



EUROPÄISCHES PARLAMENT

2009 – 2014

Plenarsitzungsdokument

A7-0340/2012

18.10.2012

BERICHT

über die Prävention von altersbedingten Erkrankungen bei Frauen
(2012/2129(INI))

Ausschuss für die Rechte der Frau und die Gleichstellung der Geschlechter

Berichterstatlerin: Roberta Angelilli

PR_INI

INHALT

	Seite
ENTWURF EINER ENTSCHEIDUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS	3
BEGRÜNDUNG.....	20
ERGEBNIS DER SCHLUSSABSTIMMUNG IM AUSSCHUSS	23

ENTWURF EINER ENTSCHEIDUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS

zur Prävention von altersbedingten Erkrankungen bei Frauen (2012/2129(INI))

Das Europäische Parlament,

- unter Hinweis auf Artikel 168 AEUV,
- unter Hinweis auf die Charta der Grundrechte der Europäischen Union,
- unter Hinweis auf das Weißbuch mit dem Titel: „Gemeinsam für die Gesundheit: ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ (COM(2007)0630),
- unter Hinweis auf das Weißbuch „Ernährung, Übergewicht, Adipositas: eine Strategie für Europa“ (COM(2007)0279),
- unter Hinweis auf den Bericht der Kommission zur gesundheitlichen Situation der Frauen in der Europäischen Union,
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission über den Nutzen der Telemedizin für Patienten, Gesundheitssysteme und die Gesellschaft (KOM(2008)689),
- in Kenntnis der Mitteilung der Kommission mit dem Titel: „Die Auswirkungen der demografischen Alterung in der EU bewältigen“ (COM(2009)0180),
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission mit dem Titel „Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU“ (COM(2009)0567),
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission mit dem Titel „Maßnahmen zur Krebsbekämpfung: Europäische Partnerschaft“ (COM(2009)0291),
- unter Hinweis auf den Bericht „Empower Women – Combating Tobacco Industry Marketing in the WHO European Region“ (Ermächtigung von Frauen – Bekämpfung der Tabakwerbung in der Europäischen Region der WHO) (WHO 2010),
- unter Hinweis auf den Bericht der Kommission über die demografische Alterung 2012: „The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies“ (European Economy 4/11. Europäische Kommission 2011),
- unter Hinweis auf den Beschluss Nr. 1350/2007/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008–2013)¹,
- unter Hinweis auf den Beschluss Nr. 940/2011/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. September 2011 über das Europäische Jahr für aktives Altern und

¹ ABl. L 301 vom 21.7.2001, S. 30.

Solidarität zwischen den Generationen¹,

- unter Hinweis auf die Schlussfolgerungen des Rates „Innovative Ansätze für chronische Krankheiten im öffentlichen Gesundheitswesen und in Gesundheitsfürsorgesystemen“ vom 7. Dezember 2010,
- unter Hinweis auf den Bericht des belgischen Ratsvorsitzes vom 23. November 2010 zum geschlechtsspezifischen Lohngefälle,
- unter Hinweis auf die Schlussfolgerungen des UN-Gipfels zu nicht übertragbaren Krankheiten vom 19.-20. September 2011,
- unter Hinweis auf das Rahmenprogramm für Forschung und Innovation „Horizont 2020“ (COM(2011)0808),
- unter Hinweis auf den Bericht von Eurostat: „Ein statistisches Portrait der EU 2012: Aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen,
- unter Hinweis auf den Bericht von Eurobarometer „Aktives Altern“ (2012),
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission mit dem Titel „Den strategischen Durchführungsplan der Europäischen Innovationspartnerschaft ‚Aktivität und Gesundheit im Alter‘ voranbringen“ (COM(2012)0083),
- unter Hinweis auf das Weißbuch „Eine Agenda für angemessene, sichere und nachhaltige Pensionen und Renten“ (COM(2012) 0055),
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 18. Oktober 2006 zu Brustkrebs in der erweiterten Europäischen Union²,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 6. Dezember 2006 zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronischen Krankheiten³,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 12. Juli 2007 zu Maßnahmen zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen⁴,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 19. Februar 2009 zu der psychischen Gesundheit⁵,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 6. Mai 2009 zu der aktiven Eingliederung der aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzten Personen⁶,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 12. November 2009 zu der gemeinsamen

¹ ABl. L 246 vom 23.9.2011, S. 5.

² Angenommene Texte P6_TA(2006)0449.

³ ABl. C 250 E vom 25.10.2007, S. 93.

⁴ Angenommene Texte P6_TA(2007)0346.

⁵ Angenommene Texte P6_TA(2009)0063.

⁶ Angenommene Texte P6_TA(2009)0371.

Programmplanung von Forschungstätigkeiten zur Bekämpfung neurodegenerativer Krankheiten, insbesondere der Alzheimer-Krankheit¹,

- unter Hinweis auf die EntschlieÙung vom 19. Januar 2011 zu einer europäischen Initiative zur Alzheimer-Krankheit und zu anderen Demenzerkrankungen²,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 6. Mai 2010 zu der Mitteilung der Kommission über „MaÙnahmen zur Krebsbekämpfung: eine europäische Partnerschaft“³,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 7. September 2010 zur Rolle der Frauen in einer alternden Gesellschaft⁴,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 11. November 2010 zu den demografischen Herausforderungen und der Solidarität zwischen den Generationen⁵,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 8. Februar 2011 zur Frauenarmut in der Europäischen Union⁶,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 26. Juli 2011 zu der Lage der Frauen kurz vor dem Rentenalter⁷,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 15. September 2011 zu dem Standpunkt und dem Engagement der EU im Hinblick auf die hochrangige Tagung der VN zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten⁸,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 7. März 2012 zu den MaÙnahmen zur Bekämpfung der Diabetes-Epidemie in der EU⁹,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 24. Mai 2012 mit Empfehlungen an die Kommission zur Anwendung des Grundsatzes des gleichen Entgelts für Männer und Frauen bei gleicher oder gleichwertiger Arbeit¹⁰,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 13 März 2012 zu der Gleichstellung von Frauen und Männern – 2008¹¹,
- gestützt auf Artikel 48 seiner Geschäftsordnung,
- in Kenntnis des Berichts des Ausschusses für die Rechte der Frau und die

¹ Angenommene Texte P6_TA(2009)0065.

² Angenommene Texte, P7_TA(2011)0016.

³ Angenommene Texte P6_TA(2010)0152.

⁴ Angenommene Texte P6_TA(2010)0306.

⁵ Angenommene Texte P6_TA(2010)0400.

⁶ Angenommene Texte, P7_TA(2011)0086.

⁷ Angenommene Texte P6_TA(2011)0360.

⁸ Angenommene Texte P6_TA(2011)0390.

⁹ Angenommene Texte, P7_TA(2012)0082.

¹⁰ Angenommene Texte, P7_TA(2012)0225.

¹¹ Angenommene Texte, P7_TA(2012)0069.

Allgemeiner Rahmen

- A. in der Erwägung, dass die Europäische Union sich für die Menschenwürde einsetzt, das Recht jeder Person auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und zur medizinischen Versorgung anerkennt, und Artikel 168 Absatz 7 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union eindeutig feststellt, dass die Verantwortung für die Organisation und die Verwaltung des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung, einschließlich der Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel, bei den Mitgliedstaaten liegt; in der Erwägung, dass das Recht älterer Menschen, ein würdevolles und unabhängiges Leben zu führen und am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilzunehmen, unerlässlich ist;
- B. in der Erwägung, dass die demografische Alterung für Europa eine der größten Herausforderungen darstellt; in der Erwägung, dass die Zahl der über 65-Jährigen in der EU 87 Millionen übersteigt (17,4 % der Gesamtbevölkerung) und dass sie Prognosen zufolge im Jahr 2060 über 150 Millionen betragen wird (in etwa 30%);
- C. in der Erwägung, dass trotz des erheblichen Anstiegs der Lebenserwartung und des Lebensstandards in den Industriestaaten insgesamt – mit dem Ergebnis, dass ältere Menschen heute aktiver als in früheren Jahrzehnten sind – weiterhin negative Klischees und Vorurteile gegenüber älteren Menschen bestehen und diese deren Eingliederung in die Gesellschaft erheblich behindern, was zu einer sozialen Ausgrenzung führt, die sich direkt auf deren Lebensqualität und mentale Gesundheit auswirkt.
- D. in der Erwägung, dass die Lebenserwartung für Frauen bei der Geburt höher ist als für Männer (82,4 Jahre für Frauen im Vergleich zu 76,4 für Männer); in der Erwägung, dass dieser Unterschied geringer ist, wenn man die Lebenserwartung bei guter Gesundheit betrachtet (61,7 Jahre für Männer und 62,6 Jahre für Frauen);
- E. in der Erwägung, dass die Beschäftigungsquote von Frauen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren im Jahr 2010 38,6 % betrug im Vergleich zu 54,5 % für Männer der gleichen Alterskategorie; in der Erwägung dass es eine Zielsetzung der EU ist, dass bis 2020 75 % der Bevölkerung zwischen 20 und 64 Jahren in einem Beschäftigungsverhältnis stehen;
- F. in der Erwägung, dass Frauen weniger verdienen als Männer (in der EU beträgt das durchschnittliche geschlechtsspezifische Lohngefälle 17,5 %); in der Erwägung, dass das geschlechtsspezifische Lohngefälle in einigen Mitgliedstaaten für die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen bei über 30 % und für die Altersgruppe ab 65 Jahren bei bis zu 48 % liegt; in der Erwägung, dass ein geschlechtsspezifisches Lohngefälle zu einem Rentengefälle und oft zu entsprechend niedrigen Renten führt und Frauen folglich oft unterhalb der Armutsgrenze leben;
- G. in der Erwägung, dass es oft die Frauen sind, die in dem Bemühen, Familie und Beruf miteinander in Einklang zu bringen, sich für flexible Beschäftigungen, Heimarbeit, Teilzeitarbeit, nichtständige Arbeitsverhältnisse oder für atypische Arbeitsverträge entscheiden, die für den Fortschritt ihrer Karriere schädlich sind und die sich erheblich auf die Beitragszahlungen in die Rentenkasse auswirken, was sie für prekäre

Verhältnisse und Armut besonders anfällig macht;

- H. in der Erwägung, dass die Generation der Frauen über 50 Jahre, auch „Sandwich-Generation“ oder „arbeitende Töchter und arbeitende Mütter“ genannt, weniger Möglichkeiten haben, sich um ihre eigene Gesundheit zu kümmern, da sie sich um ihre Eltern und ihre Enkelkinder kümmern;
- I. in der Erwägung, dass in Europa 23,9 % der Bevölkerung in der Altersgruppe von 50 bis 64 Jahren von Armut bedroht ist, und zwar 25,9 % der Frauen bzw. 21,7 % der Männer; in der Erwägung, dass die Zahlen in der Europäischen Union je nach Land zwischen 39 % und 49 % und in einem EU-Land sogar 51 % betragen;
- J. in der Erwägung, dass nicht zuletzt infolge von Scheidung, Trennung oder Witwenschaft 75,8 % der Frauen über 65 allein leben, und in der Erwägung, dass durchschnittlich 3 von 10 Haushalten in der Europäischen Union Einpersonenhaushalte sind, wovon die Mehrheit aus alleinlebenden Frauen, insbesondere älteren Frauen, besteht, und dieser Prozentsatz im Steigen begriffen ist; in der Erwägung, dass Einpersonenhaushalte oder Haushalte mit nur einem Einkommen in den meisten Mitgliedstaaten sowohl absolut als auch relativ benachteiligt werden, in Bezug auf Besteuerung, soziale Sicherheit, Unterkunft, medizinische Versorgung, Versicherung und Rente; in der Erwägung, dass öffentliche Politik Menschen nicht für das freiwillige oder unfreiwillige Alleinleben bestrafen sollte;
- K. in der Erwägung, dass die hohe materielle Benachteiligungsquote 2009 für Frauen über 65 7,6% im Vergleich zu 5,5% für die Männer betrug;;
- L. in der Erwägung, dass ältere Frauen als benachteiligte Gruppe oft von Mehrfachdiskriminierung betroffen sind, z. B. aufgrund ihres Alters, Geschlechts und ethnischen Hintergrunds; in der Erwägung, dass ältere Frauen, die oft einen niedrigen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Status haben und mit zahlreichen Schwierigkeiten konfrontiert werden, von Sozialmaßnahmen und vom Zugang zu nationalen Gesundheitsfürsorgesystemen profitieren würden;
- M. in der Erwägung, dass in den ländlichen Gebieten der Zugang zur Gesundheitsversorgung im Vergleich zu den städtischen Gebieten schwieriger ist und dass in solchen Gebieten ein Mangel an spezialisiertem Gesundheitspersonal, Krankenhäusern sowie Notfalleinrichtungen herrscht;
- N. in der Erwägung, dass ältere Frauen häufig in benachteiligten sozioökonomischen Verhältnissen leben, die sich auf ihre Lebensqualität und ihren körperlichen und geistigen Gesundheitszustand auswirken, insbesondere bei alleinstehenden älteren Frauen;
- O. in der Erwägung, dass eine angemessene Fürsorge für die Belange älterer Frauen auch ein besseres Verständnis für deren Erkrankungen voraussetzt;
- P. in der Erwägung, dass all diese Faktoren, einschließlich des Alleinseins, die Fähigkeit älterer Frauen beeinträchtigen, soziale Netzwerke aufzubauen und/oder zu pflegen und somit ein aktives Leben zu führen;

Altersbedingte Erkrankungen

- Q. in der Erwägung, dass Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung und einer geschlechtsspezifischen Anfälligkeit für bestimmte Krankheiten stärker von chronischen und zu Invalidität führenden Erkrankungen betroffen sind und deswegen unter einer Verschlechterung der Lebensqualität leiden;
- R. in der Erwägung, dass zwischen Männern und Frauen Unterschiede bei Inzidenz, Progression und Folgen zahlreicher Krankheiten bestehen;
- S. in der Erwägung, dass nach den neuesten verfügbaren Daten (IARC) Brustkrebs (29,7%), Darmkrebs (13,5%) und Lungenkrebs (7,4%) bei Frauen die häufigsten Krebsarten sind;
- T. in der Erwägung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Mitgliedstaaten mehr als 2 Millionen Todesopfer fordern, was 42% aller Todesfälle in der EU ausmacht und 45% der Todesfälle bei Frauen und 38% der Todesfälle bei Männern auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen sind;
- U. in der Erwägung, dass Diabetes zu den am häufigsten auftretenden nichtübertragbaren Krankheiten gehört, von der über 33 Millionen Bürgerinnen und Bürger in der EU betroffen sind, und dass diese Zahl im Jahr 2030 voraussichtlich auf 38 Millionen gestiegen sein wird; in der Erwägung, dass im Jahr 2010 etwa 9% der Erwachsenen (20-29 Jahre) der EU-Bevölkerung an Diabetes litten;
- V. in der Erwägung, dass das Alter ein Risikofaktor für die Entwicklung neurodegenerativer Erkrankungen wie der Alzheimer-Krankheit ist (die häufigste Form der Demenzerkrankungen); in der Erwägung, dass neurodegenerative Erkrankungen am häufigsten bei Personen über 65 Jahre auftreten (etwa 1 Person von 20 über 65 Jahre; 1 von 5 über 80 und 1 von 3 über 90); in der Erwägung, dass über 7,3 Millionen Menschen in Europa an Demenz leiden; in der Erwägung, dass aus Studien hervorgeht, dass die prozentuale Häufigkeit der Alzheimer-Krankheit bei Frauen über 90 Jahren 81,7 % beträgt (gegenüber 24 % bei Männern); in der Erwägung, dass Stigmatisierung und Mangel an Bewusstsein für neurodegenerative Krankheiten wie Demenz zu einer verspäteten Diagnose führen und die Behandlungserfolge infolgedessen gering sind;
- W. in der Erwägung, dass Demenz am häufigsten bei Personen über 65 Jahre auftritt (etwa 1 Person von 20 über 65 Jahre; 1 von 5 über 80 und 1 von 3 über 90); in der Erwägung, dass sie generell häufiger bei alten Frauen als bei alten Männern auftritt;
- X. in der Erwägung, dass für Frauen ein größeres Risiko besteht, Knochen- und Gelenkerkrankungen (Osteoarthritis, rheumatoide Arthritis, Osteoporose und brüchige Knochen) zu entwickeln; in der Erwägung, dass etwa 75% der Hüftfrakturen infolge von Osteoporose Frauen betreffen;
- Y. in der Erwägung, dass die wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes, Adipositas und chronisch obstruktiven Erkrankungen Rauchen, Bewegungsmangel, falsche Ernährung,

Alkoholmissbrauch und Umweltverschmutzung sind;

- Z. in der Erwägung, dass Depressionen und Angststörungen schwere Formen der psychischen Störung sind, von denen Frauen häufiger als Männer betroffen sind; in der Erwägung, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Prozentsatz der Betroffenen bei den über 65-jährigen Frauen auf 2 bis 15 % schätzt;
- AA. in der Erwägung, dass Schwerhörigkeit und Sehstörungen in großem Maße zu einer jahrelangen Belastung mit funktionellen Einschränkungen beitragen können, und Früherkennung und eine angemessene Behandlung sowie Zugang zu hochwertigen medizinischen Geräten einer weiteren Verschlechterung entgegenwirken oder die Funktionalität teilweise wiederherstellen können;
- AB. in der Erwägung, dass circa 600 000 Menschen in Europa an Multipler Sklerose (MS) leiden, und die meisten Frauen sind; in der Erwägung, dass MS zu den am häufigsten auftretenden neurodegenerativen Erkrankungen gehört und eine wesentliche Ursache nicht traumatischer Behinderungen bei älteren Frauen darstellt;

Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitswesens

- AC. in der Erwägung, dass ein gleichberechtigter Zugang zu den Dienstleistungen des Gesundheitswesens für Frauen und Männer und eine bessere Qualität der Gesundheitsfürsorge gewährleistet werden müssen und, dass den besonderen Umständen der in ländlichen Regionen oft allein lebenden Frauen mehr Beachtung geschenkt werden muss; unter Berücksichtigung von Artikel 168 Absatz 7 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union;
- AD. in der Erwägung, dass die wirtschaftliche Situation der Frauen, die von geschlechtsspezifischen Ungleichheiten im Bereich der Löhne und Gehälter, Renten und sonstigen Einkünfte betroffen sind, sie besonders anfällig für prekäre Verhältnisse und Armut macht, und ältere Frauen über weniger finanzielle Ressourcen für die von ihnen benötigte Gesundheitsversorgung und für medizinische Behandlungen verfügen;
- AE. in der Erwägung, dass die Telemedizin den Zugang zur medizinischen Versorgung, die in schwer zugänglichen Gebieten nicht verfügbar ist, und die Spezialisierung und Häufigkeit der entsprechend dem Gesundheitszustand der älteren Personen erforderlichen Versorgung verbessern kann;

Forschung und Prävention

- AF. in der Erwägung, dass die Investitionen in Forschung und Innovation grundlegend sind, um einen hohen Lebensstandard zu wahren und so die große Herausforderung der Bevölkerungsalterung anzugehen;
- AG. in der Erwägung, dass Prävention und Früherkennung zur Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit von Männern und Frauen führen, was die Verlängerung der Lebenserwartung in guter Gesundheit ermöglicht und wodurch die Kosten für die Gesundheitsfürsorge verringert werden können, wobei langfristig die Nachhaltigkeit gesichert wird;

- AH. in der Erwägung, dass die Vorsorge im Gesundheitswesen Priorität haben muss, mit besonderem Augenmerk auf benachteiligte Gruppen;
- AI. in der Erwägung, dass die Gesundheitskompetenz eine notwendige Voraussetzung dafür ist, dass sich die Bürger besser in komplexen Gesundheitssystemen orientieren und das Verständnis der eigenen Rolle bei der Vorbeugung von altersbedingten Krankheiten im Laufe des Lebens verbessern können;
- AJ. in der Erwägung, dass die geschlechtsspezifische Krankheitsanfälligkeit und Medikamentenempfindlichkeit gegenwärtig nicht ausreichend untersucht ist, da klinische Tests überwiegend mit jüngeren Männern durchgeführt werden;
- AK. in der Erwägung, dass die Mammografie nach Angaben der IARC bei einer Erfassung von über 70% die Zahl der auf Brustkrebs zurückzuführenden Todesfälle bei Frauen über 50 um 20% bis 30% verringern kann;
- AL. in der Erwägung, dass die Frauen verstärkt auf Pharmaka und pflanzliche Heilmittel zurückgreifen, deren Auswirkungen umfangreicherer Untersuchungen bedürfen, um die Wechselwirkungsrisiken zu minimieren;
- AM. in der Erwägung, dass Frauen im Laufe ihres Lebens vielen hormonellen Veränderungen ausgesetzt sind und Arzneimittel nehmen, wenn sie im gebärfähigen Alter und in den Wechseljahren sind;
- AN. in der Erwägung, dass 9% der Frauen häufig Antidepressiva nehmen im Vergleich zu 5% bei den Männern;
- AO. in der Erwägung dass laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) vier bis sechs Prozent der älteren Menschen eine Form von Missbrauch in ihrem eigenen Zuhause erfahren haben, die von körperlichem, sexuellem und psychischem Missbrauch bis hin zu finanzieller Ausbeutung, Vernachlässigung und Verlassen reicht;

Allgemeiner Rahmen

1. erkennt an, dass Frauen zwar länger leben als Männer, sie jedoch nicht länger in guter Gesundheit leben, oder ohne dass sie in ihren Tätigkeiten eingeschränkt sind oder mit erheblichen Beeinträchtigungen leben müssen (62,6 Jahre für Frauen und 61,7 Jahre für Männer);
2. stellt fest, dass ältere Frauen ausreichenden Zugang zur Gesundheitsfürsorge und auch Hilfe im häuslichen Bereich brauchen, um ein gleichberechtigtes und selbstbestimmtes Leben führen zu können;
3. fordert die Kommission auf, einen neuen Frauengesundheitsbericht zu veröffentlichen, in dem sie der Altersgruppe der über 65-Jährigen sowie den Indikatoren über aktives Altern besondere Aufmerksamkeit widmet;
4. vertritt die Auffassung, dass die politischen Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der gesellschaftlichen Beteiligung es der Frau

- leichter machen, aktiv und gesund zu altern, fordert die Mitgliedstaaten jedoch auf, die Bemühungen in diesem Zusammenhang zu intensivieren;
5. fordert die Mitgliedstaaten auf, eine umfassende Integration, eine höhere Beteiligung und eine aktive Teilhabe älterer Frauen am gesellschaftlichen Leben zu fördern;
 6. unterstreicht die Wichtigkeit eines Kultur- und Bildungsangebots für ältere Menschen;
 7. fordert konkrete und wirksame Maßnahmen, etwa die Annahme der Gleichbehandlungsrichtlinie, um die Mehrfachdiskriminierung, der ältere Frauen oft ausgesetzt sind, zu bekämpfen;
 8. unterstützt die Initiative zur Verbesserung der Krankheitsprävention und der Förderung der Gesundheit sowie zur Wahrung der Unabhängigkeit älterer Menschen;
 9. fordert die Kommission und den Rat auf, einen Bericht über die Maßnahmen, die die Mitgliedstaaten zur Unterstützung des aktiven Altern ergriffen haben, und über die Auswirkungen dieser Maßnahmen zu veröffentlichen, damit bewährte Methoden ermittelt und künftige Maßnahmen auf europäischer Ebene getroffen werden können;
 10. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, eine positivere Einstellung gegenüber dem Alter zu schaffen sowie das Bewusstsein der EU-Bürger für Fragen des Alterns und der realer Auswirkungen zu stärken, was eine der wichtigsten Botschaften des Jahres 2012 als dem Jahr des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen war;
 11. spricht sich für die Annahme einer Gesamtlebensperspektive aus, bei welcher die Zusammenhänge zwischen Altern und Geschlecht berücksichtigt werden und an der sich die Alterspolitik orientiert;
 12. weist darauf hin, dass die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen 7,8% des BIP in der EU ausmachen, und dass man davon ausgeht, dass bis 2060 die öffentlichen Ausgaben für akute Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege aufgrund der Alterung der Gesellschaft um 3 % des BIP zunehmen werden;
 13. fordert die Mitgliedstaaten auf, sich um ältere Immigrantinnen kümmern, die unter harten wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen leiden und oft aufgrund der schlechten Verfügbarkeit von sozialen Maßnahmen und der Gesundheitsversorgung in Schwierigkeiten geraten; ist der Auffassung, dass ein besonderes Augenmerk auf alleinstehende Frauen, Witwen und Geschiedene gerichtet werden sollte, die aus diesem Grund in ihrer Lebensqualität und in ihrem Gesundheitszustand beeinträchtigt sind;
 14. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die geschlechtsspezifische Dimension in Gesundheitsfragen uneingeschränkt als fundamentalen Teil der EU-Gesundheitspolitiken sowie der einzelstaatlichen Gesundheitspolitiken anzuerkennen;
 15. fordert die Mitgliedstaaten auf, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen drastischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Finanz- und Wirtschaftskrise und der Bereitstellung ausreichender und angemessener Gesundheits- und Sozialleistungen herzustellen, um

die Entwicklung hin zu einer alternden Bevölkerung zu bewältigen;

16. fordert die Kommission auf, eine Studie über die Auswirkung der Wirtschafts- und Finanzkrise auf ältere Frauen unter besonderer Berücksichtigung des Zugangs zu Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge zu veröffentlichen;
17. weist darauf hin, dass eingehende und umfassende Gesundheitsstrategien die Zusammenarbeit von Regierungen, Angehörigen der Gesundheitsberufe, Nichtregierungsorganisationen, zuständigen Trägern der öffentlichen Gesundheit, Patientenverbänden, Massenmedien und sonstigen Trägern erfordern, um ein gesundes Altern der Bevölkerung zu erreichen;
18. bekräftigt die Notwendigkeit, eine Europäische Union zu gestalten und zu fördern, die stärker auf die Bedürfnisse älterer Frauen und Männer achtet, und bei allen unternommenen Maßnahmen und politischen Handlungen zur Sensibilisierung und Information eine geschlechtsspezifische Perspektive einzubeziehen, damit alle aktiv und gesund altern können;

Altersbedingte Erkrankungen

19. unterstreicht, dass viele Krankheiten bei Frauen häufig unterschätzt werden, wie im Falle der Herzerkrankungen, die als Männerproblem betrachtet werden; bedauert, dass viele Herzinfarkte bei Frauen nicht diagnostiziert werden, weil die Symptome oft anders sind als bei Männern; unterstreicht, dass auch bei den Behandlungen die biologischen Besonderheiten des Geschlechts in Betracht gezogen werden sollten;
20. fordert die Mitgliedstaaten auf, Aufklärungsprogramme für Frauen durchzuführen, mit denen die Öffentlichkeit für die Risikofaktoren im Zusammenhang mit Herz-Kreislaufkrankungen sensibilisiert werden soll, sowie Sonderprogramme zur Fortbildung des medizinischen Fachpersonals;
21. bedauert die mangelnde Aufmerksamkeit bezüglich des Anstiegs des Alkoholkonsums älterer Frauen in Europa und fordert die Europäische Kommission und die Mitgliedstaaten auf, Studien zur Bekämpfung dieses Problems und seiner Auswirkungen auf die körperliche und geistige Gesundheit älterer Frauen in die Wege zu leiten;
22. nimmt mit Besorgnis zur Kenntnis, dass es immer mehr Raucherinnen gibt und infolgedessen das Risiko von Lungenkrebs und Durchblutungsstörungen bei Frauen steigt; fordert die Mitgliedstaaten und die Kommission auf, Programme zur Bekämpfung des Rauchens einzuführen, unter besonderer Berücksichtigung der jungen Frauen (Die WHO schätzt, dass der Prozentsatz der Raucherinnen in Europa bis zum Jahr 2025 von derzeit 12% auf ca. 20% steigen wird);
23. fordert die Kommission auf, Initiativen zur Förderung der Verbesserung der Gesundheit zu unterstützen, begleitet von angemessenen Informationen über die Risiken im Zusammenhang mit dem Tabak- und Alkoholkonsum, die Vorzüge einer richtigen Ernährung und einem angemessenen Maß an Bewegung als Mittel zur Prävention von

- Übergewicht und Bluthochdruck und den damit einhergehenden Komplikationen;
24. fordert die Kommission und die Mitgliedsstaaten auf, eine Informationskampagne für Frauen durchzuführen, die in die Wechseljahre kommen oder bereits in den Wechseljahren sind;
 25. fordert die Mitgliedstaaten auf, die Öffentlichkeit durch die Organisation von Informations- und Aufklärungskampagnen im Hinblick auf Knochen- und Gelenkserkrankungen zu sensibilisieren;
 26. fordert die Kommission auf, einen EU-Aktionsplan zu nicht-übertragbaren Krankheiten als Folgemaßnahme der Ergebnisse des UN-Gipfels zu nicht übertragbaren Krankheiten im September 2011 und dem von der Kommission eingeleiteten öffentlichen Anhörungsprozess im März/April 2012 zu initiieren;
 27. fordert die Kommission auf, bei der Gelegenheit einer künftigen Revision der Richtlinie 2001/37/EG zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten bezüglich der Herstellung, der Ausgestaltung und des Verkaufs von Tabakprodukten ein besonderes Gewicht auf die Jugendlichen zu legen;
 28. fordert die Kommission auf, eine Strategie der Europäischen Union in Form einer Empfehlung des Rates zur Prävention, Diagnose und Behandlung von Diabetes und über Informationen und Forschung in diesem Bereich auszuarbeiten, und dabei einen Ansatz mit einzubeziehen, in dem Geschlecht und Chancengleichheit berücksichtigt werden, sowie unter Berücksichtigung von Artikel 168 Absatz 7 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union;
 29. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, einen ganzheitlichen und geschlechtsorientierten Ansatz in Bezug auf die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzerkrankungen anzunehmen, um die Lebensqualität und Würde von Patienten und deren Familien zu verbessern;
 30. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, in Zusammenarbeit mit den nationalen und europäischen Alzheimer-Verbänden Kampagnen über die Alzheimer-Krankheit zu erarbeiten (Information über die Krankheit, die Behandlungs- und Pflegemöglichkeiten), die sich an die Öffentlichkeit richten;
 31. fordert die Mitgliedstaaten auf, umgehend nationale Pläne und Strategien für die Alzheimer-Krankheit zu erarbeiten, wenn sie dies nicht bereits getan haben;
 32. stellt besorgt fest, dass die über 65-Jährigen in der EU die höchste Selbstmordrate aufweisen, und dass es bei Frauen mehr Selbstmordversuche gibt als bei Männern und dass die Zahl dieser Selbstmordversuche wegen der verheerenden Auswirkungen des Konjunkturabschwungs auf ältere Frauen weiter ansteigt; fordert die Kommission dringend dazu auf, eine Studie über die Zusammenhänge zwischen diesen Zahlen und den unverhältnismäßig starken Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf ältere Frauen zu veröffentlichen;
 33. fordert die Mitgliedstaaten auf, in Zusammenarbeit mit der Kommission und Eurostat

die Datenerhebung, die Aufschlüsselung der Daten nach Geschlecht und Alter und die Information über die mentale Gesundheit und den Zusammenhang zwischen mentaler Gesundheit und den Lebensjahren, die man in guter Gesundheit verbringt, zu verbessern;

34. fordert die Mitgliedstaaten auf, für praktische Ärzte und Mitarbeiter von psychiatrischen Diensten, einschließlich der dort tätigen Ärzte, Psychologen und Krankenpfleger, spezielle Schulungsveranstaltungen durchzuführen, die sich der Prävention und der Behandlung neurodegenerativer und depressiver Erkrankungen widmen, unter besonderer Beachtung der zusätzlichen Herausforderungen, denen ältere Frauen ausgesetzt sind;
35. fordert die Mitgliedstaaten auf, Maßnahmen im Bereich von Krankheiten, die das Erinnerungsvermögen beeinträchtigen, etwa Demenz, zu Vorrang einzuräumen, und ihre Anstrengungen im Bereich der medizinischen und Sozialforschung zu verstärken, um die Lebensqualität der von diesen Krankheiten betroffenen Menschen und ihrer Betreuer zu verbessern, die Nachhaltigkeit der Gesundheits- und Pflegedienste zu gewährleisten und Wachstum auf europäischer Ebene zu fördern;
36. fordert die Mitgliedstaaten auf, zu gewährleisten, dass Arbeitnehmer des öffentlichen und privaten Bereichs, die in der Altenpflege tätig sind, an Fortbildungsprogrammen teilnehmen und regelmäßig in Bezug auf ihre Leistungen beurteilt werden;
37. fordert die Mitgliedstaaten auf, öffentliche Hochschulen anzuregen, medizinische Studiengänge mit dem Schwerpunkt Gerontologie zu schaffen.

Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitswesens

38. fordert die Mitgliedstaaten auf, die Initiativen zu unterstützen, die notwendig sind, um älteren Frauen, auch denjenigen, die fern von großen Zentren und in schwer zugänglichen Gebieten wohnen, unabhängig von der persönlichen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Situation den Zugang zu medizinischer Behandlung und zur Gesundheitsfürsorge zu erleichtern, wobei besonderes Augenmerk auf die individualisierte Betreuung, einschließlich der Unterstützung einer möglichst langen häuslichen Pflege sowie auf spezielle Formen von Erleichterungen und Versorgung von Pflegepersonal und auf die Telemedizin zu richten ist, weil sie die Lebensqualität der von chronischen Erkrankungen betroffenen Patienten verbessern und die Wartelisten verkürzen kann;
39. fordert die Mitgliedstaaten auf, bei der Festsetzung des Budgets für das Gesundheitswesen auch die geschlechtliche Dimension zu analysieren, zu überwachen und zu verankern;
40. fordert die Mitgliedstaaten auf, elektronische Gesundheitsdienste und geschlechtsspezifische Ambient-Assisting-Living-Lösungen weiterzuentwickeln, um unabhängiges Leben zu Hause zu begünstigen und Gesundheitsdienste für ältere Frauen effizienter und zugänglicher zu gestalten, da diese Frauen besonders häufig von den Vorteilen dieser Einrichtungen ausgeschlossen sind, und ein rund um die Uhr

erreichbares Netz von Beratungshotlines einzurichten;

41. verlangt, dass ein auf Rechten basierender Ansatz verfolgt wird, um ältere Menschen in die Lage zu versetzen, eine aktive Rolle zu spielen, wenn Entscheidungen über die Wahl und die Gestaltung der für sie vorgesehenen Pflege- und Sozialdienste getroffen werden;
42. fordert von den Mitgliedstaaten, dass die Sozialschutzsysteme, insbesondere die Krankenversicherungssysteme, Arbeitslosigkeit und soziale Schwierigkeiten bei Frauen berücksichtigen, damit diese nicht auf sozialen Schutz verzichten müssen;
43. hält es für wichtig, den Zugang zu Pflege- und Gesundheitsdiensten für Frauen zu unterstützen und zu erleichtern, die trotz eigener Gesundheitsprobleme die Pflege von anderen abhängigen Personen übernehmen müssen;
44. regt an, öffentliche und private Alterspflegeheime, die in der Regel als Krankenhäuser fungieren, in bewohnerfreundliche Einrichtungen umzuwandeln, in denen abgesehen von der körperlichen Pflege auch auf jegliche Form der eigenständigen und kreativen Beschäftigung Wert gelegt wird, um das Phänomen der Institutionalisierung zu verhindern.
45. vertritt die feste Überzeugung, dass ältere Menschen, die in öffentlichen und privaten Einrichtungen leben, in den betrieblichen Entscheidungsprozess miteinbezogen werden sollten;
46. hält es unbedingt notwendig, dass immer mehr ärztliche und pflegerische Fachkräfte sehr gut ausgebildet werden und auf eine Vorgehensweise vorbereitet werden, bei der infolge der Besonderheit des Geschlechts und des Alters die psychologischen, beziehungsspezifischen und informativen Bedürfnisse von älteren Frauen besonders berücksichtigt werden;
47. fordert, dass Schulungen zur Fähigkeit des Zuhörens und zur Psychologie stärker in das Studium der ärztlichen Fachkräfte eingebunden werden; fordert ebenfalls, dass Sozialarbeiter stärker in diese Präventionspolitik einbezogen werden;
48. unterstützt die Tätigkeit von Gruppen und den Betrieb von Telefondiensten zur Fürsorge, zum Schutz und zur psychologischen Unterstützung älterer Menschen;
49. fordert die Mitgliedstaaten und die Kommission auf, Daten zu erheben und bewährte Verfahren auszutauschen, wobei auf die Einbeziehung einer geschlechtsspezifischen Perspektive zu achten ist, die zur Ermittlung bewährter Methoden für den Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitswesens beitragen können, insbesondere zum Verwaltungsaufwand, und fordert die Erarbeitung konkreter Maßnahmen und Politiken, mit denen die Lebensqualität älterer Frauen verbessert werden kann und gleichzeitig die Regierungen über die Schaffung eines geeigneten Umfelds für die Verbreitung des Bewusstseins über die Vorbeugung von Erkrankungen im Zusammenhang mit der Alterung in den Mitgliedstaaten zu beraten,
50. fordert die Mitgliedstaaten auf, die präventive Gesundheitsversorgung für ältere Frauen

zu stärken, etwa durch das Angebot zugänglicher und regelmäßiger Mammographien und Gebärmutterhalsabstriche, Altersbeschränkungen bei Vorsorgeuntersuchungen wie Brustkrebs-Screenings abzuschaffen und das Bewusstsein für die Wichtigkeit eines Screenings zu erhöhen;

51. fordert die Kommission auf, ihre Bemühungen zu verstärken, um in der gesamten Union eine Kultur der Prävention zu verbreiten, und die Mitgliedsstaaten, die Zahl der spezifischen Informations- und Sensibilisierungskampagnen an den Schulen, an den Universitäten, am Arbeitsplatz und in den Seniorenzentren in Zusammenarbeit mit den in diesem Bereich Tätigen, den Gebietskörperschaften und den nichtstaatlichen Organisationen zu erhöhen;

Forschung und Prävention

52. nimmt mit Sorge die Ergebnisse einer im April 2011 veröffentlichten EU-Studie zur Kenntnis, wonach 28 % der Frauen ab 60 Jahren in den letzten 12 Monaten misshandelt wurden; vertritt die Auffassung, dass der Schutz älterer Menschen vor Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung und Ausbeutung durch bewusste, beabsichtigte oder nachlässige Handlung eine politische Priorität darstellen muss; fordert die Mitgliedstaaten auf, ihre Maßnahmen für die Unterbindung des Missbrauchs an älteren Menschen zu Hause und in Einrichtungen zu verstärken;
53. hält es für wichtig, einen Ansatz der medizinischen Forschung zu garantieren, der den Besonderheiten von Männern und Frauen Rechnung trägt;
54. unterstreicht, dass in der Strategie für die Gleichstellung von Männern und Frauen 2012-2015 anerkannt wird, dass Frauen und Männer Krankheiten und spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, die in angemessener Weise in der medizinische Forschung und bei Pflegediensten berücksichtigt werden müssen;
55. fordert, dass im Rahmen von Horizont 2012 ein strategischer Forschungsplan zur Gesundheit der Frauen für das folgende Jahrzehnt entwickelt und ein Forschungsinstitut für die Gesundheit der Frauen geschaffen wird, um die Durchführung des Plans zu gewährleisten;
56. hält es für wichtig, dass die Präsenz von Expertinnen in den nationalen, technisch-wissenschaftlichen beratenden Ausschüssen zur Bewertung von Arzneimitteln gewährleistet ist;
57. fordert den Rat, die Mitgliedstaaten und die Kommission auf, die Misshandlung älterer Menschen als Forschungsthema in die gemeinsame Programminitiative zu neurodegenerativen Erkrankungen aufzunehmen, um ihre Verbreitung und ihre Auswirkungen auf demenzkranke Menschen zu bemessen;
58. unterstützt die europäische Innovationspartnerschaft für Aktivität und Gesundheit im Alter als Pilotinitiative, die auf die Verlängerung der gesunden Lebensphase von EU-Bürgern um zwei Jahre bis 2020 abzielt und sich zum Ziel nimmt, drei Ziele für Europa zu erreichen, indem die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen sowie die

Nachhaltigkeit und Effizienz der Gesundheitssysteme verbessert werden;

59. begrüßt die Projekte und Initiativen zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten und Lebensweise (EATWELL project, EU Platform on Diet, Physical Activity and Health Salt Reduction Framework) sowie die europäische Partnerschaft für Maßnahmen zur Krebsbekämpfung;
60. unterstreicht, dass alle Ziele und Aktionen, die im zweiten Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit festgelegt sind, dazu beitragen sollten, dass ein besseres Verständnis und eine bessere Anerkennung der spezifischen Bedürfnisse von Männern und Frauen und der entsprechenden Ansichten zur Gesundheit gefördert werden;
61. begrüßt den Vorschlag der Kommission eines Maßnahmenpakets für die Kohäsionspolitik (2014-2020), in dem die Aktivität und Gesundheit im Alter und die Innovation zu den Investitionszielen zählt;
62. bedauert, dass 97 % der Mittel im Gesundheitswesen für die Behandlung und nur 3 % für Investitionen in die Prävention bestimmt sind, während die Kosten für die Behandlung von und den Umgang mit nichtübertragbaren Krankheiten aufgrund der höheren Verfügbarkeit von Diagnostik und Versorgung weiter ansteigen; fordert die Mitgliedstaaten in diesem Zusammenhang auf, ihren Gesundheitsetat aufzustocken und Präventivmaßnahmen einzubeziehen;
63. fordert die Kommission auf, sich mehr mit den Ursachen von Krankheiten zu beschäftigen und zu diesem Zwecke eine Vorbeugung durchzusetzen, die für Querschnittsbereiche auf allen Ebenen der Gemeinschaft gilt; fordert zur Gesundheitsförderung im Sinne einer rechtzeitigen Diagnostik und Untersuchung von Krankheiten, zur Aufrechterhaltung einer gesunden Lebensweise und einer ausreichenden Gesundheitsversorgung und zur Gewährleistung geeigneter Arbeitsbedingungen für ältere Mitarbeiter auf,
64. fordert die Mitgliedstaaten auf, sich verstärkt für Kampagnen zur Aufklärung über Osteoporose einzusetzen und klarere Informationen über die Frühdiagnose bei Osteoporose zu erteilen, um Frakturen vorzubeugen, auch durch einen besseren Zugang zur Prüfung der Knochendichte;
65. teilt die Auffassung der WHO in Bezug auf die geschlechtsspezifischen Herausforderungen (gender challenge), die eine bessere Bewertung der Risikofaktoren erfordern, die die Gesundheit der Frauen betreffen; begrüßt in diesem Zusammenhang Empfehlungen der WHO, „altersfreundliche“ Umgebungen zu schaffen und die Möglichkeiten für ältere Frauen, produktiv zur Gesellschaft beizutragen, zu verstärken, einschließlich Kooperationen zwischen einzelnen Sektoren, um Maßnahmen außerhalb des Gesundheitssektors zu ermitteln und zu fördern, welche die Gesundheit von Frauen verbessern können;
66. fordert die Mitgliedstaaten auf, bei der Ausbildung der ärztlichen und pflegerischen Fachkräfte die bei Frauen unterschiedlichen Indikationen und Symptome der Herz-Kreislauf-Erkrankungen herauszustellen, indem sie die Vorzüge frühzeitiger

Maßnahmen aufzeigen;

67. fordert die Kommission und den Rat auf, im Rahmen der Initiative ‚Horizont 2020‘ eine engere wissenschaftliche Zusammenarbeit und die Durchführung von vergleichenden Studien zur Multiplen Sklerose in der Europäischen Union in der Weise zu fördern, dass leichter Behandlungs- und Vorsorgemöglichkeiten für diese Erkrankung, die schwere motorische Beeinträchtigungen insbesondere für Frauen mit sich bringt, herausgefunden werden können;
68. fordert die Kommission auf, weiterhin spezielle Sensibilisierungskampagnen zu unterstützen, wobei darauf zu achten ist, dass auch ältere Frauen gezielter angesprochen werden, insbesondere über geschlechts- und altersspezifische Empfehlungen zu richtiger Ernährung und die Bedeutung von körperlicher Bewegung, da dies eine Rolle bei der Verhinderung von Stürzen spielen und das Entstehen von Durchblutungsstörungen, Osteoporose und einigen Krebsarten verringern kann;
69. fordert, dass Information und Bildung in diesem Sinne ausgebaut werden, sowohl in der Schule als auch durch Mitteilungen zum Gesundheitswesen in Bezug auf richtige Ernährung und auf die Gesundheitsrisiken durch schlechte Ernährung;
70. fordert die Kommission auf, sich mit dem Rat zu beraten, um die Empfehlung über das Screening von Tumoren wirksam in die Wege zu leiten und durchzuführen; mit besonderem Gewicht auf aus sozioökonomischer Sicht benachteiligte Bevölkerungsgruppen, um die Ungleichheit im Bereich des Gesundheitswesen zu reduzieren; fordert die Mitgliedstaaten, die dies bisher noch nicht getan haben, auf, diese Empfehlung umzusetzen, gemäß den europäischen Leitlinien im Bereich der Qualitätsgarantie;
71. fordert die Kommission und den Rat auf, die Altersschwelle für den Zugang zu Screening-Programmen anzupassen, zumindest in den Ländern, in denen die Krankheit häufiger auftritt, und in den Fällen, in denen infolge der Familienanamnese ein Risiko besteht, und auch die Frauen im fortgeschrittenen Alter aufgrund ihrer längeren Lebenserwartung in diese Programme einzubinden;
72. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Rechte von Frauen zu fördern, um jedwede Gewalt und Diskriminierung in Bezug auf das Altern und das Geschlecht zu bekämpfen, einschließlich durch Sensibilisierungs- und Informationskampagnen, die sich an die gesamte europäische Bevölkerung vom frühesten Kindesalter an richten;
73. fordert die Mitgliedstaaten auf, die klinische Forschung über Frauen zu intensivieren, und ist der Auffassung, dass der aktuelle Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates betreffend die klinische Erprobung von Humanarzneimitteln, der die Richtlinie 2001/20/EG aufhebt, in diesem Sinne lauten kann;
74. fordert die Mitgliedstaaten auf, innovative Lösungen unmittelbar in der Zusammenarbeit mit den Patienten zu entwickeln und so die Bedürfnisse älterer Menschen besser anzusprechen,

75. beauftragt seinen Präsidenten, diese Entschließung dem Rat und der Kommission zu übermitteln.

BEGRÜNDUNG

Aufgrund der niedrigen Geburtenraten und der zunehmenden Lebenserwartung ist eine fortschreitende Alterung der Bevölkerung der Europäischen Union zu verzeichnen. Dieser Aspekt wird immer mehr in die europäische Politik integriert, wie das Europäische Jahr 2012 für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen zeigt. Ziel ist es, eine Alterung bei guter Gesundheit für alle zu fördern, durch den Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsfürsorge und präventive Maßnahmen, die es älteren Menschen ermöglichen, so lange wie möglich selbstständig zu bleiben.

Mit diesem Bericht soll eine allgemeine Übersicht über die Situation vermittelt werden und auf programmatische Weise eine Reihe von Maßnahmen auf einzelstaatlicher und europäischer Ebene vorgeschlagen werden.

Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffs „ältere Menschen“. In einigen Fällen wird auf das chronologische Alter Bezug genommen (für die WHO ab 65 Jahren) oder auf die Lebensabschnitte (drittes und viertes Alter), in anderen Fällen wird von der Rolle in der Gesellschaft, dem Tätigkeitsniveau (Beendung der beruflichen Tätigkeit), der Gesundheit oder dem Grad der Abhängigkeit ausgegangen.

Aus der Umfrage von Eurobarometer über aktives Altern (2012) geht hervor, dass sich die Definition der Begriffe „junge Menschen“ und „ältere Menschen“ in den einzelnen Ländern erheblich unterscheidet: Im Durchschnitt gilt in Europa eine Person ab 64 als „alt“, und eine Person ab 41,8 als „nicht mehr jung“.

Bei dem Teil der Bevölkerung, der älter ist als 65 Jahre, besteht ein unausgewogenes Verhältnis, was das Geschlecht betrifft: von insgesamt 87 Millionen Personen in der EU27 in dieser Altersgruppe sind 50,6 Millionen Frauen.

Der Unterschied ist noch größer bei den Personen über 80 Jahre: 3,1% der Frauen und 1,6% der Männer der Bevölkerung insgesamt.

Gefühlsmäßig beginnt das Alter bei Frauen etwas später als bei Männern (65 im Vergleich zu 62,7). Interessant ist die Selbstwahrnehmung der eigenen Gesundheit: mit 65 gehen die Männer davon aus, dass sie noch 8,2 Jahre in guter Gesundheit leben; bei den Frauen sind es 8,4 Jahre.

Laut Eurostat sind nur 48,9% der Personen in der Altersgruppe der 50-64-Jährigen optimistisch, was ihre Zukunft angeht; dieser Prozentsatz sinkt anschließend auf 44,9% in der Altersgruppe der über 65-Jährigen.

Trotz der höheren Lebenserwartung leiden ältere Frauen erheblich öfter an Krankheiten, die den Patienten erheblich beeinträchtigen - Frakturen infolge von Osteoporose, rheumatoide Arthritis und Osteoarthritis, Schlaganfälle, Inkontinenz, Krebs – als Männer in dieser Altersgruppe. Das Gleiche gilt für das schrittweise Eintreten funktionaler Einschränkungen infolge einer psychomotorischen Verlangsamung, von Phasen geistiger Verwirrung und Demenz (z.B. Alzheimer), deren Inzidenz mit den Jahren zunimmt.

Zu den Krankheiten, von denen insbesondere ältere Frauen betroffen sind, zählen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Erkrankungen der Atemwege, Krebs (der nach wie vor die wichtigste Todesursache bei älteren Frauen in der EU ist), Diabetes, Muskel- und Skeletterkrankungen, degenerative Krankheiten und Depressionen.

Die wichtigsten Risikofaktoren, die sich gegenseitig beeinflussen, sind Bluthochdruck, Überzuckerung, Bewegungsmangel, Rauchen, Übergewicht und Fettleibigkeit, zu hohe Cholesterinwerte und, bei Frauen, hormonelle Veränderungen in den Wechseljahren.

Insbesondere der Tabakkonsum fordert jedes Jahr etwa 6 Millionen Tote, 21% davon in Europa. Der Alkoholmissbrauch ist nach Tabakkonsum und Bluthochdruck der drittgrößte Risikofaktor in der Europäischen Union, der zum Tod oder zur Erwerbsunfähigkeit führt und jährlich 195.000 Todesopfer fordert; er ist für 12% der frühzeitigen Todesfälle bei den Männern und 2% bei den Frauen verantwortlich. In über der Hälfte der OECD-Länder ist mindestens eine Person von zwei übergewichtig oder fettleibig, und Prognosen zufolge werden in zehn Jahren in einigen Ländern zwei von drei Personen fettleibig sein. Körperliche Tätigkeit kann bei älteren Menschen eine sehr wichtige Rolle zur Verbesserung der Lebensqualität spielen, da sie die körperliche und geistige Kondition verbessert. Einer Umfrage von Eurobarometer über Sport und körperliche Tätigkeit zufolge haben über die Hälfte (61%) der Befragten zwischen 15 und 24 Jahren ausgesagt, mindestens einmal pro Woche Sport zu treiben. Dieser Prozentsatz geht bei der Altersgruppe zwischen 25 und 39 Jahren auf 44%, bei der Altersgruppe zwischen 40 und 54 Jahren auf 40%, bei der Altersgruppe zwischen 55 und 69 Jahren auf 33% und bei den über 70-Jährigen auf 22% zurück.

Es ist wichtig, sich sein ganzes Leben um seine Gesundheit zu kümmern.

Prävention und Information sind wesentliche Elemente einer Strategie, in die alle politischen Entscheidungsträger eingebunden werden müssen, insbesondere die Vereinigungen in dem Bereich, die einzelstaatlichen und europäischen Institutionen, die Medien und die lokalen Behörden.

Der WHO zufolge müssen eine richtige Ernährung, körperliche Aktivität und die Bekämpfung von Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch ein Leben lang Konstanten sein.

Auch nach dem Europäischen Jahr für aktives Altern müssen die europäischen Institutionen mit den nationalen und lokalen Partnern zusammenarbeiten, um der breiten Öffentlichkeit die Präventionsstrategien nahezubringen, mit denen richtiges Verhalten gefördert werden soll, um ein gesundes und aktives Altern zu unterstützen.

Zusätzlich zu den Screening-Programmen müssen vor allem den Schwierigkeiten (die oft unüberwindbar werden) auf dem Gebiet des Zugangs zur Gesundheitsfürsorge Rechnung getragen werden. Die Komplexität der Systeme, fehlende Leitlinien, schwierige Verfahren, um einen Termin bei einem Spezialisten und für diagnostische Analysen zu vereinbaren sowie lange Wartelisten schrecken vor allem ältere Patienten ab, insbesondere ältere Frauen, die oft in einsamen Verhältnissen leben.

Auch dort, wo das Versorgungsangebot den Bedürfnissen älterer Frauen gerecht wird, hat der Mangel an Informationen zur Folge, dass die vorhandenen Möglichkeiten nicht genutzt werden können. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Qualität der Gesundheitsfürsorge, auch und vor allem bei älteren Frauen von einem Verhältnis zwischen Arzt und Patient abhängt, bei dem den Besonderheiten dieser Kategorie der Bevölkerung Rechnung getragen wird.

Bei der klinischen Forschung ist dem geschlechtsspezifischen Aspekt stärker Rechnung zu tragen, wobei neben der Prävalenz einiger bestimmter Erkrankungen bei Frauen vor allem den Ursachen und der Prädisposition Rechnung zu tragen ist (nicht zuletzt den hormonellen Veränderungen).

Für Frauen stellt das Altern (und der Eintritt der Wechseljahre) eine tiefe Krise dar. Wenn sie altert, durchlebt die Frau einschneidende Veränderungen: ihre gesellschaftliche und Arbeitsrolle ändern sich; die körperlichen Veränderungen sind oft schwer zu akzeptieren.

Die psychologischen Folgen des Alterns können zu einem Gefühl der Einsamkeit führen (das noch dadurch verstärkt wird, dass ältere Frauen oft allein leben), zu einem starken Gefühl der Isolation und zum Verlust der Selbstachtung. Dies alles kann zu Depressionen führen. Über die Hälfte (50,6%) aller Frauen zwischen 50 und 64 Jahren in der EU waren 2010 ohne Tätigkeit.

Nach Angaben von Eurobarometer hat ein Drittel der europäischen Bürgerinnen und Bürger erklärt, sie möchten nach Erreichen des Renteneintrittalters gerne weiter arbeiten.

Zwei Drittel der europäischen Bürgerinnen und Bürger sind dafür, Teilzeitarbeit mit einer Teilrente zu kombinieren, um zu vermeiden, dass sie beim Eintritt in den Ruhestand plötzlich vom gesellschaftlichen Leben und vom Arbeitsleben ausgeschlossen werden.

Die Tätigkeit und der Beitrag, den die älteren Menschen nach ihrem Eintritt in den Ruhestand für die Gesellschaft leisten können, kann diverse Formen annehmen, zum Beispiel eine ehrenamtliche Tätigkeit, Unterstützung von Familienmitgliedern, Hilfeleistung für kranke oder schutzbedürftige Personen in ihrer näheren Umgebung (nichtfachliche Pflegepersonen) und Teilhabe an politischen, kulturellen, umweltpolitischen oder religiösen Tätigkeiten. Auf lokaler Ebene könnten Anstrengungen unternommen werden, um den Gegebenheiten vor Ort den älteren Menschen anzupassen. Die Sportinfrastrukturen und der öffentliche Verkehr können verbessert werden; die Begegnungs- und Austauschstätten (gesellschaftliche und Freizeitaktivitäten) können unter der Mitwirkung der lokalen Behörden und der ehrenamtlichen Organisationen verbessert werden. Auch die Förderung der Nutzung des Internets (gegebenenfalls im Rahmen einer kostenlosen Schulung) kann den älteren Menschen dabei helfen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen oder die Einsamkeit zu überwinden, aber auch, selbstständig und unabhängig zu bleiben (Angaben von Eurostat zufolge nutzten 46% der Personen der Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren im Jahr 2010 Internet mindestens einmal pro Woche, in der Gruppe der 65 bis 74-Jährigen betrug dieser Prozentsatz 25%).

ERGEBNIS DER SCHLUSSABSTIMMUNG IM AUSSCHUSS

Datum der Annahme	10.10.2012
Ergebnis der Schlussabstimmung	+ : 31 - : 0 0 : 1
Zum Zeitpunkt der Schlussabstimmung anwesende Mitglieder	Regina Bastos, Edit Bauer, Andrea Češková, Edite Estrela, Iratxe García Pérez, Mikael Gustafsson, Mary Honeyball, Lívia Járóka, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Constance Le Grip, Astrid Lulling, Barbara Matera, Elisabeth Morin-Chartier, Krisztina Morvai, Norica Nicolai, Angelika Niebler, Siiri Oviir, Antonyia Parvanova, Raül Romeva i Rueda, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Britta Thomsen, Anna Záborská
Zum Zeitpunkt der Schlussabstimmung anwesende Stellvertreter(innen)	Roberta Angelilli, Izaskun Bilbao Barandica, Minodora Cliveti, Mariya Gabriel, Sylvie Guillaume, Ulrike Lunacek, Ana Miranda, Chrysoula Paliadeli, Antigoni Papadopoulou, Angelika Werthmann
Zum Zeitpunkt der Schlussabstimmung anwesende Stellv. (Art. 187 Abs. 2)	Jacek Włosowicz