

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Monika Knoche und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 13/7475 –**

Frauenspezifische und geschlechterdifferenzierte Rehabilitationsforschung

Mit dem Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes, in dem u. a. Leistungskürzungen in der gesundheitlichen Versorgung festgelegt werden, sind Erhöhungen der individuellen Zuzahlung für Patientinnen und Patienten im Bereich der stationären Versorgung vorgenommen worden. Neben Krankenhausaufenthalten wurde auch die stationäre Präventions- und Rehabilitationskur einer erhöhten Eigenbeteiligung unterworfen sowie eine Verkürzung der Kurdauer und Verlängerung der Fristen für eine erneute Leistungsgewährung verordnet. Weiter hat die Bundesregierung im Entwurf zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) die mögliche Ausgliederung der gesundheitlichen Rehabilitation aus dem Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen. Dies führt bereits heute schon zu erheblichen Rückgängen in der Inanspruchnahme dieser Heilbehandlungs- und Präventionsleistungen.

Insbesondere bei Mütterkuren und Mutter-Kind-Kuren ist ein deutlicher Rückgang festzustellen. In einer Kleinen Anfrage der Abgeordneten Monika Knoche und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom Januar 1997 (Drucksache 13/6802) ist der Bundesregierung dieser Sachverhalt zur Beantwortung und Bewertung vorgelegt worden.

Mit einer weiteren Kleinen Anfrage zur Situation der Kinder- und Jugendrehabilitation sowie der Kinderkuren vom Februar 1997 (Drucksache 13/6882) wird u. a. Bezug auf die Auswirkung dieser gekürzten Versorgungsleistungen auf die Familienfrauen genommen.

Sollten Kuren und Rehabilitationen vom Regelleistungskatalog in Satzungsleistungen überführt und damit den Wettbewerbssituationen der Kassen unterworfen werden, würde das zu erheblichen Benachteiligungen für jene Frauen führen, die keine diesbezüglichen Ansprüche aus den Rentenversicherungsträgern ableiten können.

Sie bleiben auf Kassenkuren angewiesen und sind damit alternativlos von den Entscheidungen der Kassen über den Umfang der Satzungsleistungen abhängig. Gerade in Verbindung mit dem Ausschluß des Mehrkostenausgleichs einzelner gesetzlicher Krankenversicherungen für diesen Leistungssektor aus dem Risikostrukturausgleich würde eine rein fiskalische und nicht mehr gesundheitspolitisch gesteuerte und damit negativ zu bewertende Motivation der gesetzlichen Kassen generell gefördert, Kuren nicht mehr anzubieten.

Entgegen dieser durch die neuesten Gesundheitsstrukturgesetze hervorgerufenen Beeinträchtigung der Gesundheitsversorgung der Be-

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 15. Mai 1997 übermittelt.

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

völkerung hält das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) die Förderung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung für geboten. Dies ist aus der entsprechenden Ausschreibung des BMBF vom März 1996 erkennbar. Dort heißt es:

„Auf Grund des gesetzlichen Auftrages, der durch den Bedarf bestimmten strukturellen Weiterentwicklung sowie der sozial- und gesundheitspolitischen Bedeutung bedarf die Praxis der medizinischen Rehabilitation in Deutschland einer wissenschaftlichen Fundierung“. Insbesondere werden vom BMBF Chronizität der Erkrankungen, Gefährdungen des Patienten in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gestellt, die sich auf Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln des Bindegewebes, des Herz-Kreislaufsystems, des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane, auf neurologische psychische und psychosomatische Krankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane und der Haut oder Krebserkrankungen erstrecken, um unter anderen Zielen auch Defizite in diesem Versorgungsbereich aufzuzeigen.

Nicht enthalten in den Zielen dieses Förderungsprojektes ist die frauenspezifische und die geschlechterdifferenzierte Forschung. Im Rehabilitationsbereich ist aber gerade diese Perspektive von größter Bedeutung.

Auf Grund der geringen Teilnahme am Erwerbsleben haben Frauen eine geringere Anspruchsberechtigung auf Rehabilitationsmaßnahmen als Männer. Auch ist eine geringere Teilnahme von Frauen an Rehabilitationsmaßnahmen zu verzeichnen. Dies ist insbesondere bei Maßnahmen zu erkennen, die auf berufliche Rehabilitation ausgerichtet sind. Ob sich bei erwerbstätigen Frauen mit Familienpflichten und alleinerziehenden erwerbstätigen Frauen eine vergleichsweise gleich hohe Inanspruchnahme von Rehabilitationskuren feststellen läßt, bezogen auf die Krankheitsarten unter den Versicherten insgesamt, ist derzeit nicht bekannt. Häufiger bis sehr stark sind Frauen im Bereich der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen zu finden, wenngleich auch diese Kurformen nicht explizit auf ihre Lebenslagen zugeschnitten sind.

Von allen zur Verfügung stehenden Rehabilitationsbetten werden lediglich 2 % für gynäkologische Störungen bereitgestellt.

1. Wie viele Anträge sind zur Förderung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung im Rahmen der öffentlichen Ausschreibung beim BMBF eingegangen?

Wie viele davon beschäftigen sich mit einer frauenspezifischen Rehabilitationsforschung?

Bis wann soll die Vergabe erfolgen?

Bis wann soll mit der Arbeit zur ersten Förderphase begonnen werden?

Insgesamt sind auf die Ausschreibung zur Förderung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung in Deutschland 111 Anträge bzw. Antragsskizzen mit insgesamt ca. 400 Teilvorhaben beim Projektträger eingegangen. 5 Antragsskizzen befassen sich ausschließlich mit Fragen der frauenspezifischen Rehabilitation. Viele Anträge bearbeiten zudem in den Teilvorhaben frauenspezifische Fragestellungen, weil entweder frauenspezifische Krankheitsbilder (z. B. Mamma-Ca) angesprochen werden oder durch die Definition der Zielgruppe im wesentlichen Frauen betroffen sind (z. B. psychische Erkrankungen im höheren Alter).

Die endgültige Vergabe der Zuwendungen wird bis zum Frühjahr 1998 dauern. Vom 8. bis 10. Oktober 1997 wird die zweite Gutachtersitzung stattfinden, auf der die Anträge, für die auf der ersten Gutachtersitzung eine endgültige Ausformulierung der Antragsskizzen empfohlen worden ist, beraten werden sollen. Da bei diesem Förderschwerpunkt der Bund nicht alleiniger Finanzier ist, sondern auch die Rentenversicherungsträger 50 % des Fördervolumens übernehmen, werden nach der zweiten Gutachtersitzung die Rentenversicherungsträger über die Empfehlungen des Gut-

achtergremiums in ihren Entscheidungsgremien beraten, um die Basis für eine endgültige Förderentscheidung zu liefern. Etwa Ende 1997 werden voraussichtlich die ersten Entscheidungen gefällt. Damit kann die Arbeit in einzelnen Teilvorhaben voraussichtlich im Frühjahr 1998 beginnen.

2. Werden in dem vom BMBF geplanten Forschungsvorhaben frauenspezifische Schwerpunkte verankert?

Wenn ja, welchen allgemeinen und welchen besonderen Zielsetzungen folgen sie?

Im Rahmen der ersten Gutachtersitzung ist die Problematik der frauenspezifischen Rehabilitation sowohl im Hinblick auf die Versorgungssituation von Frauen als auch im Hinblick auf wissenschaftliche Fragestellungen und Forschungsbedarf ausführlich diskutiert worden. Da in den bisherigen Antragsskizzen diese Fragestellungen nur begrenzt aufgegriffen worden sind, sind alle für die endgültige Antragstellung ausgewählten Verbünde ausdrücklich aufgefordert worden, bei der weiteren Ausformulierung der Teilprojekte geschlechts- und insbesondere frauenspezifische Aspekte zu berücksichtigen.

Zielsetzung soll es sein, zunächst mehr Kenntnis über die Inanspruchnahme, Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen bei Frauen zu gewinnen, um ggf. Vorschläge für frauenspezifische Rehabilitationsprogramme den Rentenversicherungsträgern unterbreiten zu können.

3. Werden in den aufzubauenden Forschungsverbänden Strukturen geschaffen, die eine kontinuierliche Förderung von Frauengesundheitsprojekten erlauben?

Wenn ja, welcher Art sind diese?

Als Schwerpunkt dient die Rehabilitations-Ausschreibung dem Aufbau von Strukturen zur Etablierung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung als eigene, fest etablierte Disziplin in der Zukunft. Dabei können und sollen auch frauenspezifische Forschungsaspekte berücksichtigt werden. Es geht jedoch in den Forschungsverbänden schwerpunktmäßig nicht darum, Strukturen für die Frauengesundheitsforschung aufzubauen.

Gleichwohl haben frauenspezifische Gesundheitsprobleme in der Forschungsförderung des Bundes eine hohe Priorität, da den Frauen in der Forschungs- und Wissenschaftspolitik und der Frauengesundheit in der Gesundheitspolitik ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Weitere Ausführungen finden sich in der Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage zur frauenspezifischen Gesundheitsversorgung zu den Fragen 9.1 bis 9.11 (Drucksache 13/5214). Insbesondere hat das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) 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. 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.

4. Wie hoch ist der Anteil der Frauen in den Gutachterinnen- bzw. Gutachtergremien?
Sieht sich die Bundesregierung veranlaßt, diesen Anteil der Frauen zu erhöhen?
Wenn ja, wie geschieht dies und in welcher Zeitschiene?
Sind geschlechterparitätisch besetzte Gutachterinnen- bzw. Gutachtergremien angestrebt?
Wenn nein, warum nicht?

Dem Gutachterkreis für den rehabilitationswissenschaftlichen Förderschwerpunkt gehörten für die Sitzung im Dezember 1996 14 Personen an, davon waren 3 Frauen. Alle Bemühungen, diese Anzahl zu erhöhen, scheiterten daran, daß die angesprochenen Frauen entweder aus Zeitgründen oder aus Gründen der Befähigung (selbst Antragstellerin) eine Teilnahme ablehnten.

Frauen sind in der Gruppe der Professoren unterrepräsentiert. Aus diesem Grunde wird im Gesundheitsforschungsprogramm verstärkt versucht, jüngere ausgewiesene Wissenschaftlerinnen für die Gutachterinnentätigkeit zu gewinnen.

Für Gremien im Einflußbereich des Bundes gilt seit September 1994 das Bundesgremienbesetzungsgesetz. Dieses Gesetz enthält konkrete Verfahrensvorschriften für die Besetzung von Gremien im Einflußbereich des Bundes, und es verpflichtet den Bund und die anderen am Besetzungsvorhaben beteiligten Stellen, eine gleichberechtigte Teilnahme von Frauen und Männern in diesen Gremien zu schaffen. Weitere Ausführungen finden sich in der Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage zur frauenspezifischen Gesundheitsversorgung zu den Fragen 9.2 und 9.4 (Drucksache 13/5214).

5. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, die geschlechtsdifferenzierte Perspektive als wichtiges Begutachungskriterium anzuerkennen?
Wenn ja, wie berücksichtigt sie dieses?
Wenn nein, wie begründet sie dies?
6. Wie bewertet die Bundesregierung die Forderung, frauenspezifische und geschlechterspezifische Themenstellungen in den aufzubauenden Forschungsverbänden an jedem Standort zu etablieren?

Im Rahmen des rehabilitationswissenschaftlichen Förderschwerpunktes ist der Notwendigkeit einer geschlechtsdifferenzierten Perspektive insofern Rechnung getragen worden, als alle für die endgültige Antragstellung ausgewählten Verbände aufgefordert wurden, bei der weiteren Ausformulierung der Anträge ge-

schlechtsspezifische Aspekte angemessen zu berücksichtigen. Ferner wurden sie darauf hingewiesen, daß dies eine wesentliche Voraussetzung für die Förderwürdigkeit von Teilprojekten ist. In der Durchsetzung dieses Anspruchs besteht vollständige Einigkeit zwischen den Förderern BMBF und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger sowie dem Gutachterkreis.

7. Erwägt die Bundesregierung einen frauenspezifischen Verbund einzurichten als Vervollständigung des Forschungsvorhabens?
Wenn ja, wie soll das erreicht werden?
Wenn nein, warum sieht sie dazu keine Notwendigkeit?

Im Rahmen der ersten Gutachtersitzung für den rehabilitationswissenschaftlichen Förderschwerpunkt ist die Einrichtung eines eigenständigen Forschungsverbundes zur frauenspezifischen Problematik in der Rehabilitation diskutiert worden. Die vorliegenden Anträge zu diesem Thema konnten wegen erheblicher methodischer und organisatorischer Defizite nicht als ausreichend tragfähig eingeschätzt werden, um im Vergleich mit der Gesamtheit der vorliegenden Verbundskizzen eine Aufforderung zur ausführlichen Antragstellung zu rechtfertigen. Im Sinne einer notwendigen Gleichbehandlung aller Antragsteller ist es nicht möglich, eine erneute Antragstellung für einen frauenspezifischen Verbund zuzulassen.

8. Wie bewertet die Bundesregierung den Rückgang der Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationen respektive die Unterrepräsentanz von Frauen als Patientinnen in bestimmten Bereichen des Kurwesens
- in bezug auf die Gesundheit der Frauen allgemein und individuell,
 - in bezug auf die frauenspezifische und geschlechterdifferenzierte Angebotsseite im Kurwesen und
 - in bezug auf die frauenspezifische und geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung?

Ein Rückgang der Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationsmaßnahmen war politisch gewollt. Es galt, die überproportionalen Zuwächse in diesen Bereichen einzudämmen. Der Ausgabenzuwachs für Rehabilitationsleistungen sollte auf das Maß zurückgeführt werden, in dem auch andere Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung wuchsen und das sich maßgeblich an dem Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung orientierte.

Wenn und soweit dieses Einsparziel erreicht ist (neuere Zahlen liegen noch nicht vor) und sich die Entwicklung verstetigt hat, besteht zu weiteren Einschränkungen kein Anlaß. Medizinisch notwendige Rehabilitationsleistungen werden auch nach wie vor in erforderlichem Umfang erbracht.

Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen für Frauen mit betreuungsbedürftigen Angehörigen insbesondere außerhalb der Ballungsgebiete ist immer noch erheblich schwieriger als für

Männer. Bereits seit 1990 nimmt sich auch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation dahin gehender Verbesserungsmöglichkeiten im System der beruflichen Rehabilitation besonders an. Zu Projekten zu diesem Thema finden sich Ausführungen in der Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage zur frauenspezifischen Gesundheitsversorgung zu der Frage 2.7 (Drucksache 13/5214).

Im übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zu Mütterkuren und Mutter/Kind-Kuren vom 27. Februar 1997 (Drucksache 13/7108), Fragen 4 und 5, verwiesen.

9. Wie bewertet die Bundesregierung die Umwandlungsoption der Regel- in Satzungsleistungen der gesetzlichen Kassen in Bezug auf das Krankenkassenwahlverhalten von Frauen?

Eine Umwandlungsoption von Regel- in Satzungsleistungen ist in den vom Deutschen Bundestag beschlossenen 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetzen nicht vorgesehen.

10. Steht nach der Vorgabe des 2. GKV-NOG der in der gesetzlichen Krankenversicherung familienmitversicherten Frau ein eigenständiges Krankenkassenwahlrecht zu, wenn die Satzungsleistungen der Kasse des Pflichtversicherten z. B. Kurleistungen in den Wahlkatalog überführt haben?
Oder auf welcher anderen Weise wird mitversicherten Frauen eine gewünschte Vollversorgung auf Sachleistungsgewährungsbasis ermöglicht?

Schon nach bisherigem Recht hatten die Krankenkassen die Möglichkeit, bestimmte Leistungen wie z. B. die Zuschußhöhe zu ambulanten Kuren zu verändern oder die volle Kostenübernahme bei Mütterkuren auf Zuschüsse umzustellen. In der Vergangenheit lösten derartige Veränderungen keine vorzeitige Kassenwechsellmöglichkeit aus. Diese Möglichkeit wird erstmals durch das 1. GKV-Neuordnungsgesetz geschaffen, das derzeit noch parlamentarisch beraten wird.

In Übereinstimmung mit der Systematik der Krankenkassenwahlrechte steht diese Kündigungsmöglichkeit nur den Mitgliedern, nicht aber den familienversicherten Angehörigen zu. Der Gesetzgeber ging insoweit davon aus, daß die Wahl der Krankenkasse durch das Mitglied und seine Angehörigen gemeinsam erfolgt. Ein selbständiges Krankenkassenwahlrecht auch für die mitversicherten Angehörigen hätte für die Krankenkassen einen erheblichen Verwaltungsaufwand zur Folge, da die Krankenversicherung des Mitglieds und der mitversicherten Familienangehörigen dann unter Umständen von mehreren verschiedenen Krankenkassen durchgeführt werden müßte. Dabei ist auch zu berücksichtigen, daß ca. 57 % der Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren und ca. 42 % der Mütterkur-Teilnehmerinnen berufstätig und daher über eine eigene, mit eigenständigen Kas-

senwahlrechten verbundene Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert sind.

Eine gewünschte Vollversorgung auf „Sachleistungsgewährungsbasis“ wird durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz nicht geschmälert.

11. Sieht die Bundesregierung aus Erkenntnissen der allgemeinen Frauenforschung die Befürchtung als begründet an, daß durch die Kürzungen im Bereich der Sachleistungsgewähr der Kassen im Rehabilitationssektor und die nicht ausreichend vorhandenen bzw. rückläufigen Angebote von Rehabilitationsleistungen allgemein und frauenspezifisch, geschlechterdifferenzierte Versorgungsangebote im besonderen, es zu einem Verlust einer emanzipatorischen gleichstellenden Gesundheitsversorgung für Frauen im Solidarsystem kommt?

Inwieweit ist dadurch eine Rücknahme der Eigeninteressen von Frauen auf Gesundheitserhaltung oder Wiedererlangung ihres physischen und psychischen Wohlbefindens zu erwarten?

Mit welchen frauengleichstellenden Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung ggf. dieser Entwicklung vorzubeugen oder entgegenzuwirken?

Die Bundesregierung hegt die geäußerten Befürchtungen nicht.

12. Wie hoch ist der Anteil von Frauen bei Kuren und Rehabilitationen?

In der Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung werden Kuren nicht geschlechtsspezifisch erfaßt. Lediglich zu den Mütterkuren sind wegen der geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme Angaben zu machen. 1995 wurden von den Krankenkassen insgesamt 136 490 Mütterkuren durchgeführt, davon 131 005 mit voller Kostenübernahme und 5 485 mit einem Zuschuß durch die Krankenkasse.

Im Jahr 1994 wurde von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung für insgesamt 402 930 Frauen, im Jahre 1995 für insgesamt 409 880 Frauen eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Bezogen auf alle durchgeführten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen lag der Frauenanteil bei 45 Prozent (vgl. im einzelnen Antwort der Bundesregierung auf Frage 2.8 der Großen Anfrage der Frauenspezifischen Gesundheitsversorgung, Drucksache 13/5214).

13. Welcher Altersgruppe gehören die Frauen an?

14. Aus welcher sozialen Schicht kommen sie?

In der Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung liegen keine Daten vor, aus denen eine alters- und schichtenspezifische Inanspruchnahme von Kuren durch Frauen abgeleitet werden könnte. Es kann lediglich gesagt werden, daß das Durchschnittsalter der Frauen in Mutter-Kind-Kuren 33,5 Jahre beträgt und in Mütterkuren mit 45,5 Jahren deutlich darüber liegt.

Für die von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 1994 durchgeführten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen kann folgendes gesagt werden: Die Frauen waren im Durchschnitt 50 Jahre alt. Spezielle Daten, aus welcher sozialen Schicht sie kommen, liegen nicht vor. Bekannt ist lediglich die Art der Erwerbstätigkeit vor Antragstellung (vgl. hierzu Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage zur frauenspezifischen Gesundheitsversorgung – Drucksache 13/5214 – zu Frage 2.8). Die Altersstruktur der von der Rentenversicherung betreuten Rehabilitandinnen bitte ich dem beiliegenden Auszug aus dem Statistikband des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger für das Berichtsjahr 1995 zu entnehmen.

15. Von wem werden die Kosten übernommen?

Liegen die Voraussetzungen für Ansprüche auf Rehabilitationsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der gesetzlichen Rentenversicherung oder nach dem Bundessozialhilfegesetz vor, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger oder die Sozialhilfeträger nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften die Kosten.

16. Wie viele Betten bzw. frauenspezifische Kuren und Rehabilitationen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland?

Statistiken entsprechend der Fragestellung werden nicht geführt.

Angaben können lediglich zu Müttergenesungshäusern gemacht werden: 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.

17. Für welche Indikationen werden diese angeboten?

Im Bereich der Mütter- und Mutter-Kind-Kuren werden im wesentlichen folgende Indikationen berücksichtigt:

- psychosomatische und psychovegetative Störungen und Erkrankungen
- Herz-Kreislauf-Gefäßerkrankungen
- Erkrankungen der Atemwege
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Hauterkrankungen
- Allergien
- Rheuma

Ein ausschließlich an Frauen gerichtetes Angebot befindet sich darüber hinaus im Bereich der Entwöhnungsbehandlungen und

bei der Therapie der Eßstörungen. Hier bestehen zum Beispiel Einrichtungen, die nur Frauen rehabilitieren.

Bei den ambulanten Kuren finden sich spezielle Angebote für Frauen bei den Kompaktkuren. Die sog. „Frauenkur“ hat als Zielgruppe u. a. Frauen mit gynäkologischen Beschwerden/Erkrankungen – Wechseljahre, prämenstruellem Syndrom, Unfruchtbarkeit sowie Harninkontinenz, Wirbelsäulenbeschwerden, Erschöpfungszustände.

18. Welche medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Konzepte für frauenspezifische Kuren und Rehabilitationen sind der Bundesregierung bekannt, und wie bewertet sie diese?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß alle Therapiekonzepte für Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen auch die besonderen Aspekte der jeweiligen Zielgruppe berücksichtigen; dies gilt auch für die in der Antwort auf Frage 17 genannten Angebote.

Eine Studie zur Effektivität von Müttergenesungskuren liegt in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vor.

19. Welche Fachverbände, Arbeitsgruppen, Institutionen beschäftigen sich in der Bundesregierung mit einer frauenspezifischen Rehabilitationsforschung?

Auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 9.7 und 9.8 der Großen Anfrage zur frauenspezifischen Gesundheitsversorgung, Drucksache 13/5214, wird verwiesen.

„In der Bundesregierung“ beschäftigen sich keine Fachverbände, Arbeitsgruppen, Institutionen mit einer frauenspezifischen Rehabilitationsforschung.

Im übrigen gibt es frauenspezifische Projekte der Reha-Forschung und viele Studien, die in ihren Analysen und Ergebnissen zwischen Frauen und Männern unterscheiden und somit geschlechts-, wenn auch nicht frauenspezifisch, forschen. Diese Entwicklung ist in der Sucht und der Psychosomatik wohl am weitesten, aber auch in der Onkologie und Kardiologie zu erkennen.

Auszug aus dem Statistikband des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger

Stationäre medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation für Erwachsene
im Berichtsjahr 1995

15.00 M RV

Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Leistungsfähigkeit
Gesetzliche Rentenversicherung

Leistungsfähigkeit	Leistungen Insgesamt	Alter bei Abschluß der Leistung von . . . bis . . . Jahre										Durchschnitts- alter	
		unter 20	20-24 ·	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	50 und mehr		
		Anzahl											Jahre
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11
Männer													
Fortsetzung der letzten Beschäftigung													
vollschichtig zumutbar	346 847	806	3 975	11 559	22 015	30 923	39 562	49 852	69 252	93 910	25 193	48,4	
halb- bis unter vollschichtig	20 544	35	288	733	1 230	1 474	1 875	2 463	3 881	6 713	1 851	49,4	
darunter:													
andere Erwerbstätigkeit													
vollschichtig zumutbar	14 442	19	230	578	943	1 132	1 373	1 731	2 635	4 638	1 163	48,9	
2 Std. bis unter halbschichtig	17 713	26	236	619	961	1 143	1 413	1 878	3 306	6 284	1 847	50,1	
darunter:													
andere Erwerbstätigkeit													
vollschichtig zumutbar	12 517	19	195	502	826	892	1 081	1 304	2 280	4 296	1 122	49,3	
halb- bis unter vollschichtig	1 444	2	5	18	21	37	83	144	267	619	248	53,6	
weniger als 2 Stunden	59 769	112	684	1 696	2 583	3 337	4 428	6 105	11 093	19 690	10 041	51,8	
darunter:													
andere Erwerbstätigkeit													
vollschichtig zumutbar	32 928	68	503	1 281	1 907	2 361	2 949	3 774	6 299	10 871	2 915	49,3	
halb- bis unter vollschichtig	2 720	7	22	44	67	87	152	245	569	1 138	389	52,8	
2 Std. bis unter halbschichtig	2 245	1	19	28	45	82	113	218	472	960	307	53,0	
keine Angabe erforderlich	42 810	73	519	1 351	1 925	2 460	3 120	4 194	6 284	10 674	12 210	53,4	
keine Aussage möglich	3 410	7	82	148	304	343	370	416	581	784	375	47,7	
Insgesamt	491 093	860	5 784	16 106	29 018	39 680	50 768	64 908	94 397	138 055	51 517	49,3	
Frauen													
Fortsetzung der letzten Beschäftigung													
vollschichtig zumutbar	281 286	456	4 294	10 475	15 488	22 377	34 560	45 911	62 646	73 648	11 431	48,0	
halb- bis unter vollschichtig	19 830	9	205	536	785	1 210	1 924	2 917	4 690	6 678	876	49,8	
darunter:													
andere Erwerbstätigkeit													
vollschichtig zumutbar	10 970	7	136	335	451	660	1 077	1 647	2 568	3 702	387	49,5	
2 Std. bis unter halbschichtig	12 181	7	158	328	488	728	1 165	1 602	2 728	4 409	568	49,9	
darunter:													
andere Erwerbstätigkeit													
vollschichtig zumutbar	6 764	5	111	224	308	422	655	895	1 491	2 420	233	49,3	
halb- bis unter vollschichtig	1 471	—	9	15	26	48	112	167	380	638	76	52,1	
weniger als 2 Stunden	40 793	57	403	948	1 493	2 110	3 119	4 533	7 747	11 809	8 574	53,2	
darunter:													
andere Erwerbstätigkeit													
vollschichtig zumutbar	14 752	38	282	546	773	1 048	1 467	2 065	3 195	4 856	482	48,6	
halb- bis unter vollschichtig	2 036	—	9	23	50	105	142	258	555	811	83	51,4	
2 Std. bis unter halbschichtig	1 623	3	8	34	34	73	132	175	400	673	91	51,5	
keine Angabe erforderlich	54 095	75	565	1 384	1 980	2 768	3 904	5 183	7 841	10 785	19 610	55,6	
keine Aussage möglich	1 585	8	21	63	82	98	162	217	299	422	323	51,5	
Insgesamt	409 880	612	5 646	13 734	20 316	29 291	44 834	60 363	85 951	107 751	41 382	49,7	
Männer und Frauen													
Fortsetzung der letzten Beschäftigung													
vollschichtig zumutbar	628 133	1 062	8 269	22 034	37 503	53 300	74 122	95 763	131 898	167 558	36 624	48,2	
halb- bis unter vollschichtig	40 874	45	493	1 269	2 015	2 684	3 799	5 380	8 571	13 391	2 727	49,6	
darunter:													
andere Erwerbstätigkeit													
vollschichtig zumutbar	25 412	26	366	913	1 394	1 792	2 450	3 378	5 203	8 340	1 550	49,1	
2 Std. bis unter halbschichtig	29 894	33	394	947	1 449	1 871	2 578	3 480	6 034	10 693	2 415	50,0	
darunter:													
andere Erwerbstätigkeit													
vollschichtig zumutbar	19 281	24	306	726	1 134	1 314	1 736	2 199	3 771	6 716	1 355	49,3	
halb- bis unter vollschichtig	2 915	2	14	33	47	85	195	311	647	1 257	324	52,9	
weniger als 2 Stunden	100 502	169	1 087	2 644	4 076	5 447	7 547	10 838	18 840	31 499	18 615	52,4	
darunter:													
andere Erwerbstätigkeit													
vollschichtig zumutbar	47 680	106	785	1 827	2 680	3 409	4 416	5 839	9 494	15 727	3 397	49,1	
halb- bis unter vollschichtig	4 756	7	31	67	117	192	294	503	1 124	1 949	472	52,2	
2 Std. bis unter halbschichtig	3 868	4	27	62	79	155	245	393	872	1 633	398	52,4	
keine Angabe erforderlich	96 905	148	1 084	2 735	3 905	5 228	7 024	9 377	14 125	21 459	31 820	54,7	
keine Aussage möglich	5 105	15	103	211	386	441	532	633	880	1 206	698	48,9	
Insgesamt	900 973	1 472	11 430	29 840	49 334	68 971	95 602	125 271	180 348	245 806	92 899	49,5	

