

## **Antrag**

**der Abgeordneten Helga Kühn-Mengel, Anni Brandt-Elsweier, Dr. Carola Reimann, Dr. Hans-Peter Bartels, Ingrid Becker-Inglau, Kurt Bodewig, Ursula Burchardt, Peter Dreßen, Rudolf Dreßler, Dieter Dzewas, Marga Elser, Hans Forster, Dagmar Freitag, Arne Fuhrmann, Renate Gradistanac, Kerstin Griese, Karl-Hermann Haack (Extertal), Christel Hanewinckel, Eike Hovermann, Christel Humme, Babara Imhof, Klaus Kirschner, Christine Lehder, Eckhart Lewering, Christa Lörcher, Götz-Peter Lohmann (Neubrandenburg), Gerhard Neumann (Gotha), Dr. Martin Pfaff, Dr. Hansjörg Schäfer, Gudrun Schaich-Walch, Walter Schöler, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Silvia Schmidt (Eisleben), Wilhelm Schmidt (Salzgitter), Regina Schmidt-Zadel, Ilse Schumann, Ewald Schurer, Dr. R. Werner Schuster, Dr. Margrit Spielmann, Rolf Stöckel, Hildegard Wester, Dr. Wolfgang Wodarg, Hanna Wolf (München), Dr. Peter Struck und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Monika Knoche, Irmingard Schewe-Gerigk, Christa Nickels, Kerstin Müller (Köln), Rezzo Schlauch und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Frauenspezifische Gesundheitsversorgung**

Der Bundestag wolle beschließen:

#### **I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:**

Bisher gibt es in der Bundesrepublik Deutschland keine nennenswerte „frauenspezifische Gesundheitsversorgung“. Die Bedeutung des Themas wird von vielen Akteuren im Gesundheitswesen unterschätzt und wenig beachtet. Forschung, Gesundheitsversorgung und Prävention berücksichtigen die geschlechtsspezifischen Unterschiede (i. S. des Gender-Mainstreaming) nicht in ausreichendem Maße – und dies, obwohl diese geschlechtsspezifische Differenzierung in Ursache, Gestaltung, Ausprägung und Symptomatik von Krankheiten wissenschaftlich unbestritten ist.

Aktuelle Studien zeigen, dass die medizinische Forschung in Bezug auf die frauenspezifische Gesundheitsversorgung vor erheblichen Herausforderungen steht, dass eine Vielzahl offener Fragen wissenschaftlich zu klären ist. Die unzureichenden Datenlagen, Statistiken und Prognosen sowie fehlende Ansätze der Institutionalisierung einer frauenspezifischen Gesundheitsversorgung offenbaren die Vernachlässigung dieses Themenkreises.

Viele Gesundheitswissenschaftler und Gesundheitswissenschaftlerinnen weisen schon seit längerem darauf hin, dass der Fortschritt der Medizin und Medizin-

technik Frauen und Männern nicht gleichermaßen zugute kommt. Studien, Therapien und Diagnoseformen orientieren sich vornehmlich an der männlichen Lebenssituation und am männlichen Gesundheitsempfinden. Frauen, so zeigen viele Untersuchungen, nehmen Gesundheit anders wahr, bewältigen gesundheitliche Belastungen auf eine andere Art und Weise als Männer.

Der unterschiedliche Krankheitsverlauf, die geschlechtsdifferente Krankheitswahrnehmung, Krankheitsbewältigung und Prävention sind nicht nur im Zusammenhang mit der biologischen Konstitution von Frauen zu sehen, sondern werden in erheblichem Maße durch sozioökonomische Faktoren, durch Bildungs- und Informationsstand der Frauen beeinflusst.

Frauen erkranken anders als Männer; auch bei höherer Lebenserwartung müssen spezielle Risiken gesehen und berücksichtigt werden:

1. Deutlich mehr Männer sind suchtkrank, aber rund 70 Prozent aller Medikamentenabhängigen sind Frauen.
2. Frauen sind sensibler gegenüber Störungen ihres Körpers und es werden bei ihnen signifikant häufiger psychosomatische und funktionelle Beschwerden diagnostiziert.
3. Etwa doppelt so viele Frauen wie Männer leiden an Depressionen und an rheumatoider Arthritis.
4. Häufiger und früher erkranken bzw. sterben Männer an Herzinfarkt, aber die Letalität nach Herzinfarkt bei den unter 50-jährigen Patientinnen ist höher als bei Männern.

Frauenspezifische Erkrankungen sind also kein Phänomen, das ausschließlich medizinisch definiert werden kann; gesellschaftliche Bedingungen, eine andere Psycho- und Soziogenese müssen in die medizinische Diagnose eingehen.

Ergebnisse der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderten Studie „Lebenserwartung erwerbstätiger Frauen“ bestätigen, dass der Erwerbsstatus der Frauen, die damit verbundenen Lebens- und Arbeitsumstände sowie die daraus hergeleitete subjektive Zufriedenheit gesundheitliches Befinden mitbestimmen. Alleinerziehende Mütter, Frauen mit Behinderungen, Sozialhilfeempfängerinnen, Frauen mit kleinen Kindern und ausländische Frauen schätzen selbst ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht ein. Häufigkeit und Zunahme der Mehrfachbelastung von Frauen mit Familie, Beruf, Haushalt, möglicherweise pflegebedürftigen Angehörigen werden als Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Frau kaum registriert.

Die medizinische und medizinsoziologische Forschung ist bei Frauen bisher weitgehend vernachlässigt worden. Dies trägt mit dazu bei, dass es trotz der hoch spezialisierten Medizin in Deutschland zu vergleichsweise schlechten Behandlungsergebnissen bei akuten Krankheiten kommt. Beispielhaft kann in diesem Zusammenhang auf ungünstige Behandlungsverläufe für Frauen anhand dreier Beispiele verwiesen werden:

1. Die Häufigkeit koronarer Herzkrankheiten bei Frauen wird unterschätzt, nicht nur von Ärztinnen und Ärzten, auch von den Patientinnen selbst. Bedingt durch Fehldiagnosen und Fehlwahrnehmungen werden Frauen oft zu spät einer medizinischen Behandlung zugeführt. Herzuntersuchungen erfolgen daher bei Frauen später als bei Männern, was als eine Ursache für die höhere weibliche Mortalitätsrate bei koronaren Herzkrankheiten gesehen wird.
2. Untersuchungen zeigen, dass bei der gleichen Diagnose und bei vergleichbaren Behandlungszielen – hier dem Herzinfarkt – Männern und Frauen unterschiedliche Arzneimittel verschrieben werden.

3. Bei Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane wird von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern auf die Bedeutung der sozialen und psychischen Ursachen verwiesen, die häufig chronische Verläufe bedingen. Dieser Tatsache wird durch operative Eingriffe und alleinige medikamentöse Behandlung, z. B. mit Antibiotika, nicht Rechnung getragen.

Die angesprochenen Beispiele zeigen Defizite der klassischen Schulmedizin auf.

Eine frauenspezifische Gesundheitsversorgung geht nicht zwangsläufig mit einer wachsenden finanziellen Belastung für das Gesundheitssystem einher, sondern würde eher helfen, unnötige Ausgaben zu vermeiden (z. B. mit Blick auf im Umfang fragwürdige Medikationen von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln, Häufigkeiten operativer Eingriffe wie Gebärmutter- und Eierstockentfernungen sowie unnötige Brustoperationen). Es geht somit um eine Qualitätsverbesserung unter geschlechtsdifferenzierten Aspekten.

Mehr als bisher sollten nicht nur Knochenerkrankung, Depression und Sucht geschlechtsspezifisch erforscht und behandelt werden, sondern auch geschlechtsindifferente Krankheiten wie z. B. Herz- und Kreislauferkrankungen. Nach allen bisher vorliegenden Studien weisen diese Krankheitsbilder bei Männern und Frauen unterschiedliche Verläufe auf – Erkenntnisse, die bisher in vielen Bereichen des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik unbeachtet geblieben sind.

II. Der Deutsche Bundestag begrüßt vor diesem Hintergrund die Absicht der Bundesregierung, den Ansatz des Gender-Mainstreaming durchgängig in allen Politikbereichen umzusetzen und die gezielte Förderung von Vorhaben mit frauenspezifischer Relevanz, insbesondere

- folgende Studien und Projekte des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, hier vor allem
  - die „Wissenschaftliche Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in West- und Ostdeutschland“,
  - die Erstellung einer Infobroschüre zum Thema „Gebärmutterentfernung“,
  - die Förderung in Höhe von 8 Mio. DM für Modernisierung und Sanierung der Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerkes,
  - die Unterstützung einer Bundesorganisationsstelle für behinderte Frauen mit dem Ziel einer dreijährigen projektbezogenen Koordinierung von Interessenvertretung und Beratungsstellen zu Themen des selbstbestimmten Lebens behinderter Frauen,
  - das dreijährige Modellprojekt zur Entwicklung eines (sexual)pädagogischen Curriculums zu Fragen der sexuellen Selbstbestimmung und der sexuellen Gewalt in Einrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung,
  - den „Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“,
  - die wissenschaftliche Begleitung des Berliner Modellprojekts „Signal“, das durch Sensibilisierung des medizinischen Sektors für das Gewaltproblem eine verbesserte gesundheitliche Versorgung misshandelter Frauen erreichen soll.
- die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten wissenschaftlichen Untersuchungen und Initiativen, insbesondere

- die WHO-Konferenz (29. Dezember 1999) zur „Prävention der koronaren Herzkrankheit bei post-menopausalen Frauen“,
  - das Katalog-Lesebuch zu der bundesweit angelegten Ausstellung „Brust-Lust-Frust“ des Bonner Frauenmuseums,
  - das Forschungsprojekt „Esstörungen“, die EU-Studie „Frauen und Alkohol“, die Arbeit von Prof. Franke „Gesundheit und Abhängigkeit von Frauen“, das Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Geschlechterbezogene Suchtprävention“,
  - die Förderung des Herzinfarktregisters Augsburg, aus dessen Daten interessante frauenspezifische Ergebnisse abgeleitet werden können,
  - die Förderung der Studie des Robert-Koch-Instituts „Versorgungszustand mit Folsäure von Frauen im gebärfähigen Alter“,
  - die im Rahmen der AIDS-Präventionsstrategie von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vorgehaltenen Broschüren, die Mädchen und junge Frauen direkt ansprechen, ebenso wie die Förderung des Fachbereichs „Frauen der Deutschen AIDS-Hilfe“, insbesondere ihrer Beratungs- und Betreuungsangebote für HIV-positive Frauen,
  - die Förderung und Unterstützung der Etablierung von HIV/AIDS-Präventionsangeboten in Prostitutionsszenen im grenzüberschreitenden Raum zu östlichen Nachbarstaaten.
- die zurzeit vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekte, insbesondere
- den Verbund „Genetische Basis gynäkologischer Karzinome“ in Kooperation von sieben Hochschulen und Unternehmen sowie acht Vorhaben zur genetischen Basis bei Mamma-, Ovarialkarzinom und Brustkrebs mit über 8 Mio DM,
  - den „Verbund Brustkrebs“,
  - zwei Vorhaben zur Anwendung induktiver und statistischer Verfahren zur Bestimmung von Qualitätsindikatoren/resp. Prognoseverfahren und deren Integration in wissensbasierte Systeme bei Ovarialkarzinom und Mammakarzinom,
  - drei Vorhaben zur klinischen Pharmakologie: „Therapeutisches Drug Monitoring“ (in der Schwangerschaft), Untersuchungen des Lipoproteinprofils bei Patienten mit Anorexia nervosa (Magersucht) und Klinische Studien zu kardiovaskulären Steroideffekten bei postmenopausalen Frauen mit knapp 9 Mio. DM,
  - drei frauenspezifische Vorhaben zur Herzinfarkt-rehabilitation,
  - sechs Vorhaben im Bereich „Public Health“:
    - „PEGASUS“, Prospektive Erhebung der Gabe von Arzneimitteln während der Schwangerschaft und zur Sicherheit des Kindes,
    - Analyse der Versorgung von gynäkologisch erkrankten türkischen Frauen im Krankenhaus,
    - „Gender Bias–Gender Research“: Entwicklung und Anwendung von methodologischen Standards zu geschlechtsspezifischer Forschung in Public Health,
    - Frauenspezifische lokale Berichterstattung als Grundlage für Gesundheitsförderpolitik,

- „Allein erziehend – allein gelassen“ (Untersuchung zu Stressbelastung und Gesundheitszustand alleinerziehender Mütter).

III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf in Verbindung mit dem Ansatz des Gender-Mainstreaming im Bereich der Gesundheitsversorgung und -forschung,

- den komplexen Zusammenhang zwischen Gesundheit/Krankheit und sozialer Lage/Lebensphasen bei Mädchen und Frauen gezielt in Rückkoppelung zu anderen Förderbereichen zu erforschen;
- grundsätzlich bei allen Fördervorhaben geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen und bei der Förderentscheidung über Projektanträge generell das Bewertungskriterium „Berücksichtigung frauenspezifischer Belange“ einzuführen;
- bei der Auftragsforschung und in der Forschungsförderpolitik folgende Ansätze verstärkt zu unterstützen und zu veranlassen:
  - geschlechtsbezogene epidemiologische und medizinische Forschung,
  - interdisziplinäre Querschnittsprojekte, die für die Frauengesundheitsforschung relevante Fragestellungen aufgreifen,
  - die Erforschung psychischer Erkrankungen bei Frauen hinsichtlich Ursache, Heilung und Vermeidung, insbesondere bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit sowie Gewalt in der Familie und dem sozialen Umfeld,
  - die stärkere Forschung auf dem Gebiet der Krebsdiagnostik und -therapie, insbesondere Brustkrebs,
  - die Forschung über Rückwirkung von Umweltbelastungen, insbesondere von hormonell wirksamen Umweltgiften sowie von Strahlenbelastung auf Gesundheit und Fertilität bei Frauen,
  - repräsentative Untersuchungen über Erkrankungshäufigkeit, Prävention und Versorgung bei Migrantinnen und älteren Frauen sowie weiblichen Bevölkerungsgruppen mit einem besonderen gesundheitlichen Gefährdungspotential.
- eine entsprechende Datenerhebung und kontinuierliche Berichterstattung – ähnlich dem Bericht der Europäischen Union – über die gesundheitliche Situation von Frauen zu institutionalisieren, die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Ursache, Symptomatik, Verlauf und Therapien sowohl bei geschlechtsspezifischen als auch bei geschlechtsindifferenten Krankheiten stärker in den Mittelpunkt zu rücken und der Forschung zugänglich zu machen;
- aus den Erkenntnissen einer solchen Gesundheitsberichterstattung Konsequenzen zu ziehen und der nach Geschlecht unterschiedlichen Verteilung von Gesundheitsrisiken Rechnung zu tragen;
- Modellversuche eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings entsprechend den Qualitätsanforderungen des Programms „Europa gegen den Krebs“ der Europäischen Kommission zu unterstützen;
- die in der Zuständigkeit der Länder eingerichteten Krebsregister dabei zu unterstützen, die Fälle an Brustkrebs vollständig zu erfassen;
- den Anteil der Gutachterinnen in den Beratungsgremien der für die Gesundheitsforschung und -versorgung zuständigen Bundesministerien deutlich zu erhöhen;

- die nationale sowie internationale Vernetzung von Forschungsaktivitäten stärker zu unterstützen;
- die Karriereverläufe und Situationen von Frauen in Medizin- und Gesundheitsforschung sowie die Berücksichtigung der Ansätze und Ergebnisse der Frauen- und Genderforschung in Lehre, Ausbildung, Forschung und Pflegewissenschaft umfassend zu untersuchen und Maßnahmen zu ergreifen, die geeignet sind, Benachteiligungen abzubauen und frauenspezifische Krankheitsursachen und -verläufe stärker in die Ausbildung einzubeziehen;
- Präventionsmaßnahmen gegen HIV/AIDS gezielter für Frauen einzusetzen, da die Ansteckungsgefahr für Frauen viel höher ist als allgemein bekannt, sowie Maßnahmen zu ergreifen, um die Versorgung von HIV-infizierten und aidserkrankten Frauen zu verbessern und deren besondere gynäkologische Vorsorge zu optimieren;
- gezielte Maßnahmen für Migrantinnen zu entwickeln, um ihre spezifische gesundheitliche Situation zu verbessern;
- die Bildung regionaler Frauengesundheitszentren, auch im ländlichen Raum, stärker zu fördern;
- Maßnahmen zu entwickeln, um im Rahmen einer gesundheitlichen Gesamtversorgung die Lebenssituation von Frauen, die sich oftmals in einem konfliktreichen Spannungsfeld zwischen Beruf, Familie und Mutterschaft abspielt, insbesondere bei der Nachsorge nach der Niederkunft sowie nach Operationen, aber auch bei chronischen Erkrankungen zu berücksichtigen;
- Maßnahmen zu ergreifen, die besonders auf die Gesundheitsversorgung behinderter Frauen ausgerichtet sind;
- Maßnahmen zu ergreifen, die im Rahmen von Rehabilitation zu einer verstärkten Berücksichtigung der familiären und beruflichen Situation von Frauen führt.

Berlin, den 7. Juli 2000

**Dr. Peter Struck und Fraktion**  
**Kerstin Müller (Köln), Rezzo Schlauch und Fraktion**



