Kinder- und Jugendpsychologie	212	109	51,42
Neurochirurgie	541	99	18,30
Neurologie	992	285	28,73
Orthopädie	567	91	16,05
Physikalische Medizin	65	20	30,77
Psychiatrie	1 114	461	41,38
Psychosomat. Medizin und Psychotherapie	376	137	36,44
Radiologie/Strahlentherapie (mit Betten)	1 024	324	31,64

Fakultät	Personal		
	Insgesamt	weiblich	weiblich in Prozent
Rehabilitation	13	3	23,08
Rheumatologie	63	18	28,57
Sozialmedizin (klinisch-praktisch)	25	6	24,00
Spezielle Pathologie	26	6	23,08
Spezielle Pharmakologie	123	31	25,20
Sportmedizin (klinisch-praktisch)	49	7	14,29
Urologie	585	76	12,99
Zahnmedizin (klinisch-praktisch)	1 971	605	30,70
Zahnmedizin (allgemein)	201	42	20,90
Kieferorthopädie	264	115	43,56
Zahnärztliche Prothetik	484	142	29,34
Zahnerhaltung und Paradontologie	469	185	39,45
Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie	553	121	21,88
Veterinärmedizin	1 224	422	34,48
Veterinärmedizin (allgemein)	105	38	36,19
Veterinärmedizin (allgemein)	105	38	36,19
Vorklinische Veterinärmedizin	192	63	32,81
Anatomie, Embryologie und Histologie	71	28	39,44
Physiologie, Biochemie u. Ernährungsphysiologie	105	34	32,38
Tierschutz, Medizinische Terminologie, Geschichte der Veterinärmedizin	6	–	–
Veterinärmedizinische Zoologie u. Hydrobiologie	10	1	10,00
Klinisch-Theoretische Veterinärmedizin	532	161	30,26
Klinisch-Theoretische Veterinärmedizin (allgemein)	18	8	44,44
Fleisch-, Lebensmittel- und Milchhygiene	66	20	30,30
Mikrobiologie, Virologie, Tierhygiene und Tierseuchenbekämpfung	157	47	29,94
Parasitologie, Tropenveterinärmedizin	66	21	31,82
Pharmakologie, Toxikologie u. Arzneiverordnungslehre	41	8	19,51
Tierernährung, allg. Landwirtschaftslehre, Verhaltenskunde	29	9	31,03
Tierzucht, vet.-med. Genetik u. Zuchthygiene	71	20	28,17
Versuchstierkunde u. Fischkunde einschl. Krankheiten	15	5	33,33
Veterinärmedizinische Pathologie	69	23	33,33
Klinisch-Praktische Veterinärmedizin	395	160	40,51
Klinisch-Praktische Veterinärmedizin (allgemein)	4	–	–
Andrologie und Haustierbesamung	13	9	69,23
Geburtshilfe und Gynäkologie	59	23	38,98
Innere Veterinärmedizin einschl. Labordiagnostik	21	10	47,62
Krankheiten des Geflügels	33	13	39,39
Krankheiten der kleinen Haustiere	71	38	53,52
Krankheiten der kleineren Klautentiere	30	8	26,67
Krankheiten der Pferde	57	17	29,82
Krankheiten der Rinder	21	7	33,33
Tierklinik allgemein	27	9	33,33
Veterinärmedizinische Chirurgie	59	26	44,07
Gesamthochschulen			
Humanmedizin	887	264	29,76
Vorklinische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	135	51	37,78
Anatomie	33	15	45,45
Med. Physik	43	12	27,91
Med. Psychologie	8	5	62,50
Nuklearmedizin	17	5	29,41
Physiologie	15	3	20,00
Physiologische Chemie (Biochemie)	19	11	57,89
Klinisch-Theoretische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	139	44	31,65
Geschichte der Medizin	1	–	–
Humangenetik	12	7	58,33
Hygiene und Mikrobiologie	54	23	42,59
Med. Statistik und Dokumentation	9	3	33,33
Pathologie, Neuropath.	31	6	19,35
Radiologie (diagnostisch, ohne Betten)	22	4	18,18
Rechtsmedizin	10	1	10,00
Klinisch-Praktische Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)	602	168	27,91
Anästhesiologie	57	20	35,09
Augenheilkunde	29	9	31,03
Chirurgie	79	12	15,19

Fakultät	Personal		
	Insgesamt	weiblich	weiblich in Prozent
Dermato-Venerologie	33	12	36,36
Geriatric/Gerontologie	8	5	62,50
Gynäkologie	27	12	44,44
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	23	4	17,39
Innere Medizin	135	30	22,22
Kinderheilkunde	70	33	47,14
Neurochirurgie	24	7	29,17
Neurologie	39	11	28,21
Orthopädie	23	3	13,04
Psychiatrie	7	–	–
Radiologie/Strahlentherapie (mit Betten)	29	9	31,03
Urologie	19	1	5,26
Zahnmedizin (klinisch-praktisch)	11	1	9,09
Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie	11	1	9,09

Anlage 2 zu Frage 8.6

Weibliche Professoren an Medizinischen Fakultäten in 1993

Fakultät	Vollzeit										Zusammen	Teilzeit
	C4		C3		C2		Ordentliche Professoren		Außer-ordentliche Professoren			
	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit		
Universitäten												
Medizinische Fakultäten zusammen	39	1	74	4	37	4	5	4	3	1	172	-
Humanmedizin	35	1	69	3	33	4	5	4	3	1	158	-
Humanmedizin allgemein	3	-	4	-	2	-	-	-	-	-	9	-
Humanmedizin (allgemein)	3	-	4	-	2	-	-	-	-	-	9	-
Vorklinische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	4	1	13	1	6	1	1	-	-	-	27	-
Vorklinische Humanmedizin (allgemein)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Anatomie	1	-	8	-	4	-	-	-	-	-	13	-
Med. Biologie	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Med. Chemie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Med. Informatik	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Med. Physik	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Med. Psychologie	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	3	-
Med. Soziologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Med. Terminologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nuklearmedizin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Physiologie	-	1	2	-	2	-	1	-	-	-	6	-
Physiologische Chemie (Biochemie)	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	3	-
Klinisch-Theoretische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	8	-	16	-	10	1	2	-	-	1	39	-
Klinisch-Theoretische Humanmedizin (allgemein)	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Arbeitsmedizin (Klinisch-theoretisch)	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Biomathematik (f. Mediziner)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Biomedizinische Technik	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Epidemiologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Experimentelle Medizin/Medizinforschung	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Geschichte der Medizin	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	4	-
Humangenetik	-	-	3	-	-	-	-	1	-	-	4	-
Hygiene und Mikrobiologie	3	-	1	-	1	-	1	-	-	-	6	-
Immunologie	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	3	-
Klinische Chemie und Hämatologie	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	-
Med. Balneologie und Klimatologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Med. Biophysik und Elektronenmikroskopie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Med. Statistik und Dokumentation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pathologie, Neuropath.	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	4	-
Pharmakologie und Toxikologie (med.)	-	-	4	-	1	-	-	-	-	1	6	-
Präventiv- und Vorsorge-medicin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologie (diagnostisch, ohne Betten)	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	3	-
Rechtsmedizin	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-
Sozialmedizin (klinisch-theoretisch)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urologie	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Klinisch-Praktische Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)	13	-	32	2	12	2	2	3	3	-	69	-
Klinisch-Praktische Humanmedizin (allgemein)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Allgemeinmedizin	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Anästhesiologie	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	3	-
Arbeitsmedizin (klinisch-praktisch)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fakultät	Vollzeit										Zusammen	Teilzeit	
	C4		C3		C2		Ordentliche Professoren		Außerordentliche Professoren				Zusammen
	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit			
Augenheilkunde	-	-	5	-	1	-	-	-	1	-	7	-	
Chirurgie	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	4	-	
Dermato-Venerologie	5	-	2	-	1	-	-	1	-	-	9	-	
Geriatric/Gerontologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gynäkologie	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2	-	
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3	-	
Innere Medizin	1	-	4	-	4	1	-	-	1	-	11	-	
Kinderheilkunde	1	-	7	-	1	-	-	-	1	-	10	-	
Kinder- und Jugendpsychologie	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	
Neurochirurgie	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Neurologie	-	-	2	1	-	1	-	1	-	-	5	-	
Orthopädie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Physikalische Medizin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Psychiatrie	-	-	5	-	2	-	-	-	-	-	7	-	
Psychosomat. Medizin und Psychotherapie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Radiologie/Strahlentherapie (mit Betten)	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	3	-	
Rehabilitation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rheumatologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sozialmedizin (klinisch-praktisch)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Spezielle Pathologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Spezielle Pharmakologie	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	
Sportmedizin (klinisch-praktisch)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Urologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Zahnmedizin (klinisch-praktisch)	7	-	4	-	3	-	-	-	-	-	14	-	
Zahnmedizin (allgemein)	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	
Kieferorthopädie	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	5	-	
Zahnärztliche Prothetik	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	-	
Zahnerhaltung und Paradontologie	1	-	2	-	1	-	-	-	-	-	4	-	
Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Veterinärmedizin	4	-	5	1	4	-	-	-	-	-	14	-	
Veterinärmedizin (allgemein)	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Veterinärmedizin (allgemein)	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Vorklinische Veterinärmedizin	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	
Anatomie, Embryologie und Histologie	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Physiologie, Biochemie u. Ernährungsphysiologie	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Tierschutz, Medizinische Terminologie, Geschichte der Veterinärmedizin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Veterinärmedizinische Zoologie u. Hydrobiologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Klinisch-Theoretische Veterinärmedizin	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-	4	-	
Klinisch-Theoretische Veterinärmedizin (allgemein)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fleisch-, Lebensmittel- und Milchhygiene	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Mikrobiologie, Virologie, Tierhygiene und Tierseuchenbekämpfung	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	
Parasitologie, Tropenveterinärmedizin	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	
Pharmakologie, Toxikologie u. Arzneiverordnungslehre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tierernährung, allg. Landwirtschaftslehre, Verhaltenskunde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tierzucht, vet.-med. Genetik u. Zuchtthygiene	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Fakultät	Vollzeit										Zusammen	Teilzeit
	C4		C3		C2		Ordentliche Professoren		Außerordentliche Professoren			
	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit		
Versuchstierkunde u. Fischkunde einschl. Krankheiten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veterinärmedizinische Pathologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Klinisch-Praktische Veterinärmedizin	2	-	3	1	1	-	-	-	-	-	7	-
Klinisch-Praktische Veterinärmedizin (allgemein)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andrologie und Haustierbesamung	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Geburtshilfe und Gynäkologie	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Innere Veterinärmedizin einschl. Labordiagnostik	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Krankheiten des Geflügels	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Krankheiten der kleinen Haustiere	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	3	-
Krankheiten der kleineren Klautiere	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Krankheiten der Pferde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Krankheiten der Rinder	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tierklinik allgemein	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Veterinärmedizinische Chirurgie	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Gesamthochschulen												
Humanmedizin	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Vorklinische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Anatomie	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Med. Physik	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Med. Psychologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nuklearmedizin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Physiologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Physiologische Chemie (Biochemie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Klinisch-Theoretische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Geschichte der Medizin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Humangenetik	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hygiene und Mikrobiologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Med. Statistik und Dokumentation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pathologie, Neuropath.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologie (diagnostisch, ohne Betten)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rechtsmedizin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Klinisch-Praktische Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anästhesiologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augenheilkunde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dermato-Venerologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Geriatric/Gerontologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gynäkologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Innere Medizin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kinderheilkunde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurochirurgie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orthopädie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychiatrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologie/Strahlentherapie (mit Betten)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zahnmedizin (klinisch-praktisch)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anlage 1 zu Frage 8.7

Quelle: BÄK

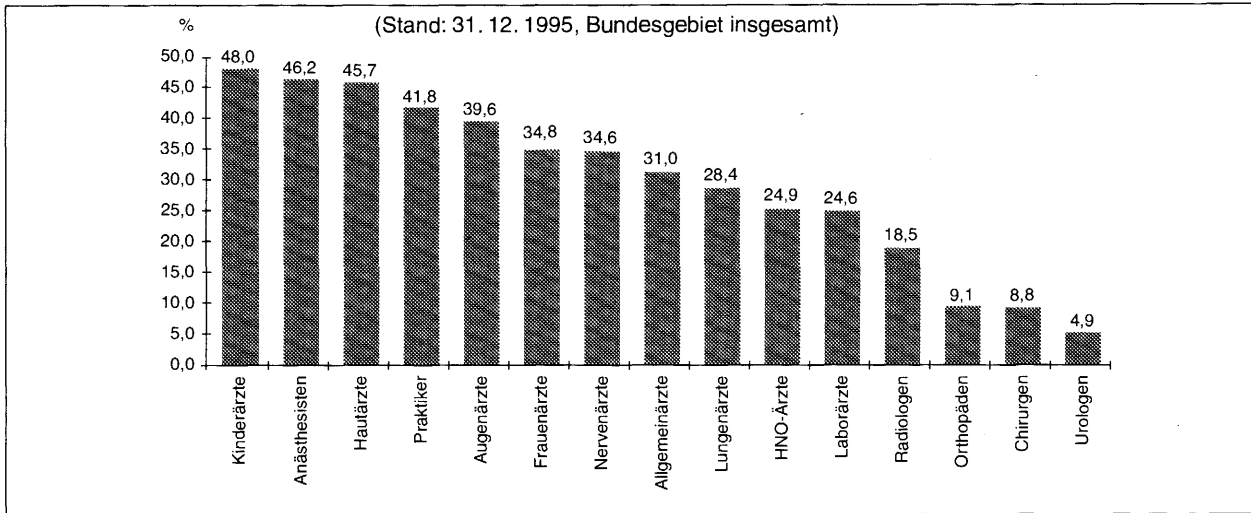
Ärzte/Ärztinnen nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten, Deutschland 31. Dezember 1995

Bezeichnungen	Berufstätig		Davon												
	insgesamt	darunter: Frauen	niedergelassen (1)	darunter: Frauen	im Krankenhaus	darunter: Frauen	in Behörden, Körperschaften u. a.	darunter: Frauen	in sonst. Bereich.	darunter: Frauen					
											Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Ohne Gebietsbezeichnung	79 015	35 575	45,0	10 005	4 807	48,0	5 601	23 317	41,9	3 995	2 161	54,1	9 414	5 290	56,2
Praktischer Arzt	12 123	5 206	42,9	9 716	3 798	39,1	1 211	648	53,5	107	57	53,3	1 089	703	64,6
Allgemeinmedizin	29 709	9 834	33,1	26 371	8 222	31,2	1 075	515	47,9	1 089	526	48,3	1 174	571	48,6
Anästhesiologie	11 286	4 676	41,4	1 502	717	47,7	9 245	3 658	39,6	194	111	57,2	345	190	55,1
Arbeitsmedizin	2 236	867	38,8	183	62	33,9	187	91	48,7	560	253	45,2	1 306	461	35,3
Augenheilkunde	5 960	2 356	39,5	5 007	1 974	39,4	786	280	35,6	27	7	25,9	140	95	67,9
Chirurgie	14 380	1 459	10,1	3 519	323	9,2	10 098	983	9,7	364	78	21,4	399	75	18,8
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13 436	4 460	33,2	9 329	3 214	34,5	3 769	1 073	28,5	81	31	38,3	257	142	55,3
HNO-Heilkunde	4 832	1 228	25,4	3 751	924	24,6	895	220	24,6	68	27	39,7	118	57	48,3
Haut- u. Geschlechtskrh.	4 060	1 797	44,3	3 208	1 465	45,7	640	222	34,7	72	38	52,8	140	72	51,4
Hygiene u. Umweltmedizin	468	249	53,2	29	12	41,4	118	56	47,5	222	138	62,2	99	43	43,4
Innere Medizin	31 147	6 961	22,3	15 824	3 112	19,7	13 136	2 933	22,3	1 039	476	45,8	1 148	440	38,3
Internist/Lungen-Bronchialheilkunde	687	221	32,2	358	101	28,2	198	61	30,8	83	45	54,2	48	14	29,2
Kinderheilkunde	10 523	5 222	49,6	5 867	2 859	48,7	3 576	1 542	43,1	609	470	77,2	471	351	74,5
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	688	359	52,2	279	163	58,4	351	158	45,0	41	29	70,7	17	9	52,9
Laboratoriumsmedizin	903	225	24,9	429	103	24,0	343	83	24,2	53	19	35,8	78	20	25,6
Mikrobiologie u. Infektionsepidemiologie	511	206	40,3	100	36	36,0	224	78	34,8	101	53	52,5	86	39	45,3
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	880	62	7,0	563	41	7,3	286	19	6,6	9	1	11,1	22	1	4,5
Nervenheilkunde	6 535	2 223	34,0	3 542	1 194	33,7	2 490	796	32,0	295	147	49,8	208	86	41,3
Neurochirurgie	729	61	8,4	92	2	2,2	611	57	9,3	11	1	9,1	15	1	6,7
Neurologie	1 505	410	27,2	464	133	28,7	954	238	24,9	33	17	51,5	54	22	40,7
Nuklearmedizin	575	111	19,3	235	50	21,3	314	58	18,5	6	0	0,0	20	3	15,0
Öffentl. Gesundheitswesen	890	392	44,0	9	3	33,3	22	6	27,3	753	334	44,4	106	49	46,2
Orthopädie	6 431	648	10,1	4 581	414	9,0	1 597	164	10,3	125	42	33,6	128	28	21,9
Pathologie/Neuropathologie	1 209	248	20,5	370	61	16,5	697	147	21,1	45	13	28,9	97	27	27,8
Pharmakologie u. Toxikologie	497	84	16,9	18	4	22,2	180	32	17,8	80	16	20,0	219	32	14,6
Physiotherapie	266	193	72,6	59	45	76,3	177	124	70,1	21	19	90,5	9	5	55,6
Psychiatrie, Psychiatrie u. Psychotherapie	2 654	1 082	40,8	815	380	46,6	1 606	617	38,4	133	46	34,6	100	39	39,0
Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin	517	202	39,1	331	166	50,2	179	33	18,4	1	0	0,0	6	3	50,0
Radiologie und verwandte Gebiete	5 187	1 366	26,3	1 884	361	19,2	2 996	885	29,5	97	37	38,1	210	83	39,5
Rechtsmedizin	217	34	15,7	6	1	16,7	110	17	15,5	49	9	18,4	52	7	13,5
Sportmedizin	186	99	53,2	43	27	62,8	64	30	46,9	49	24	49,0	30	18	60,0
Urologie	3 769	229	6,1	2 337	116	5,0	1 338	99	7,4	39	9	23,1	55	5	9,1
Sonstige Gebiete	883	344	39,0	114	47	41,2	495	184	37,2	137	49	35,8	137	64	46,7
Arzt im Praktikum (AiP)	18 986	8 664	45,6	9	5	55,6	17 167	7 675	44,7	139	38	27,3	1 671	946	56,6
insgesamt	273 880	97 353	35,5	110 949	34 942	31,5	132 736	47 099	35,5	10 727	5 321	49,6	19 468	9 991	51,3

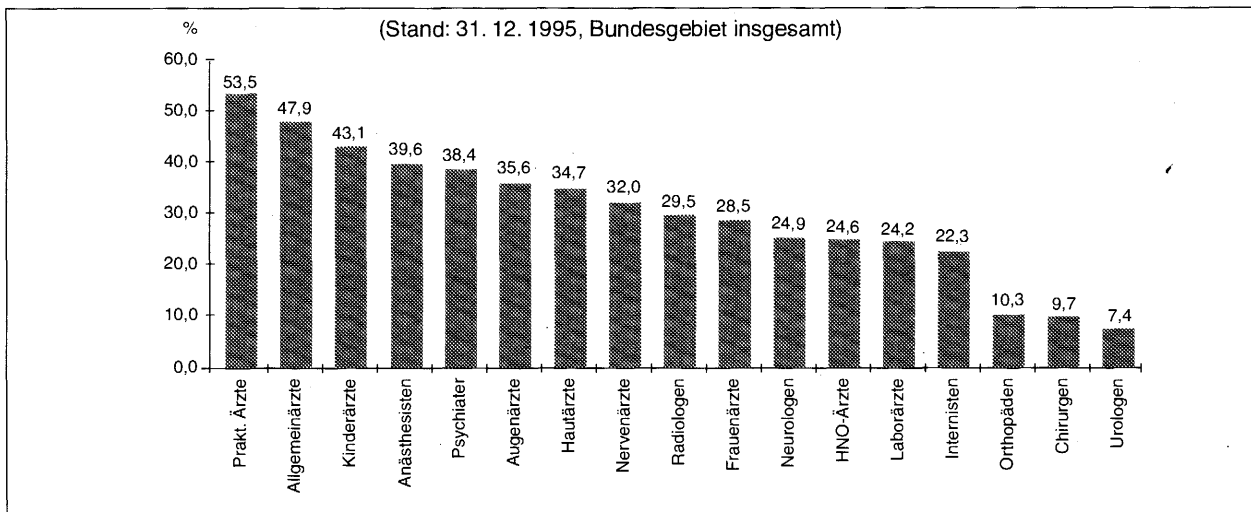
1) In den Neuen Ländern einschl. Ärzte in Einrichtungen gem. § 311 SGB V.

Anteil der Frauen an der Zahl der Vertragsärzte
(ausgewählte Fachgruppen)

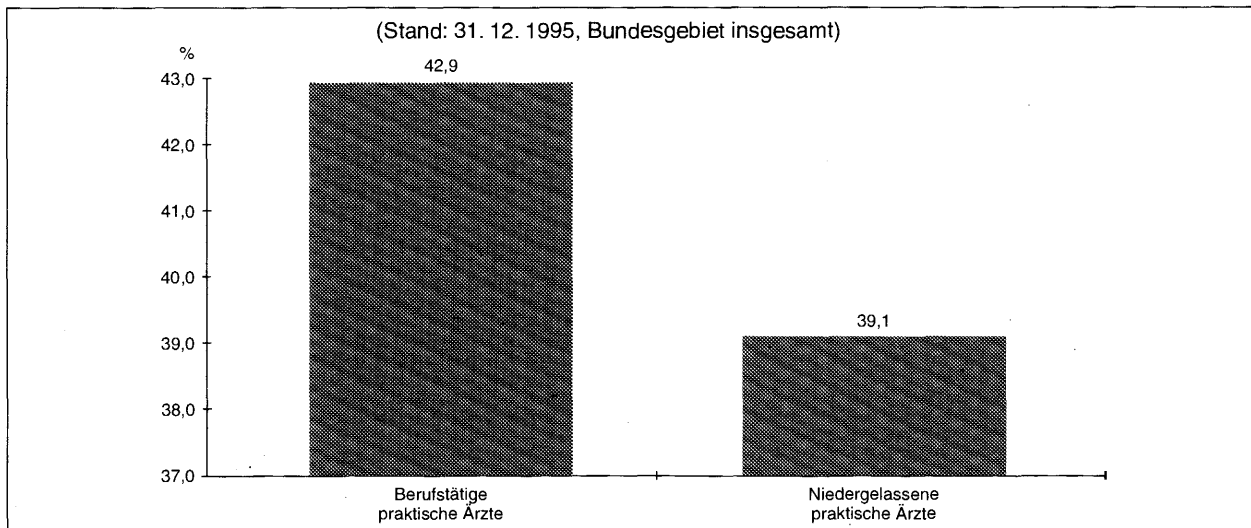
Anlage 2 zu Frage 8.7



Anteil der Frauen an der Zahl im Krankenhaus
tätigen Ärzte nach ausgewählten Arztgruppen



Anteil der Frauen an der Zahl der praktischen Ärzte



Anlage zu Frage 9.6

Auflistung der Teilvorhaben in den Forschungsverbänden Public Health mit Bezug zur Frauengesundheit

1. Förderphase

Berliner Forschungsverbund Public Health

Laufzeit: 1. 4. 1992–31. 3. 1996

A1

Regionenbezogene Analyse der Wirkung von (vernetzten) Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens auf den Erhalt und die Förderung selbstbestimmten Lebens unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit zunehmender Hilfebedürftigkeit

Kliemke, TU Berlin

Laufzeit: 1. 9. 1992–30. 11. 1995

A3

Der Wandel im Lebensalltag chronisch psychisch Kranker außerhalb des Krankenhauses

Zaumseil, FU Berlin

Laufzeit: 1. 9. 1992–31. 8. 1995

A6

Selbstbestimmtes Leben körperbehinderter Frauen

Mackensen, TU Berlin

Laufzeit: 1. 1. 1994–31. 3. 1996

B1

Infektionskrankheiten bei intravenös Drogenabhängigen

Bienzle, FU Berlin

Laufzeit: 1. 9. 1992–30. 6. 1995

B2

Risikofaktoren bei der Entstehung der Non-Hodgkin-Lymphome

Stein, FU Berlin

Laufzeit: 1. 1. 1994–31. 3. 1996

B3

Regionale Unterschiede im bevölkerungs- und versorgungsstrukturellen Risiko der Frühgeburt

Obladen, Humboldt Universität Berlin

Laufzeit: 1. 4. 1992–31. 12. 1995

B4

Untersuchung zur Rolle von ärztlich initiierten Schulungsprogrammen und Aktivitäten von Selbsthilfegruppen bei der Bewältigung von chronischer Krankheit im Kindesalter

Wahn, Humboldt Universität Berlin

Laufzeit: 1. 10. 1992–31. 12. 1995

B5

Leben mit chronischer Krankheit: Der Interaktionsprozeß zwischen Eltern chronisch kranker Kinder und dem Betreuungspersonal

Scheffner, Humboldt Universität Berlin

Laufzeit: 1. 10. 1992–31. 10. 1996

C1

Ambulante Onkologie – Versorgungssituation terminal kranker Tumorpatienten in Berlin

Wischer, TU Berlin

Laufzeit: 1. 6. 1992–30. 9. 1995

C2

Versorgung alter Menschen durch den niedergelassenen Arzt

Garms-Homolova, Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte Berlin

Laufzeit: 1. 6. 1992–31. 12. 1995

C3

Einkommensverteilung und Gesundheit in unterschiedlichen Lebenslagen in Deutschland

Brennecke, FU Berlin

Laufzeit: 15. 8. 1992–14. 08. 1995

D1

Arbeitsplatz Krankenhaus: Gesundheitsrisiken und Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung
Labryga, TU Berlin
Laufzeit: 1. 7. 1992–31. 3. 1996

E1

Integration gesundheitsfördernder und medizinischer Maßnahmen in der Schwangerschaft
Fuchs, FU Berlin
Laufzeit: 1. 11. 1992–31. 10. 1995

E2

Soziopsychosomatisch orientierte Begleitung in der Schwangerschaft
Rauchfuß, Humboldt Universität Berlin
Laufzeit: 1. 11. 1992–31. 10. 1995

E3

Entwicklung von Lebensqualität, Bedürfnissen und Sichtweisen schizophrener Frauen
Priebe, Humboldt Universität Berlin
Laufzeit: 15. 1. 1994–31. 12. 1995

Norddeutscher Forschungsverbund Public Health

B2

Kooperation in der Primärversorgung älterer Menschen
Döhner, Universität Hamburg
Laufzeit: 1. 9. 1992–30. 6. 1995

B3

Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase
Döhner, Universität Hamburg
Laufzeit: 1. 8. 1994–30. 06. 1996

B7

Lebensweisen und Gesundheit unter dem Einfluß sozialökonomischer Veränderung
Neumann, Universität Rostock
Laufzeit: 1. 1. 1993–31. 03. 1996

C1

Bewertung der Effizienz von Krebsprävention aus epidemiologischer und ökonomischer Sicht
Maschewsky-Schneider, BIPS Bremen
Laufzeit: 1. 5. 1992–31. 12. 1994

C2

Nachbeobachtung der Teilnehmer an der Halberstädter gerontologischen Studie
Robra, Universität Magdeburg.
Laufzeit: 1. 5. 1994–31. 08. 1996

C3

Untersuchung kardiovaskulärer Streßreaktionen bei Männern und Frauen im mittleren und hohen Alter
Schmidt, Medizinische Hochschule Hannover
Laufzeit: 1. 4. 1994–31. 12. 1995

C5

Integrierter Ansatz zum Risikomonitoring auf der Basis eines hybriden Populationspanels
Jöckel, BIPS Bremen
Laufzeit: 1. 5. 1992–31. 5. 1995

C6

Lebenslagen, Risiken und gesundheitliche Entwicklung bei Frauen
Maschewsky-Schneider, BIPS Bremen
Laufzeit: 1. 11. 1994–31. 08. 1996

C7

Untersuchung zur gesundheitlichen Lage vierzig- bis fünfzigjähriger Frauen im Ost-West-Vergleich
Hinze, Universität Magdeburg
Laufzeit: 1. 11. 1994–31. 8. 1996

D4

Verhaltensmedizinische Behandlung der Harninkontinenz. Implementation in die ambulante Krankenversorgung und gesundheitsökonomische Bewertung
Fischer, Medizinische Hochschule Hannover
Laufzeit: 1. 6. 1992–31. 12. 1994

D5

Geriatrisch/gerontologisches Screening in der Primärversorgung
Fischer, Medizinische Hochschule Hannover
Laufzeit: 1. 9. 1992–31. 7. 1995

D7

Entwicklung der Qualität und subjektiven Einschätzung der Perinatalmedizin in Ost- und West-Berlin zwischen 1950 und 1990
Arabin, Freie Universität Berlin
Laufzeit: 1. 4. 1994–31. 3. 1995

Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health

II-B3

Familien mit behinderten Kindern im System früher Hilfen
Engelbert, Kaufmann; Universität Bielefeld
Laufzeit: 1. 7. 1992–29. 3. 1996

II-C5

Zur Verbesserung der Rehabilitations- und Wiedereingliederungschancen von Epilepsie-Patienten in der Region
Schwager, Wolf, Wolters; Universität Bielefeld
Laufzeit: 1. 8. 1992–8. 3. 1996

II-C1

Die Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker; ihre Auswirkungen auf die Patienten, auf die Institutionen und die Angebote gemeindeintegrierter Versorgungsdienste
Albrecht, Pörksen, Vieten; Universität Bielefeld
Laufzeit: 1. 9. 1992–31. 7. 1995

II-C4

Evaluation gerontopsychiatrischer Zentren (GZ) und vergleichbarer gerontopsychiatrischer Verbundsysteme unter besonderer Berücksichtigung des Lebenswegs alter Menschen nach gerontopsychiatrischer Behandlung
Steinkamp, Universität Bielefeld
Laufzeit: 1. 7. 1992–30. 6. 1995

II-C8

Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung
Tress, Kruse, Alberti; Universität Düsseldorf
Laufzeit: 1. 1. 1994–31. 3. 1996

Münchener Forschungsverbund Public Health

A11

Lokale Versorgungskonzepte bei Pflege- und Hilfsbedürftigkeit im Alter und bei Behinderung
Pfaff, Universität Augsburg
Laufzeit: 1. 11. 1993–31. 12. 1996

D3

Soziale Bedingungen der Morbidität und Mortalität älterer Männer und Frauen
Härtel, GSF
Laufzeit: 1. 1. 1994–31. 12. 1996

D5

Arzneimittelanwendung, Schwangerschaft und Fetal-Outcome-Entwicklungsphase
Hasford, LMU München
Laufzeit: 1. 1. 1994–31. 12. 1996

D6

Untersuchung zur kleinräumigen Morbidität und Mortalität unter besonderer Berücksichtigung des Brustkrebses
Hölzel, LMU München
Laufzeit: 1. 1. 1994–31. 12. 1996

E2

Bevölkerungsmodell

Überla, LMU München

Laufzeit: 1. 3. 1994–31. 12. 1996

Forschungsverbund Public Health Sachsen

A1

Gesundheitsförderung bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken

Brähler, Universität Leipzig

Laufzeit: 1. 4. 1994–31. 3. 1996

A4

Prädiktoren psychischer Gesundheit bzw. Krankheit bei jungen Frauen

Margraf, TU Dresden

Laufzeit: 1. 4. 1994–30. 9. 1998

A5

Psychosoziale Ressourcen und kardiovaskuläres Risiko bei Frauen im mittleren Lebensalter

Jaroß, TU Dresden

Laufzeit: 1. 10. 1995–31. 3. 1997

C3

Versorgungsforschung bei endogenen Psychosen

Bach, TU Dresden

Laufzeit: 1. 4. 1994–31. 12. 1996

C5

Einfluß der Arbeitsorganisation in Gesundheits- und Betreuungseinrichtungen der NBL auf die psychischen Anforderungen, die Beanspruchung und das Wohlbefinden des Pflegepersonals

Hacker, TU Dresden

Laufzeit: 1. 4. 1994–31. 3. 1997

C6

Subjektive Bedürfnisstrukturen und Lebensqualität chronisch schizophrener Patienten und ihrer Angehörigen: Implikationen für die Planung und Implementation zukünftiger Versorgungsstrukturen

Angermeyer, Universität Leipzig

Laufzeit: 1. 4. 1996–31. 3. 1998

2. Förderphase

Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health

II-3

Alte Menschen mit dementiellen Störungen in ambulanter und in stationärer Pflege

Dörner, Markowitsch; Universität Bielefeld

Laufzeit: 1. 7. 1996–30. 6. 1998

II-4

Fünf-Jahres-Verlaufsstudie zur Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten

Albrecht, Vieten; Universität Bielefeld

Laufzeit: 1. 1. 1996–31. 12. 1997

II-6

Selbstbestimmt leben bei Epilepsie? Wege zu einer erfolgreichen sozialen und beruflichen Integration im internationalen Vergleich

Wolf, Wolters; Universität Bielefeld

Laufzeit: 1. 6. 1996–31. 5. 1998

Norddeutscher Forschungsverbund Public Health

BII 4

Frauenspezifische lokale Berichterstattung als Grundlage für Gesundheitsförderungspolitik

Prof. Trojan, Universität Hamburg

Laufzeit: 1. 3. 1996–28. 2. 1999

CII 5

Berufliche Ursachen für Lungenkrebs bei Frauen unter Berücksichtigung frauenspezifischer Erwerbsstrukturmuster – eine Fall-Kontroll-Studie.

Jahn, BIPS Bremen

Laufzeit: 1. 2. 1996–31. 1. 1998

DII 2

Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte – retrospektive indikationsspezifische Patientenbefragung

Bitzer, ISEG Hannover

Laufzeit: 1. 4. 1996–30. 9. 1997

DII 5

Direkte und indirekte Kosten der Behandlung und Betreuung von Mukoviszidose bei Kindern und deren Angehörigen

Prof. Graf von der Schulenburg, Universität Hannover

Laufzeit: 1. 4. 1996–31. 3. 1999

CII 8

Der Einfluß ökonomischer, psychosozialer und „Lifestyle“-bezogener Faktoren auf zentrale medizinische Verlaufs- und Ergebnisparameter von Schwangerschaft und Geburt bei Schwangeren im Osten und Westen Deutschlands

Arabin, Schwartz, Seidler, Walter; Medizinische Hochschule Hannover

Laufzeit: geplant ab 1. 1. 1997 für 2 Jahre

Berliner Forschungsverbund Public Health

B8

Vergiftung von Kleinkindern und Akzeptanz neuer Notfallmaßnahmen

Tietze, RKI Berlin

Laufzeit: 1. 1. 1996–31. 12. 1998

B9

Evaluation von Gruppenbetreuungsangeboten für Eltern neurodermitiskrankter Kinder

Wahn, Humboldt Universität Berlin

Laufzeit: 1. 1. 1996–31. 12. 1998

B11

Hilfebedürftigkeit und Adäquanz vorhandener Hilfesysteme bei Patienten mit entzündlichem Rheuma

Zink, Rheuma Forschungszentrum Berlin

Laufzeit: 1. 8. 1996–31. 7. 1999

B16

Analyse der Versorgung von gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus

Kentenich, Humboldt Universität Berlin

Laufzeit: 1. 1. 1996–31. 12. 1998

C11

Auswirkungen der Pflegeversicherung auf Familie und Haushalte

Brennecke, FU Berlin

Laufzeit: 1. 9. 1996–31. 8. 1999