

## **Antrag**

**der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Eva-Maria Kors, Dr. Sabine Bergmann-Pohl, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Ilse Aigner, Dr. Wolf Bauer, Brigitte Baumeister, Renate Blank, Dr. Maria Böhmer, Sylvia Bonitz, Monika Brudlewsky, Renate Diemers, Marie-Luise Dött, Maria Eichhorn, Anke Eymer (Lübeck), Dr. Hans-Georg Faust, Ulf Fink, Ingrid Fischbach, Ursula Heinen, Hubert Hüppe, Susanne Jaffke, Dr. Harald Kahl, Dr. Martina Krogmann, Vera Lengsfeld, Ursula Lietz, Dr. Angela Merkel, Claudia Nolte, Beatrix Philipp, Marlies Pretzlaff, Christa Reichard (Dresden), Katharina Reiche, Erika Reinhardt, Hannelore Rönsch (Wiesbaden), Anita Schäfer, Birgit Schnieber-Jastram, Bärbel Sothmann, Margarete Späte, Dorothea Störr-Ritter, Dr. Rita Süßmuth, Dr. Susanne Tiemann, Edeltraut Töpfer, Angelika Volquartz, Andrea Voßhoff, Dagmar Wöhrl, Aribert Wolf, Elke Wülfing, Wolfgang Zöllner und der Fraktion der CDU/CSU**

### **Konkrete Gesundheitspolitik für Frauen**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Grundsätzlich kommen Fortschritte der Medizin und Medizintechnik Frauen und Männern gleichermaßen zugute, und zwar in ganz Deutschland. Es bleibt aber Aufgabe der Gesundheitspolitik unterschiedliche Gesundheitsprobleme bei Frauen und Männern und die Art und Weise, wie beide mit Krankheiten umgehen, stärker als bisher zu berücksichtigen (Gender-Mainstreaming).

Fest steht, dass Frauen Gesundheit anders wahrnehmen als Männer und unterschiedliche gesundheitsbezogene Verhaltensweisen entwickeln. Fest steht auch, dass Frauen häufiger als Männer ärztlichen Rat suchen und wesentlich mehr Präventionsangebote annehmen.

In der Bundesrepublik Deutschland haben Frauen, wie in allen Industriegesellschaften der Gegenwart, eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung als Männer, dennoch gibt es zahlreiche frauenspezifische Gesundheitsprobleme, die Anlass zur Besorgnis geben. Hierzu zählen u. a. Essstörungen, Depressionen, Osteoporose, Herz- und Kreislaufkrankheiten sowie Familienplanung, Schwangerschaftsabbruch, Gewalt gegen Frauen und die daraus resultierenden gesundheitlichen Probleme.

Hinzu kommt, dass die Budgetierung die Etablierung zusätzlicher Versorgungsangebote sowie innovativer Behandlungsmethoden erschwert, was häufig zu Lasten der frauenspezifischen Gesundheitsversorgung geht.

Daten zu Vorkommen und Häufigkeiten der Essstörungen (Bulimie und Anorexia nervosa) liegen kaum vor, wenngleich der Eindruck vorherrscht, dass diese

Krankheiten in den letzten zwanzig Jahren deutlich zugenommen haben. Es wird geschätzt, dass die Sterblichkeitsrate an Anorexie 6 Prozent beträgt, doppelt so viel wie diejenige an Bulimie.

Mit dem steigenden Altersdurchschnitt der Bevölkerung nimmt auch die Häufigkeit von Osteoporose (Knochenschwund) zu. Angesichts der mit dieser Krankheit verbundenen Folgen wird sie zu einem immer größeren Gesundheitsproblem. 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 (Wechseljahre) an Osteoporose erkrankt. Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung rechnet die WHO damit, dass die Zahl der osteoporosebedingten Hüftgelenksbrüche in den nächsten 20 Jahren um 50 Prozent zunehmen wird.

Das Mammakarzinom (Brustkrebs) ist in Deutschland das häufigste Krebsgeschwulst der Frau. Bei 50 000 Neuerkrankungen und 19 000 Todesfällen jährlich gehört der Brustkrebs zu einer der größten medizinischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen der Gegenwart. Die derzeit erkennbare Entwicklung neuer Behandlungsverfahren lässt innerhalb der nächsten Jahre keine grundlegende Verminderung der Brustkrebssterblichkeit erwarten. Nur die Nutzung der methodischen Möglichkeiten einer wirksamen Brustkrebs-Früherkennung bietet Aussichten auf einen nennenswerten Erfolg in einem vertretbaren Zeitraum. Jede Frau, deren Brustkrebs mammographisch in einem Frühstadium entdeckt wird, hat eine ungleich bessere Heilchance mit wenig belastenden Behandlungsverfahren als bei spät entdeckten Geschwülsten. Nach Hochrechnungen ist es möglich, durch ein effektives, d. h. flächendeckendes, qualitätsgesichertes und fachübergreifendes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm 3 000 bis 4 000 Todesfälle jährlich zu vermeiden.

Rund 6 000 Frauen erkranken jährlich in Deutschland am Zervixkarzinom (Gebärmutterhalskrebs). Weltweit ist der Gebärmutterhalskrebs mit etwa 500 000 Fällen im Jahr die zweithäufigste Krebsart bei Frauen. Etwa 2 800 Frauen sterben in Deutschland pro Jahr an Gebärmutterhalskrebs. Im Verhältnis zur Bevölkerungszahl nimmt Deutschland damit in Westeuropa den drittschlechtesten Rang ein. In fast 100 Prozent der Fälle ist das Humane Papillomavirus (HPV) Verursacher von Gebärmutterhalskrebs.

Eine epidemiologische Studie zur Rate schwerer Depressionen im internationalen Vergleich von zehn Ländern zeigt, dass Frauen weltweit eineinhalb bis dreimal so häufig schwere Depressionen durchmachen wie Männer. Es ist erwiesen, dass in der Gruppe der schweren Depressionen die über 65-jährigen Frauen, Verwitwete und Alleinlebende gegenüber Verheirateten und Männern überwiegen. Frauen werden eher als seelisch krank diagnostiziert als Männer. Gesundheitliche Beschwerden bei Frauen werden oft medikamentös behandelt, obwohl eher eine psychosoziale Betreuung notwendig wäre. Dies führt u. a. dazu, dass beim Suchtverhalten bei Frauen der Medikamentenmissbrauch an vorderster Stelle steht.

Wegen der höheren Lebenserwartung scheinen Frauen in höherem Alter häufiger als Männer von dementiellen Erkrankungen betroffen zu sein.

Der so genannte Sexualquotient (Morbidity w/Morbidity m) belegt für Schilddrüsendysfunktionsstörung, Gallensteinleiden und entzündlichen Gelenkrheumatismus eine besondere Belastung für Frauen. Grundsätzlich gilt, dass Frauen aufgrund ihres natürlichen hormonellen Schutzes etwa fünf Jahre später als Männer an Blutgefäßerkrankungen erkranken. Andererseits weisen mehr Frauen zwischen 50 und 60 Jahren als Männer Übergewicht auf, ein Risikofaktor z. B. für Diabetes mellitus (Zuckererkrankung).

Männer leiden im Alter eher an lebensbedrohlichen Erkrankungen, während Frauen stärker nichtlebensbedrohliche, aber chronische Beschwerden haben. Bei Ersteren treten häufiger Herzinfarkte und Lungenerkrankungen, bei Letzteren dagegen Gelenk- und Knochenerkrankungen (Osteoarthritis, Osteoporose) und Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz) auf. Die Sterblichkeitsrate 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.

## II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf:

### 1. bei Brustkrebs:

- ein flächendeckendes, qualitätsgesichertes und fachübergreifendes Brustkrebs-Früherkennungskonzept auch ohne Vorliegen von Symptomen in Deutschland zu fördern. Bestandteile des Früherkennungskonzepts sollten u. a. die Aufklärung junger Mädchen und Frauen, insbesondere in der Schule, über eine regelmäßige und sachgerechte Selbstuntersuchung der Brust als erste präventive Maßnahme und die ärztliche palpatorische und inspektorische Untersuchung von Brustdrüsen und regionalen Lymphabflussgebieten regelmäßig zumindestens ab dem 40. Lebensjahr sein.
- die Einführung einer Screening-Mammographie eingebettet in ein interdisziplinäres medizinisches Früherkennungskonzept auch ohne Vorliegen von Symptomen zu fördern. Aufgrund der randomisierten Studien ist eine Wirksamkeit der Früherkennungs-Mammographie für Frauen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr, neuerdings auch zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr belegt, aber auch nach dem 70. Lebensjahr anzunehmen.
- die Qualitätssicherung der Brustkrebsfrüherkennung durch Modellprojekte unter Einschluss von radiologischen Screening-Verfahren fachübergreifend zu fördern. Es muss ein qualitätsgesicherter interdisziplinärer Verbund aus klinischer Untersuchung, apparativer Diagnostik, operativer Abklärung, pathomorphologischer Beurteilung und medizinischer Dokumentation mit Zusammenführung des gesamten Qualitätsmanagements geschaffen werden. Bei der Durchführung und Befundung diagnostischer Maßnahmen sind die Wirkungen endogener und exogener Hormone zu berücksichtigen. Bei der Qualitätssicherung in der Mammographie, bei der operativen Qualitätssicherung bei der Entnahme mammographisch entdeckter Läsionen und der Qualitätssicherung der pathohistologischen Befundung müssen in Anlehnung an die Leitlinien der Europäischen Kommission erfolgen. Spezielle Aus- und Fortbildung des medizinisch-technischen sowie Weiter- und Fortbildung des ärztlichen Personals müssen sichergestellt sein.
- die sorgfältige Aufklärung zu fördern, damit Früherkennungsuntersuchungen nicht zu psychischen Belastungen führen. Das Intervall zwischen Erstbefundung und notwendigen apparativen sowie invasiven diagnostischen Zusatzmaßnahmen muss auf ein zeitliches Minimum reduziert werden.
- die Umsetzung der Forschung der „komplementären onkologischen Therapieverfahren“, die geeignet sind, die konventionellen, tumorzerstörenden Therapien, d. h. Operationen, Strahlen- und Chemotherapie, zu ergänzen und zu erweitern, zu fördern.
- darauf hinzuwirken, dass die Richtlinien zur Begutachtung im Rahmen des Schwerbehindertengesetzes dahingehend geändert werden, dass die fünfjährige Heilungsbewährung und die damit einhergehende Absenkung des Behinderungsgrades nach einer Brustamputation abgeschafft wird.

### 2. bei Gebärmutterhalskrebs:

- ein Modellprojekt aufzulegen, um den Einsatz des Humanen Papillomavirus-Test (HPV-Test) zu untersuchen und zu prüfen, ob er künftig zu den von

den Krankenkassen im Rahmen des jährlichen Vorsorgeprogramms zu erstattenden Leistungen zählen sollte.

3. bei Osteoporose:
  - ein Programm zur Früherkennung, Prophylaxe und Therapie zu fördern, um Osteoporosefolgen frühzeitig zu vermeiden und nicht wie häufig festgestellt wird, erst nach einer Fraktur zu behandeln.
4. bei Demenz:
  - Demenzkranke, die in einem bestimmten Umfang der allgemeinen Betreuung bedürfen, in die soziale Pflegeversicherung einzubeziehen.
5. in der Arzneimittelforschung:
  - vor Genehmigung eines neuen Präparates sicherzustellen, dass repräsentative Untersuchungen an einer ausreichenden Zahl von Versuchspersonen beiderlei Geschlechts durchgeführt und auch geschlechtsspezifisch ausgewertet wurden.
6. bei der Gesundheitserziehung allgemein:
  - darauf hinzuwirken, dass es bereits im Rahmen der schulischen Ausbildung ab der fünften Klasse zu einer intensiven und umfassenden Gesundheitserziehung kommt.
7. zur Sicherung einer flächendeckenden hochwertigen medizinischen Versorgung:
  - die Budgetierung der ärztlichen Leistungen sowie der Arznei- und Heilmittelausgaben aufzuheben.

Berlin, den 24. Oktober 2000

**Annette Widmann-Mauz**  
**Eva-Maria Kors**  
**Dr. Sabine Bergmann-Pohl**  
**Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)**  
**Ilse Aigner**  
**Dr. Wolf Bauer**  
**Brigitte Baumeister**  
**Renate Blank**  
**Dr. Maria Böhmer**  
**Sylvia Bonitz**  
**Monika Brudlewsky**  
**Renate Diemers**  
**Marie-Luise Dött**  
**Maria Eichhorn**  
**Anke Eymer (Lübeck)**  
**Dr. Hans-Georg Faust**  
**Ulf Fink**  
**Ingrid Fischbach**  
**Ursula Heinen**  
**Hubert Hüppe**  
**Susanne Jaffke**  
**Dr. Harald Kahl**  
**Dr. Martina Krogmann**  
**Vera Lengsfeld**

**Ursula Lietz**  
**Dr. Angela Merkel**  
**Claudia Nolte**  
**Beatrix Philipp**  
**Marlies Pretzlaff**  
**Christa Reichard (Dresden)**  
**Katharina Reiche**  
**Erika Reinhardt**  
**Hannelore Rönsch (Wiesbaden)**  
**Anita Schäfer**  
**Birgit Schnieber-Jastram**  
**Bärbel Sothmann**  
**Margarete Späte**  
**Dorothea Störr-Ritter**  
**Dr. Rita Süßmuth**  
**Dr. Susanne Tiemann**  
**Edeltraut Töpfer**  
**Angelika Volquartz**  
**Andrea Voßhoff**  
**Dagmar Wöhr**  
**Aribert Wolf**  
**Elke Wülfing**  
**Wolfgang Zöller**  
**Friedrich Merz, Michael Glos und Fraktion**