

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Große Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Dr. Dietmar Bartsch, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/2218 –**

Gesundheitliche Ungleichheit im europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung

Vorbemerkung der Fragesteller

Bereits 1966 hat der Sozialpakt der Vereinten Nationen (UN) nicht nur das Recht auf medizinische Versorgung festgeschrieben, sondern mit ihm erkennen die Vertragsstaaten „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an“. Die Bundesrepublik Deutschland hat den UN-Sozialpakt bereits 1973 vorbehaltlos ratifiziert. Er ist damit geltendes Recht.

1988 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Adelaide in ihrer Empfehlung festgehalten, dass gesundheitliche Ungleichheiten ihre Wurzeln in sozialer Ungerechtigkeit hätten. Die WHO forderte, die Kluft zwischen den sozial und bildungsmäßig Benachteiligten und den Bevorzugten einer Gesellschaft zu schließen. Dies erfordere eine Politik, die den Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen und ein unterstützendes Umfeld herstelle. Eine solche Politik müsse den unterprivilegierten und schutzlosen Gruppen einer Bevölkerung eine hohe Priorität einräumen.

Die Jakarta-Deklaration der WHO von 1997 zur „Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“ nennt als Voraussetzungen für Gesundheit „Frieden, Schutz, Bildung, soziale Sicherheit, soziale Beziehungen, Ernährung, Einkommen, das Empowerment von Frauen, ein stabiles Ökosystem, nachhaltige[n] Ressourcenverbrauch, soziale Gerechtigkeit, Respekt vor den Menschenrechten und Gerechtigkeit.“ Die WHO konstatiert, dass Armut die größte Gefahr für die Gesundheit sei.

Insbesondere bezogen auf Kinder stellt das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2009 in Übereinstimmung mit der WHO fest, dass Armut – sowohl die monetäre wie die Versorgungsarmut – der wichtigste erklärende Faktor für Gesundheits- und Entwicklungsdefizite wäre. Die Senkung der Kinderarmut nehme deshalb auch gesundheitspolitisch höchste Priorität ein. Als besonders vulnerable Gruppen werden Erwerbslose, Menschen mit geringer formaler Bildung, alleinerziehende Eltern, Eltern mit mehreren Kindern und Menschen mit Migrationshintergrund jeweils in Verbindung mit materieller Armut benannt.

2010 ist das „Europäische Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung“ infolge eines gemeinsamen Beschlusses vom Rat der Europäischen Union und dem Europäischen Parlament. In ihrer Mitteilung „Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU“ vom Oktober 2009 stellt die EU-Kommission fest, dass das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den sozial benachteiligten und den bessergestellten EU-Bürgerinnen und -Bürgern eine „Herausforderung an ihr Engagement für Solidarität, sozialen und wirtschaftlichen Zusammenhalt, Menschenrechte und Chancengleichheit“ darstelle. Die gesundheitliche Ungleichheit beruhe auf Unterschieden der Lebensbedingungen, des Bildungsstands, des Berufs, des Einkommens, des Gesundheitsverhaltens, der Gesundheitsversorgung und Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen. Die öffentliche Politik, welche wiederum die Qualität, Quantität und Verteilung dieser Unterschiede beeinflusst, sei ebenso maßgeblich. Gesundheitliche Ungleichheit beginne wegen all dieser Bedingungen bei der Geburt und setze sich bis ins hohe Lebensalter fort.

Die EU-Kommission stellt weiter fest, dass die Bewältigung gesundheitlicher Ungleichheit Maßnahmen verlangt, die speziell auf besonders schutzbedürftige Gruppen zugeschnitten seien. Besondere Aufmerksamkeit müsse den Bedürfnissen von Menschen in Armut, benachteiligten Einwanderer- und ethnischen Minderheitengruppen, Menschen mit Behinderungen, älteren Menschen und Kindern in Armut geschenkt werden.

Wie diese Auszüge zeigen, wird seit fast einem halben Jahrhundert international und national immer wieder darauf verwiesen, dass die vermeidbare gesundheitliche Ungleichheit insbesondere durch soziale Ungleichheit unhaltbar und unvermeidbar mit den Menschenrechten ist. Seitdem hat sich an dieser Situation nichts verbessert. Im Gegenteil: In Deutschland steigen Armut und Armutsrisiko. Die Einkommensungleichheit vergrößert sich ebenso wie die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008, S. 33 und DIW Wochenbericht Nr. 7/2010). Zudem verstärkt sich in der Europäischen Union die Tendenz, das Gesundheitswesen als Teil des Europäischen Binnenmarktes zu etablieren. Gesundheitsleistungen werden der Logik des Wettbewerbs einseitig untergeordnet und zur Ware degradiert. Dadurch wird auch auf europäischer Ebene der Weg zu einer Zweiklassenmedizin forciert. Die ausufernde Verlagerung von Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspolitik auf die EU stellt die historisch unterschiedlich gewachsenen Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten in Frage und zerstört das System einer öffentlichen Gesundheitsversorgung.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP (2009) spielt die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit keine Rolle. Im Grunde rechtfertigt die Bundesregierung die wachsende Kluft zwischen Arm und Reich und fordert sogar deren Vergrößerung. Denn der Bundesregierung geht es in ihrem Koalitionsvertrag nicht um die soziale Gerechtigkeit, sondern um die Leistungsgerechtigkeit. Ihre Forderung lautet, dass sich Leistung und Arbeit lohnen müssten. Unterschiedliche Leistung rechtfertigt nach Ansicht der Bundesregierung damit soziale Ungleichheiten, insbesondere Einkommens- und Vermögensunterschiede. Damit begründet die sogenannte Leistungsgerechtigkeit unter anderem das höhere Armutsrisiko von Menschen mit Behinderungen und von chronisch Kranken. Leistung ist aber gar nicht eindeutig definiert. Wer leistet mehr? Die Erzieherin oder die Managerin? Der Mensch mit Behinderungen, der mit vollem Einsatz seiner Tätigkeit nachgeht oder derjenige, dem gleichviel oder mehr Arbeit leicht von der Hand geht?

In der Bevölkerung wird der Zusammenhang zwischen hohem Einkommen und Leistung im Sinne von harter Arbeit kaum wahrgenommen. Über 80 Prozent der Bevölkerung sehen Reichtum als Folge von Beziehungen und Ausgangsbedingungen an (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008, S. 43). Und die Bevölkerung liegt nachgewiesenermaßen richtig: So studieren beispielsweise 83 Prozent der Akademikerkinder, aber nur 23 Prozent der Kinder von Nichtakademikern (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 64). Dies führt zu Einkommensunterschieden, da Bildung die Höhe des Einkommens maßgeblich mitbestimmt. Auch spielen die Ge-

schlechterverhältnisse eine entscheidende Rolle. Frauen verdienen durchschnittlich ein Viertel weniger als Männer, sind häufiger von prekärer Beschäftigung betroffen, verbleiben länger in Erwerbslosigkeit und gelangen seltener in Führungspositionen. Zudem entscheidet bei gleicher Qualifikation oft die soziale Herkunft über die Auswahl bei einer Führungsposition (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 57). Michael Hartmann legt in seinem Buch „Der Mythos der Leistungselite“ (2008) dar, wie undurchlässig und unabhängig von Leistung der Bestand der deutschen Elite ist. Bedenklich sollte zudem stimmen, dass harte Arbeit als Grund für Reichtum bei der deutschen Bevölkerung sogar hinter Unehrlichkeit rangiert (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 43).

In der Bevölkerung wird soziale Ungleichheit als ungerecht eingeschätzt, da der Erwerb von Reichtum vorwiegend von Faktoren abhängig ist, auf die der oder die Einzelne keinen Einfluss hat. Wenn der Begriff der Leistung im Ungewöhnlichen bleibt und vor allem der Sozialstatus der Eltern, das soziale Umfeld, die Beziehungen, das Geschlecht oder die angeborenen Fähigkeiten über das Ausmaß an Teilhabe und Wohlstand entscheiden, kann nicht von Leistungsgerechtigkeit gesprochen werden.

Ein weiteres Problem der Leistungsgerechtigkeit ergibt sich bei der Betrachtung von Menschen, die keine anerkannte Leistung erbringen dürfen oder deren Leistung völlig unzureichend vergütet wird. So wird die unbezahlte Sorgearbeit, die überwiegend von Frauen geleistet wird, in der Leistungslogik nicht berücksichtigt. Auch die soziale und finanzielle Ausgrenzung von Erwerbslosen ist durch nichts zu rechtfertigen. Im Monat März 2010 standen 508 000 freien Stellen, davon 288 000, die nicht staatlich gefördert werden, 3 568 000 erwerbslose Menschen gegenüber (Bundesagentur für Arbeit, Monatsbericht März 2010). Damit sind bei Weitem nicht genügend freie Arbeitsplätze vorhanden, um allen Erwerbslosen eine Arbeitsstelle anzubieten. Bei Erwerbslosigkeit handelt es sich also um ein gesellschaftliches Problem, dessen Ursachen nicht den Betroffenen zugeschrieben werden können. Diese sind nicht nur von der Möglichkeit einer bezahlten Leistungserbringung, sondern zudem durch unzureichende staatliche Unterstützung (z. B. Arbeitslosengeld II – ALG II) von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen. Unklar ist auch die Rechtfertigung dafür, dass mittlerweile ca. 1,3 Millionen arbeitende Menschen (davon 300 000 in Vollzeit, Tendenz steigend) das ohnehin viel zu niedrig definierte Existenzminimum durch ihren Erwerb nicht erreichen. Zahlreichen Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit wird die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nach geltendem Recht sogar verboten oder erheblich erschwert. Eine medizinische Versorgung erfolgt bei prekärem Aufenthaltstitel nur in bedenklich eingeschränkter Weise (§§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes – AsylbLG) bzw. bei illegalisiertem Aufenthalt aus Angst vor einer Abschiebung häufig auch gar nicht.

Soziale Ungleichheit ist an sich bereits ungerecht, aber ihr großer Einfluss auf die Gesundheit verstärkt diesen Effekt enorm. So lebt ein Mann aus dem unteren Einkommensbereich durchschnittlich zehn Jahre weniger als jemand aus dem oberen Einkommensbereich (Mitteilung der EU-Kommission: „Solidarität im Gesundheitswesen“, 2009). Beim Vergleich der niedrigsten und der höchsten Berufsstatusgruppe zeigt sich, dass Männer in der niedrigsten Gruppe fast dreimal und Frauen sogar fünfmal häufiger gesundheitlich beeinträchtigt sind (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 115). Um dem entgegenzuwirken, müssten neben der Verringerung der sozialen Ungleichheit der Zugang zur Gesundheitsversorgung für sozial Benachteiligte sogar prioritär gewährt und zudem eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik sowie moderne lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention betrieben werden. Das Gegenteil ist im Koalitionsvertrag und in der früheren und derzeitigen Politik der Bundesregierungen festzustellen: Durch Praxisgebühren, Zuzahlungen, Wahltarife, Festzuschüsse, sogenannte Eigenverantwortung, Zusatzbeiträge und die geplante so genannte Kopfpauschale wird insbesondere für die einkommensschwächeren Bevölkerungsteile der Zugang zum Gesundheitssystem gegenüber den Besserverdienenden immer mehr erschwert. Das Gesundheitssystem selbst wird so zunehmend zur Ursache von sozial beding-

ter gesundheitlicher Ungleichheit, statt zu deren Reduzierung beizutragen. Prävention wird von der Bundesregierung offensichtlich auf Verhaltensprävention und medizinische Vorsorge reduziert, welche nachgewiesenermaßen die sozial Schwächeren nicht oder nicht ausreichend erreichen. Für ein Präventionsgesetz sieht die Bundesregierung trotz allem keinen Bedarf. Gesundheitsförderung und Prävention werden im Koalitionsvertrag allein als Möglichkeit zur Senkung der Gesundheitsausgaben in den Blick genommen, nicht aber, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Adäquate Finanzmittel will die Bundesregierung für Gesundheitsförderung und Prävention ohnehin nicht in die Hand nehmen.

Bislang wurde kein eigenständiges nationales Gesundheitsziel zur Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit benannt. Die Bundesregierung unterlässt es auch, die wenigen benannten nationalen Gesundheitsziele konkret und messbar zu formulieren und Zeiträume für ihr Erreichen festzulegen. Darüber hinaus fehlt es an klaren messbaren Zielen für die Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit innerhalb der bisherigen nationalen Gesundheitsziele.

Die Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit erfordert ein deutliches Bekenntnis zu Gesundheit als Gut, das allen Menschen in gleichen Maßen zusteht. Sie erfordert eine Politik, die sowohl die sozialen Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten in den Blick nimmt als auch deren Auswirkungen auf die Gesundheitschancen. Von zentraler Bedeutung sind daher eine ausgleichende Sozialpolitik, eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik und eine Gesundheitspolitik, die besonders die sozial benachteiligten Menschen mit partizipativen Ansätzen in Versorgung und Gesundheitsförderung erreicht.

Konkrete, messbare Endpunkte oder Zwischenschritte zur Verringerung ungleicher Gesundheitschancen für festgelegte Zeiträume sind notwendig, um Fortschritte sicher benennen und quantifizieren zu können. Nur dann kann Politik gegebenenfalls steuernd eingreifen und vor allem die bisherige Politik durch die Bürgerinnen und Bürger beurteilt werden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

In Deutschland ist der Zugang zum System der gesundheitlichen Versorgung für alle gewährleistet. Dennoch gibt es viele unterschiedliche Fakten, die auf die gesundheitliche Lage einwirken. Verantwortlich hierfür ist zum einen, dass neben genetischen Faktoren ein Großteil der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken durch das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten beeinflusst wird. Dieses ist auch von der Bildung, der Stellung in der Arbeitswelt abhängig. Auch können sich Gesundheitsstörungen und Krankheiten, insbesondere wenn sie länger andauern, nachteilig auf die Erwerbs-, Bildungs- und Einkommenschancen auswirken und zu einem sozialen Abstieg führen.

Menschen müssen befähigt werden, ihre gesundheitlichen Ressourcen zu stärken. Jeder Mensch hat die Möglichkeit, durch ausgewogene Ernährung, durch ausreichende Bewegung und Techniken zur Stressbewältigung gesundheitliche Risiken zu reduzieren. Mit zielgruppenspezifischer gesundheitlicher Aufklärung und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung müssen ganz besonders diejenigen unterstützt werden, deren Gesundheitsbewusstsein noch weniger stark ausgeprägt ist.

Politisches Ziel ist es, die Teilhabechancen der Bevölkerung zu verbessern. Dauerhafte Abhängigkeit von staatlicher Fürsorge führt zur Verfestigung von Armut über Generationen hinweg und muss vermieden werden. Entscheidend ist es deshalb, den Betroffenen Angebote etwa für Betreuung, Bildung und Weiterbildung zu eröffnen, und sie zu befähigen, mit einer angemessen entlohnten Erwerbstätigkeit so weit wie möglich vom Bezug von Transferleistungen unabhängig zu werden. Alle müssen die Chance erhalten, ihre individuellen Möglichkeiten auszuschöpfen.

Die Maxime der aktivierenden Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik der Bundesregierung ist es, möglichst viele Erwerbsfähige (wieder) in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Gelingt dies nicht sofort, besteht eine wichtige Herausforderung darin, durch gezielte Unterstützungsmaßnahmen der Aktivierung, Qualifizierung oder in Form der Ausübung öffentlich geförderter Erwerbstätigkeit die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und damit einen Übergang in ungeforderte Beschäftigung vorzubereiten.

Die Bundesregierung hat in allen politischen Bereichen die erforderlichen Weichen gestellt.

Soziale Ungleichheit

1. Wie hat sich in Deutschland die Verteilung von Einkommen und Vermögen in den letzten 20 Jahren entwickelt (bitte auch nach Quintilen und den Gini-Koeffizienten angeben)?

Wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung?

3. Welche Gründe sind für die Bundesregierung maßgeblich für das zunehmende Auseinanderklaffen der Schere zwischen Arm und Reich in Deutschland?

Die Fragen 1 und 3 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Daten zur Entwicklung der Höhe und Verteilung von Einkommen und Vermögen privater Haushalte werden durch die Bundesregierung einmal pro Legislaturperiode mit dem Armuts- und Reichtumsbericht (ARB) und den dazu in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Studien zur Verfügung gestellt.

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die genannten Verteilungsmaße für Gesamtdeutschland im Zeitraum von 1993 bis 2007 auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS), die alle fünf Jahre durch das Statistische Bundesamt erhoben wird, sowie des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung e. V. (DIW Berlin). Verteilungsdaten aus der aktuellen EVS 2008 liegen bisher noch nicht vor.

Verteilung der Nettoäquivalenzeinkommen auf die Gesamtbevölkerung 1991 bis 2007
nach Gini-Koeffizient und Dezils-Anteilen (%)
Deutschland
- neue OECD-Skala -

Verteilungsmaß	EVS			SOEP ³⁾								
	1993 ¹⁾	1998 ²⁾	2003 ²⁾	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Gini-Koeffizient	0,262	0,255	0,257	0,261	0,259	0,263	0,254	0,264	0,281	0,281	0,296	0,291
1. Dezil	4,0	4,1	4,1	3,9	4,1	3,8	3,9	3,8	3,7	3,6	3,4	3,6
2. Dezil	5,6	5,7	5,6	5,5	5,7	5,7	5,8	5,7	5,5	5,5	5,2	5,3
3. Dezil	6,6	6,7	6,7	6,6	6,7	6,7	6,8	6,7	6,6	6,5	6,3	6,3
4. Dezil	7,5	7,6	7,6	7,5	7,5	7,6	7,7	7,6	7,4	7,4	7,3	7,2
5. Dezil	8,4	8,5	8,5	8,4	8,4	8,4	8,5	8,4	8,2	8,3	8,1	8,2
6. Dezil	9,4	9,4	9,5	9,5	9,4	9,3	9,4	9,3	9,1	9,2	9,2	9,1
7. Dezil	10,5	10,6	10,6	10,6	10,5	10,6	10,5	10,4	10,2	10,3	10,3	10,3
8. Dezil	12,0	11,9	12,0	12,2	12,0	12,0	11,9	11,8	11,6	11,7	11,8	11,8
9. Dezil	14,3	14,0	14,1	14,5	14,2	14,1	14,2	14,2	14,0	14,0	14,1	14,2
10. Dezil	21,7	21,5	21,3	21,1	21,6	21,7	21,2	22,0	23,6	23,4	24,4	24,0

Quellen:

- 1) Hauser/Becker, Einkommensverteilung im Querschnitt und im Zeitverlauf 1973 – 1998; Studie im Auftrag des BMA.
- 2) Hauser/Becker, Verteilung der Einkommen 1999 – 2003; Studie im Auftrag des BMGS.
- 3) Sonderauswertung im BMAS auf Basis der 2009 revidierten SOEP-Mikrodaten.

Die Daten zur Verteilung der Nettoäquivalenzeinkommen zeigen in den 90er-Jahren keine großen Veränderungen und ab 2001 bis zum Jahr 2005 eine zunehmende Ungleichheit. Dieser Trend scheint mit Einsetzen des wirtschaftlichen Aufschwungs ab dem Jahr 2006 zunächst gestoppt.

Die Einkommensverteilung wird in Deutschland von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dabei ist die Ausgangslage jeder Einkommensverteilung die Verteilung der Markteinkommen, die primär durch Marktkräfte bestimmt ist. Zum anderen spiegelt sich hierin u. a. auch der Trend zu kleineren Haushalten wider, welcher u. a. Ergebnis veränderter Lebensstile, der Zunahme von Scheidungen und der Alterung der Gesellschaft ist.

Verteilung der Nettogesamtvermögen auf die Privathaushalte 1993 bis 2007
nach Gini-Koeffizient und Dezils-Anteilen (%)

Deutschland

Verteilungsmaß	EVS ¹⁾			SOEP ²⁾	
	1993	1998	2003	2002	2007
Gini-Koeffizient	0,665	0,665	0,675	0,762	0,767
1. Dezil	-0,2	-0,3	-0,6	-0,9	-1,3
2. Dezil	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
3. Dezil	0,6	0,5	0,5	0,2	0,1
4. Dezil	1,2	1,2	1,2	0,6	0,6
5. Dezil	2,3	2,4	2,6	1,6	1,7
6. Dezil	4,8	5,1	5,3	3,7	3,7
7. Dezil	10,0	9,9	9,3	7,6	7,3
8. Dezil	15,1	15,1	14,2	11,8	11,9
9. Dezil	21,4	21,7	20,7	18,1	18,7
10. Dezil	44,7	44,4	46,8	57,4	57,3

Quellen:

- 1) Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung; Drucksache 15/5015, Seite 56, Tabelle I.9.
- 2) Sonderauswertung im BMAS auf Basis der 2009 revidierten SOEP-Mikrodaten.

Nach den zur Verfügung stehenden Daten aus der EVS und dem SOEP hat die Konzentration der Vermögensbestände privater Haushalte in den betrachteten Zeiträumen allenfalls geringfügig zugenommen. Von einem zunehmenden Auseinanderklaffen der oberen und unteren Vermögensdezile kann keine Rede sein.

Die Entwicklung der Vermögensverteilung ist u. a. abhängig von Änderungen in der Alters- und Haushaltsgrößenstruktur, von Kohorteneffekten (Verlängerung durchschnittlicher Ausbildungszeiten bzw. späterer Berufseintritt bei Jüngeren und zunehmende Sparfähigkeit und Sparneigung höherer Altersgruppen) sowie von den Wertveränderungen der Vermögensbestände und Anlagestrukturen der privaten Haushalte.

2. Wie hat sich das Verhältnis zwischen Einkommen aus Löhnen und Gehältern im Verhältnis zu Kapitaleinkommen und Einkommen aus selbstständiger Arbeit im gleichen Zeitraum entwickelt?

Daten zur Entwicklung des Verhältnisses von Einkommen aus Löhnen und Gehältern zu Einkommen aus Kapital und selbständiger Arbeit in Deutschland liefern die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR). Eine entsprechende Zeitreihe kann der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Anteil von Unternehmens-/Vermögenseinkommen und Arbeitnehmerentgelten
am Volkseinkommen 1992 bis 2009

Volkseinkommen	VGR							
	1992	1995	1998	2001	2003	2005	2007	2009
Summe in Mrd. Euro	1.270	1.397	1.466	1.561	1.600	1.695	1.838	1.792
Anteil der Unternehmens- und Vermögenseinkommen in %	28	29	30	28	29	33	36	32
Anteil der Arbeitnehmerentgelte in %	72	71	70	72	71	67	64	68

Quelle: Statistisches Bundesamt

4. Wie bewertet die Bundesregierung Erkenntnisse von Richard Wilkinson (Wilkinson, R. [2002], *Income inequality and population health*, BMJ, 324, 978) oder Martin Karlsson (Karlsson, M. et al., *Income inequality and health: Importance of a cross-country perspective*, 2009), nach denen eine größere Einkommensungleichverteilung zu geringerer Gesundheit einer Gesellschaft führt (bitte begründen)?

Die Bundesregierung verfügt über keine gefestigten wissenschaftlichen Erkenntnisse aufgrund derer zu den Thesen von Wilkinson und Karlsson Stellung genommen werden könnte. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 36 verwiesen.

5. Welche konkreten, messbaren Ziele strebt die Bundesregierung bei der Verringerung sozialer Ungleichheit in Einkommen und Bildung in welchem Zeitraum an?

Wie wird die Erreichung dieser Ziele evaluiert?

Die Einkommensverteilung wird in Deutschland von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst. Ausgangslage jeder Einkommensverteilung ist die Verteilung der Markteinkommen, die primär durch Marktkräfte bestimmt ist. Eine wesentliche Rolle für die Markteinkommen spielen z. B. Löhne, die im Rahmen von Verhandlungen der Tarifparteien auf der Basis der gesetzlichen Tarifautonomie gestaltet werden. Durch das Steuer- und Transfersystem schafft es die Bundesregierung, die Ungleichheit der Markteinkommen stark zu reduzieren.

Im Rahmen der EU-2020-Strategie hat sich Deutschland zwei nationale Ziele im Bereich Arbeit und Soziales gesetzt, die beide über zusätzliche Beschäftigung die Einkommen in den unteren Einkommensdezilen erhöhen sollen und damit die Einkommensverteilung indirekt beeinflussen.

Deutschland wird sich am Kernziel zur Steigerung der Beschäftigungsquote bis 2010 auf 75 Prozent orientieren und ergänzt für Frauen ein nationales Ziel von 73 Prozent sowie für Ältere von 60 Prozent. Darüber hinaus soll die Zahl der langzeiterwerbslosen Personen (länger als ein Jahr erwerbslos) bis 2020 um 20 Prozent (gemessen am Jahr 2008) reduziert werden.

Um die Bildungsbeteiligung insgesamt zu steigern und die Kopplung von sozialer Herkunft und Bildungserfolg zu verringern, hat die Bundesregierung zusammen mit den Ländern in der Qualifizierungsinitiative für Deutschland „Aufstieg durch Bildung“ zahlreiche Zieldefinitionen vorgenommen und Maßnahmen vorgestellt. Sie sind in der Dresdener Erklärung vom 22. Oktober 2008 veröffentlicht worden. Über den Fortschritt beim Erreichen dieser Ziele berichten Bund und Länder regelmäßig.

6. Welchen Einfluss auf die Einkommensungleichheit bzw. die Armutsrisikoquote in Deutschland hätte jeweils ein Mindestlohn von 10 Euro pro Stunde und die Anhebung der ALG-II-Regelsätze auf 500 Euro (bitte wenn möglich begründen unter Angabe von wissenschaftlichen Untersuchungen)?

Solche Untersuchungen liegen der Bundesregierung nicht vor. Im Übrigen wären hierzu aufwendige Modellrechnungen erforderlich, die auch die ökonomischen Folgewirkungen entsprechender Maßnahmen abschätzen müssten und damit auf einer Reihe ungewisser Modellparameter basieren würden.

7. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung jeder und jedem Erwerbsfähigen möglich, einen existenzsichernd vergüteten Arbeitsplatz zu erhalten, wenn er bzw. sie sich ausreichend bemüht?

Stellt also der Umfang der Arbeitslosigkeit nach Ansicht der Bundesregierung in erster Linie ein gehäuftes individuelles Problem dar?

Der Ausgleich von Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage auf dem Arbeitsmarkt hängt von vielen Faktoren ab. Die erheblichen regionalen Unterschiede bei den Arbeitslosenquoten sowie das je nach beruflichem Qualifikationsniveau sehr unterschiedliche Risiko, arbeitslos zu werden, verdeutlichen die Komplexität dieses Prozesses. Beschäftigungsfähigkeit und Arbeitslosigkeit betreffen immer einen einzelnen Menschen – und damit die Seite des Arbeitsangebots. Auf der anderen Seite signalisieren Begriffe wie saisonale, konjunkturelle oder strukturell bedingte Arbeitslosigkeit das Wirken von Sachverhalten, die außerhalb der Einflussphäre des einzelnen arbeitslosen Menschen liegen. Das jeweils verfügbare Angebot an offenen Stellen kann – insbesondere in Phasen eines gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungsaufbaus – wiederum nur teilweise aus dem Bestand an arbeitslosen Menschen in Beschäftigung besetzt werden. Maßgeblich sind vor allem Differenzen zwischen den regionalen und qualifikationsspezifischen Strukturen des Arbeitslosenbestands und den spezifischen Anforderungen der jeweiligen offenen Stellen sowie deren regionalen Verteilung. Hier kann aktive Arbeitsmarktpolitik ausgleichsorientiert tätig werden und auf die berufliche und regionale Mobilitätsbereitschaft der arbeitslosen bzw. arbeitssuchenden Menschen einwirken. Die Höhe des angebotenen Arbeitsentgelts der offenen Stellen entzieht sich grundsätzlich dem Einflussbereich der Agenturen für Arbeit und der Grundsicherungsstellen.

8. Stellt Erwerbslosigkeit nach Ansicht der Bundesregierung einen zentralen Risikofaktor beim Ausschluss von Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben dar, und ist sie damit eine Form von sozialer Ausgrenzung in Deutschland?

Wenn ja weshalb?

Wenn nein, weshalb nicht?

10. Wie bewertet die Bundesregierung die gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten von Langzeiterwerbslosen, die auf die Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II angewiesen sind?

Die Fragen 8 und 10 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Integration Erwerbsfähiger in das Arbeitsleben verbessert Teilhabe- und Verwirklichungschancen für alle Haushaltsmitglieder. Dabei bedeutet angemessen entlohnte Arbeit nicht nur die eigenständige Sicherung des Lebensunterhalts, sondern auch gesellschaftliche Anerkennung und ein selbstbestimmtes

Leben. Deshalb ist die Maxime der aktivierenden Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik der Bundesregierung, möglichst viele Erwerbsfähige (wieder) in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Gelingt dies nicht sofort, besteht eine wichtige Herausforderung darin, durch gezielte Unterstützungsmaßnahmen der Aktivierung, Qualifizierung oder in Form der Ausübung öffentlich geförderter Erwerbstätigkeit die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und damit einen Übergang in ungeforderte Beschäftigung vorzubereiten.

Das Risiko, eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nur noch in geringerem Umfang verwirklichen zu können, steigt mit der Länge der Arbeitslosigkeit. Vor allem Langzeitarbeitslose sind sozial weniger eingebunden und finanziell eingeschränkt. Bei einer Dauer der Arbeitslosigkeit von mehr als zwölf Monaten sinken nach den Erkenntnissen der Arbeitsmarktforschung die Chancen auf einen Übergang in ungeforderte Erwerbstätigkeit. Die gesetzlichen Leistungen der Arbeitsförderung sowie der Grundsicherung für Arbeitsuchende zielen darauf ab, einen Ausschluss von den Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben zu verhindern. Dazu ist es wichtig, dass Erwerbslosigkeit möglichst eine zeitlich begrenzte Phase zwischen Zeiten der Erwerbstätigkeit bleibt und insbesondere auch aus der Perspektive der arbeitslosen Menschen selbst entsprechend wahrgenommen wird.

Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts berücksichtigen auch im Hinblick auf die gesellschaftliche Teilhabe die Verbrauchsgewohnheiten der unteren Einkommensschichten, die nicht auf Fürsorgeleistungen angewiesen sind. Soweit das Bundesverfassungsgericht die bisherige Bemessung der Regelsätze auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe kritisiert hat, hat die Bundesregierung den Entwurf eines Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Bundestagsdrucksache 17/3404) vorgelegt, der den Bedenken Rechnung trägt.

9. Womit begründet die Bundesregierung, dass den Menschen, denen wegen des Mangels an vergüteten Arbeitsplätzen kein Arbeitsplatz zur Verfügung steht, keine durchschnittliche, sondern nur eine deutlich unterdurchschnittliche Teilhabe ermöglicht wird?

Die Bundesregierung gewährleistet jedem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft zusammenlebenden Angehörigen ein gesetzlich geregeltes Existenzminimum. Der hierfür notwendige Lebensunterhalt umfasst insbesondere Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie ohne die auf Heizung entfallenden Anteile, persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens sowie Unterkunft und Heizung. Zu den persönlichen Bedürfnissen des täglichen Lebens gehört in vertretbarem Umfang auch eine Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft. Dies gilt in besonderem Maße für Kinder und Jugendliche. Für Schülerinnen und Schüler umfasst der notwendige Lebensunterhalt nach dem Entwurf eines Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch auch die Hilfen für den notwendigen Schulbedarf.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende ermöglicht darüber hinaus eine umfassende Förderung bei der beruflichen Eingliederung. Erwerbsfähige Leistungsberechtigte sind in die Sozialversicherung einbezogen.

11. Welche Erkenntnisse über die Auswirkungen unterdurchschnittlicher sozialer Teilhabemöglichkeiten auf die Gesundheit Erwerbsloser besitzt die Bundesregierung (bitte getrennt für Personen im Rechtskreis des SGB III und des SGB II sowie für Personen ohne Leistungsanspruch nach einem der beiden Sozialgesetzbücher und in Abhängigkeit von der Dauer der Erwerbslosigkeit und dem Geschlecht der/des Betroffenen angeben), und wie bewertet sie diese?

Zur Beantwortung der Frage liegen keine geeigneten Daten vor. Der Gesundheitszustand und das Maß an sozialer Teilhabe von Arbeitslosen wird in beiden Rechtskreisen im Rahmen der Sozialversicherungsmeldungen oder der Fallbearbeitung von Arbeitsagenturen und Grundsicherungsträgern nicht systematisch erhoben, weshalb entsprechende Auswertungen nicht möglich sind.

12. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Auswirkungen sozialer Stigmatisierung auf die Gesundheit Erwerbsloser?

Wie gedenkt die Bundesregierung, der sozialen Stigmatisierung und damit der sozialen Ausgrenzung und Gesundheitsbelastung von Erwerbslosen zu begegnen?

Die Daten der bundesweiten Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) und weitere Datenquellen, die für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes herangezogen werden, lassen keinerlei Rückschlüsse darauf zu, ob von Arbeitslosen Erfahrungen sozialer Ausgrenzung gemacht worden sind und ob solche Erfahrungen einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Aus den Ergebnissen der telefonischen Gesundheitssurveys 2003 ist allerdings bekannt, dass ein Teil der Arbeitslosen subjektiv davon ausgeht, dass die eigene Gesundheit bei ihrer Entlassung eine Rolle gespielt hat oder dass sie sich infolge der Arbeitslosigkeit verändert hat. Etwa ein Fünftel der arbeitslosen Frauen und Männer gibt an, dass sich ihre Gesundheit aufgrund der Arbeitslosigkeit verschlechtert habe.

Die Bundesagentur für Arbeit hat das Themenfeld „Gesundheitsorientierung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit in der Grundsicherung für Arbeitsuchende“ aufgegriffen und verfolgt im Rahmen eines Gesamtkonzepts sowohl in den operativen und strategischen Geschäftsprozessen als auch im konkreten Maßnahmenangebot unterschiedliche Ansätze, um erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit gesundheitlichen Einschränkungen verstärkt eine Integration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Zur Verbesserung der internen Prozesse in den Grundsicherungsstellen werden in diesem Zusammenhang auch die Erkenntnisse aus lokalen Projekten und Beispielen „guter Praxis“, wie AmigA (Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung) und DiMa (Disability Management), genutzt.

Auch einige Krankenkassen haben mittlerweile in Zusammenarbeit mit örtlichen Grundsicherungsstellen Projekte der Gesundheitsförderung für Arbeitslose auf der Grundlage des § 20 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) etabliert (z. B. JobFit). Der JobFit-Ansatz setzt hierbei auf die Verknüpfung von arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen mit Elementen der Gesundheitsförderung.

13. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, ob und inwiefern sich der gesundheitliche Zustand von Langzeiterwerbslosen über den Systemwechsel von der Arbeitslosenhilfe zum SGB II hin verändert hat (bitte für Erwerbslose aus der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe getrennt angeben)?

Nach Auskunft der Bundesagentur für Arbeit (BA) liegen hierzu aus der Statistik keine Erkenntnisse vor.

14. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, damit Krankheit nicht zur Arbeitslosigkeit und sozialen Ausgrenzung führt, vor dem Hintergrund, dass 20 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen dieser Gruppe ihre Arbeitslosigkeit auf eine Erkrankung zurückführen (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 64)?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 12 und 16 verwiesen.

15. Wie viele Beziehende von Leistungen nach dem SGB II weisen gesundheitliche Beeinträchtigungen auf (bitte differenziert nach Beziehenden von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, nach Frauen und Männern, nach Alter sowie nach Gruppen von Krankheitsbildern angeben)?

Im Rahmen der Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende liegen nach Angaben der BA keine Informationen zu gesundheitlichen Einschränkungen der SGB-II-Leistungsbezieher vor. Über die Arbeitslosenstatistik für den Rechtskreis SGB II, in der die arbeitslosen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen erfasst sind, lässt sich mit dem Merkmal „vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen“ allerdings ein Teilaspekt des o. g. Sachverhalts abbilden. Der Anteil der arbeitslosen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen an allen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen lag im Berichtsmonat April 2010 bei etwa 43 Prozent. Nach Angaben der BA lagen im Berichtsmonat August 2010 bei 327 000 oder 17 Prozent der Arbeitslosen im Rechtskreis SGB II (ohne Daten zugelassener kommunaler Träger) vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen vor.

Nachfolgender Tabelle 1 ist eine Differenzierung nach Alter und Geschlecht zu entnehmen.

Tabelle 1: Bestand an Arbeitslosen im Rechtskreis SGB II insgesamt und darunter mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen

 Deutschland
 August 2010

Für dieses Merkmal können aus verarbeitungstechnischen Gründen die von den zugelassenen kommunalen Trägern gelieferten Daten zur Zeit noch nicht berücksichtigt werden.

Alter	Geschlecht	Bestand an Arbeitslosen im Rechtskreis SGB II		
		Gesamt	darunter: vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen	Anteil in Prozent (Spalte 2 an 1)
		1	2	3
Gesamt	Gesamt	1.888.011	326.755	17,3
	Männlich	1.005.186	200.283	19,9
	Weiblich	882.825	126.472	14,3
15 - 19 Jahre	Gesamt	44.654	889	2,0
	Männlich	23.441	483	2,1
	Weiblich	21.213	406	1,9
20 - 24 Jahre	Gesamt	132.559	6.620	5,0
	Männlich	70.868	3.832	5,4
	Weiblich	61.691	2.788	4,5
25 - 29 Jahre	Gesamt	250.308	20.794	8,3
	Männlich	138.082	13.005	9,4
	Weiblich	112.226	7.789	6,9
30 - 34 Jahre	Gesamt	242.552	25.717	10,6
	Männlich	129.191	16.610	12,9
	Weiblich	113.361	9.107	8,0
35 - 39 Jahre	Gesamt	231.119	31.363	13,6
	Männlich	118.680	20.159	17,0
	Weiblich	112.439	11.204	10,0
40 - 44 Jahre	Gesamt	262.843	47.823	18,2
	Männlich	137.540	30.405	22,1
	Weiblich	125.303	17.418	13,9
45 - 49 Jahre	Gesamt	273.362	62.756	23,0
	Männlich	146.732	39.109	26,7
	Weiblich	126.630	23.647	18,7
50 - 54 Jahre	Gesamt	235.002	65.339	27,8
	Männlich	126.476	39.291	31,1
	Weiblich	108.526	26.048	24,0
55 - 59 Jahre	Gesamt	193.880	60.255	31,1
	Männlich	101.185	34.146	33,7
	Weiblich	92.695	26.109	28,2
60 - 64 Jahre	Gesamt	21.730	5.199	23,9
	Männlich	12.991	3.243	25,0
	Weiblich	8.739	1.956	22,4

16. Wie wirken sich diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Chancen der Betroffenen auf die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt aus, und was tun die zuständigen Träger, um die Eingliederungschancen von gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbslosen zu verbessern?

Wissenschaftliche Studien, z. B. des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB), weisen darauf hin, dass gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmer geringere Chancen auf berufliche Wiedereingliederung besitzen (vgl. IAB-Bibliothek Nr. 314; Handbuch Arbeitsmarkt 2009; S. 217 ff.). Konkret handelt es sich dabei um sehr unterschiedliche Sachverhalte (z. B. psychische Beeinträchtigungen, Suchterkrankungen, körperliche Einschränkungen). Die Entscheidung über eine geeignete Integrationsstrategie, die gesundheitliche Einschränkungen mit einbezieht, kann daher nur auf individueller Ebene und unter Würdigung des jeweiligen Einzelfalls getroffen werden.

Die Bundesagentur für Arbeit hat im Jahr 2009 das 4-Phasen-Modell der Integrationsarbeit eingeführt. Mit drei zentralen Handlungsstrategien wird dabei die erfolgreiche Integrationsarbeit mit den Kunden unterstützt („Leistungsfähigkeit feststellen“, „Leistungsfähigkeit fördern“ und „gesundheitlich angemessene Beschäftigung realisieren“). Im Rahmen dieses Geschäftsprozesses der arbeitnehmerorientierten Integrationsarbeit können rechtskreisübergreifend u. a. „vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen“ individuell abgebildet werden.

Unter dem Motto „Gesundheitsorientierung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit“ hat die BA eine Dachkampagne ins Leben gerufen. Mit Vorstandsbeschluss vom 13. Oktober 2009 ist sie dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ unter der Federführung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beigetreten. Mit dem Beitritt wird unter anderem das Ziel verfolgt, aktiv die Netzwerkbeziehungen zu den relevanten Akteuren im Feld der Gesundheitsorientierung zu gestalten. Bilaterale Absprachen mit der BZgA sollen dazu dienen, vorhandene Qualifizierungsmodule für persönliche Ansprechpartner der BA weiterzuentwickeln und sukzessive ein Wissensmanagement aufzubauen.

17. Befinden sich unter den längerfristig bzw. dauerhaft im SGB-II-Bezug verbleibenden Personen besonders viele mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen?

Im Rahmen der Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende liegen zwar Informationen zur Dauer des SGB-II-Leistungsbezugs, aber keine Informationen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der SGB-II-Leistungsbezieher vor. Somit ist eine Abbildung der gewünschten Merkmalskombination nicht möglich.

Aus Personenbefragungen (z. B. in der Befragung „Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherheit, PASS, des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung), in denen nach der subjektiven Einschätzung der Menschen gefragt wird, ist bekannt, dass Personen mit längerfristigem oder dauerhaftem Bezug von Arbeitslosengeld II (ALG II) häufig einen schlechteren Gesundheitszustand angeben als Personen ohne aktuellen Bezug. Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte werden in der Gruppe der Langzeitbezieher häufiger berichtet. Der Anteil behinderter Personen unterscheidet sich in den beiden Gruppen dagegen nicht deutlich.

18. In wie vielen Fällen war in den Jahren 2005 bis 2009 jeweils zwischen den Trägern der Grundsicherung und den Trägern der Erwerbsminderungsrente bzw. der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung umstritten, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigten der betroffenen Erwerbslosen als so gravierend zu betrachten sind, dass die Erwerbsfähigkeit und damit die Zuordnung zum Rechtskreis des SGB II in Frage stand?

In wie vielen Fällen wurde schlussendlich auf Erwerbsunfähigkeit und damit über den Wechsel in ein anderes Leistungssystem entschieden?

In den Fällen, in denen die Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 8 Absatz 1 SGB II und damit die Leistungsberechtigung nach dem SGB II zwischen den Grundsicherungsstellen und dem Träger der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bzw. dem Rentenversicherungsträger strittig sind, entscheidet gemäß § 44a Absatz 1 Satz 2 SGB II die gemeinsame Einigungsstelle. Die Verfahren der Einigungsstelle werden nicht statistisch erfasst, so dass der Bundesagentur für Arbeit lediglich Zahlen darüber vorliegen, wie viele Personen als auf Dauer voll erwerbsgeminderte Personen ab 18 bis unter 65 Jahren direkt aus der Grundsicherung für Arbeitsuchende in das Vierte Kapitel des SGB XII übergeleitet wurden:

Zeitraum (Stichtag: 31. Dezember)	Auf Dauer voll erwerbsgemindert ab 18 bis unter 65 Jahren
2005	60 078
2006	55 622
2007	53 271
2008	58 123
2009	Zahlen liegen noch nicht vor

19. Welche Gründe sind nach Erkenntnissen der Bundesregierung ursächlich für die Zunahme von Niedriglöhnen in Deutschland?

Wie groß ist der Anteil der sittenwidrigen Löhne an den Niedriglöhnen?

Wie viele der Löhne wären nach ihrer Anhebung auf ein nicht sittenwidriges Niveau keine Niedriglöhne mehr?

Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung über eine Festschreibung der Rechtsprechung zu sittenwidrigen Löhnen hinaus, um Niedriglöhne zu verhindern?

Nach wissenschaftlicher Konvention wird für statistische Auswertungen zum Niedriglohnbereich ein Verfahren der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) angewandt, wonach Löhne unterhalb von zwei Drittel des mittleren Stundenlohns (Median) der jeweiligen Verteilung als Niedriglöhne betrachtet werden. Aktuelle Auswertungen für alle abhängig Beschäftigten (einschließlich Teilzeit und Minijobs) nach diesem Konzept hat das Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) kürzlich auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) vorgelegt. Nach dieser Analyse ist der so berechnete Anteil der Niedriglohnempfänger seit 2006 gesunken.

Der Bundesregierung liegen keine Daten zum Anteil der sittenwidrigen Löhne vor. Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 20 verwiesen.

20. Wie verhindert die Bundesregierung den im Dritten Armuts- und Reichtumsbericht (S. 68) festgestellten gesellschaftlichen Teilhabeausschluss von Niedriglohnbezieherinnen und -bezieher?

Sowohl im Rahmen der Arbeitsförderung als auch der Grundsicherung stehen Instrumente und Regelungen zur Verfügung, die niedrige Löhne „auffangen“ und gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Zu diesen gehören zum Beispiel anrechnungsfreie Einkommen neben dem Bezug von Arbeitslosengeld (bei einer Arbeitszeit von weniger als 15 Stunden wöchentlich und einem Nettoerwerbseinkommen von weniger als 165 Euro monatlich) oder auch die Möglichkeit, bei vorliegender Leistungsberechtigung ergänzend/aufstockend ALG II zusätzlich zu einer (Voll-/Teilzeit-)Erwerbstätigkeit zu beziehen. Eltern mit geringem Erwerbseinkommen können einen Kinderzuschlag beziehen, um unabhängig vom ALG II zu werden. Sobald eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen werden kann, kann die Übergangszeit mit dem Einstiegsgehalt für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren unterstützt werden. Bei Erfüllung der Voraussetzungen kann zudem über die Entgeltsicherung ein zeitlich befristeter Ausgleich geleistet werden, wenn ältere Arbeitslose eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, die geringer vergütet ist als die letzte Tätigkeit.

21. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über die Auswirkungen des längerfristigen Verbleibs im Niedriglohnssektor auf die gesundheitliche Situation der Betroffenen?
22. Worin sieht die Bundesregierung die Hauptursachen für die schlechtere gesundheitliche Situation von längerfristig im Niedriglohnssektor arbeitenden Beschäftigten?

Die Fragen 21 und 22 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Datenquellen vor, aus denen sich Rückschlüsse auf die gesundheitliche Situation von längerfristig im Niedriglohnssektor arbeitenden Beschäftigten ableiten lassen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

23. Wie erklärt sich die Bundesregierung, dass der überwiegende Teil der Bevölkerung persönliche Beziehungen und individuelle Ausgangsbedingungen als Hauptursachen für Reichtum ansieht und Unehrllichkeit noch vor harter Arbeit als Ursache rangiert (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 43)?

Welches Bild wirft das nach Ansicht der Bundesregierung auf die Einschätzung der Teilhabe und Entwicklungsmöglichkeiten durch die Bevölkerung?

Der in der Reihe „Lebenslagen in Deutschland“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) veröffentlichten Studie über die Einstellungen in der Bevölkerung zum Reichtum ist zu entnehmen, dass Reichtum von den Bürgerinnen und Bürgern nicht grundsätzlich in Frage gestellt, sondern durchaus auch mit gesellschaftlichen Vorteilen verbunden wird. Unter anderem werden Aspekte genannt wie Leistungsanreize, Wohltätigkeit, Steuereinnahmen und Schaffung von Arbeitsplätzen. Dass von der Bevölkerung oft auch Methoden der Reichtumserzielung angenommen werden, die die Ansprüche von Leistungsgerechtigkeit und Chancengleichheit nicht erfüllen, kann unterschiedliche Ursachen haben. Ohne vertiefende Analysen kann zu den Ursachen dieses Einstellungsmusters jedoch keine Aussage getroffen werden. Es ist ein bekanntes

Phänomen, dass es zwischen der objektiven Lage und dem subjektiven Empfinden von Teilen der Bevölkerung zu Unterschieden kommen kann. Nach Ansicht der Bundesregierung sind die Teilhabe- und Entwicklungsmöglichkeiten der Bevölkerung gewährleistet und werden durch die Maßnahmen der Bundesregierung weiter verbessert.

24. Wie bewertet die Bundesregierung die schlechteren Einkommenschancen von Frauen?

Was gedenkt die Bundesregierung dagegen zu tun, dass mit 66,8 Prozent die meisten ausschließlich geringfügig Beschäftigten weiblich sind und Frauen durchschnittlich 7,8 Wochen länger in Erwerbslosigkeit verbleiben als Männer (Bundesagentur für Arbeit, 2010)?

Nach der vierteljährlichen Verdiensterhebung des Statistischen Bundesamtes lag der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst (ohne Sonderzahlungen) von vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen im produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich im Jahr 2009 mit 2 729 Euro 591 Euro unterhalb des durchschnittlichen Bruttomonatsverdienstes der Männer (3 320 Euro). 1991 lag der Durchschnittsverdienst vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmerinnen in diesen Wirtschaftsbereichen noch bei 1 440 Euro, der der Männer bei 2 010 Euro. Der in den vergangenen zwei Jahrzehnten zu beobachtende überproportionale Anstieg der durchschnittlichen Frauenverdienste führte dazu, dass sich die Relation zwischen den durchschnittlichen Bruttomonatsverdiensten von Frauen und Männern kontinuierlich verbesserte: 1991 lag der monatliche Durchschnittsverdienst der Frauen noch bei rund 72 Prozent des Durchschnittsverdienstes der Männer, 2009 bei rund 82 Prozent. Bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich hingegen liegen die durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste (ohne Sonderzahlungen) – unter Berücksichtigung der Abweichungen in der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von einer Stunde (Frauen rd. 24 Std., Männer rd. 25 Std.) – mit 1 594 Euro (Frauen) und 1 722 Euro (Männer) auf nahezu gleichem Niveau (Angaben für 2009).

Die Unterschiede in der durchschnittlichen Einkommenssituation von Frauen und Männern sind ganz wesentlich auf die horizontale und vertikale Segregation des Arbeitsmarktes zurückzuführen. So haben insbesondere Ausbildung, Berufswahl, Branche und Größe des beschäftigenden Unternehmens sowie familienbedingte Erwerbsunterbrechungen Einfluss auf die Karriere- und Einkommenschancen von Frauen. Geschlechtsbedingte Nachteile abzubauen und die beruflichen Perspektiven für Frauen zu verbessern ist deshalb ein wichtiges Ziel der Politik der Bundesregierung.

Hinsichtlich der Beschäftigungssituation von Frauen ist zunächst festzustellen, dass die Erwerbstätigenquote der Frauen seit Jahren kontinuierlich ansteigt und 2009 bei 66,2 Prozent lag. Dabei ist die Zahl der voll sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen von 1999 bis 2009 um 4 Prozent gestiegen, die der Männer sank in diesem Bereich hingegen um 4 Prozent. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der ausschließlich geringfügig beschäftigten Frauen um 26 Prozent, die der Männer in diesem Bereich um 58 Prozent.

Der höhere Anteil von Frauen an den ausschließlich geringfügig entlohnten Beschäftigten ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass diese Beschäftigungsform insbesondere in Wirtschaftszweigen wie dem Gastgewerbe, im Handel sowie in sonstigen Dienstleistungen und privaten Haushalten eingesetzt wird, in denen Frauen überproportional als Beschäftigte vertreten sind.

In der Wirtschafts- und Finanzmarktkrise hat sich der Arbeitsmarkt für Frauen als relativ stabil erwiesen. Gleichwohl gilt es, gerade auch für Frauen die Rah-

menbedingungen für Übergänge in vollzeitnahe, sozialversicherungspflichtige Beschäftigung weiter zu verbessern. Sofern jedoch eine voll sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nicht unmittelbar realisiert werden kann, können Mini- und Midijobs im Einzelfall eine wichtige Brückenfunktion haben.

Bei der Eingliederung von Frauen in (sozialversicherungspflichtige) Beschäftigung spielen auch die Agenturen für Arbeit und die Grundsicherungsstellen eine wichtige Rolle. Sie sind gesetzlich verpflichtet, auf die Gleichstellung von Frauen und Männern hinzuwirken. Um bestehende Benachteiligungen von Frauen zu beseitigen und die geschlechtsspezifische Segregation auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt zu überwinden, sind Frauen besonders zu fördern. Dabei werden die Agenturen für Arbeit und ab 1. Januar 2011 auch alle Grundsicherungsstellen von Beauftragten für Chancengleichheit am Arbeitsmarkt bei der Erfüllung dieser Ziele unterstützt. Ziel muss dabei auch sein, die Dauer der Arbeitslosigkeit von Frauen zu verkürzen.

Im Übrigen wird auf die ausführliche Stellungnahme der Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Benachteiligung von Frauen auf dem Arbeitsmarkt“ (Bundestagsdrucksache 17/874) verwiesen.

25. Wie bewertet die Bundesregierung die Feststellung, dass bei gleicher Qualifikation die soziale Herkunft einen entscheidenden Einfluss auf die Auswahl bei Führungspositionen hat (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 57)?

Was gedenkt die Bundesregierung dagegen zu tun?

Die im Forschungsprojekt „Zusammenhänge zwischen Unternehmensverflechtungen und -gewinnen, Rekrutierung von Führungskräften und deren Einkommenssituation“ (Literaturstudie) von Bernd Noll/Jürgen Volkert/Niina Zuber (gemeinsam mit dem Dritten ARB veröffentlicht unter der Reihe „Lebenslagen in Deutschland“, Bonn 2008) ausgewerteten empirischen Studien der jüngeren Zeit kommen zu dem Ergebnis, dass sich die nach wie vor feststellbare Chancengleichheit eines selektiven Bildungssystems in Deutschland auch bei der Rekrutierung des Spitzenmanagements logisch fortsetzt. Darüber hinaus hat die soziale Herkunft auch bei gleichem Bildungsstand durchaus Einfluss auf die Auswahl geeigneter Kandidatinnen und Kandidaten für eine Führungsposition. Bei gleicher Bildung und sonst gleichen Voraussetzungen haben Bewerberinnen und Bewerber aus den Mittelschichten und Arbeiterfamilien hier erheblich geringere Chancen als Angehörige aus sozial höheren Schichten. Gründe hierfür sind einerseits ein schichtspezifischer Habitus (z. B. Umgangsformen, Dresscode), der die Rekrutierungsentscheidung mitbestimmt. Andererseits verstärken Unterschiede im Zugang zu beruflichen und informellen Netzwerken die Ungleichheit der Rekrutierungschancen.

Es gilt die Chancen von Kindern aus niedrigen sozialen Schichten umfassend zu stärken. Die verstärkte Integration dieser Kinder in vorschulische Angebote und ihre individuelle Förderung im Schulsystem und im Freizeitbereich sind Herausforderungen, denen sich die Bundesregierung bereits stellt. Mit dem im Entwurf des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch angekündigten Bildungspaket für hilfebedürftige Kinder wird dazu ebenfalls ein Beitrag geleistet.

26. Wie erklärt sich die Bundesregierung die deutlich geringere politische Teilhabe von Menschen mit geringem Einkommen und Bildungsstatus (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 97)?

Welche Auswirkungen und Konsequenzen hat dies für die politische Vertretung der unteren Schichten?

Will die Bundesregierung dieser politischen Ausgrenzung entgegenwirken, und wenn ja, wie?

Welche messbaren Ziele wurden für welchen Zeitraum definiert?

So genannte Bildungsferne erschwert politische und soziale Teilhabe. Deshalb unternimmt die Bundesregierung auf verschiedenen Ebenen Anstrengungen, um durch breite Bildungsangebote die Kompetenzen und Bereitschaft zur Teilhabe zu verstärken. Dies hat auch Auswirkungen auf die politische Bildung.

Die Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) will die Teilhabe so genannter bildungs- und politikferner Bevölkerungsgruppen fördern. Die Arbeit des eigens hierfür gegründeten Fachbereiches „Politikferne Zielgruppen“ geht von der Erfahrung aus, dass bildungsferne Zielgruppen aufgrund ihrer besonderen soziodemographischen Charakteristika, ihrer Vorlieben und Abneigungen, der von ihnen bevorzugten Örtlichkeiten, Veranstaltungen, beruflichen Tätigkeiten und Freizeitgewohnheiten mit dem in der politischen Bildung bislang zur Verfügung stehenden Instrumentarium nicht erreicht werden können.

Wichtige Schritte, um die genannten Zielgruppen mit politischen Inhalten zu erreichen und sie zu politischer Partizipation zu ermutigen, sind daher die Elementarisierung der politischen Bildung sowie die Zusammenarbeit mit Einrichtungen vor Ort, die das Vertrauen der Zielgruppe besitzen.

Dabei konzentriert sich die bpb derzeit auf jugendliche Zielgruppen.

1. Elementarisierung der politischen Bildung

Nicht nur die Freizeitgewohnheiten und -interessen der Jugendlichen aus politik- und bildungsfernen Milieus unterscheiden sich von den Gewohnheiten bildungsaffiner Jugendlicher, sondern insbesondere auch das Rezeptionsverhalten und die Art und Weise wie Informationen aufgenommen werden. Dieser Erkenntnis muss die politische Bildung Rechnung tragen. Es hat sich gezeigt, dass hierbei die „Elementarisierung von politischen Inhalten“ eine unabdingbare Voraussetzung darstellt. „Elementarisierung“ bedeutet, die Komplexität politischer Inhalte adressatengerecht zu reduzieren, ohne dabei inhaltliche Verfälschungen vorzunehmen.

Auf Basis der Erkenntnisse einer qualitativen Grundlagenuntersuchung zum Politikverständnis Jugendlicher aus bildungs- und politikfernen Milieus entwickelt die bpb in Zusammenarbeit mit namhaften Fachwissenschaftler/-innen und Praktiker/-innen nun neue Strategien, Ansätze und Formate zur Vermittlung politischer Bildungsangebote im schulischen und außerschulischen Bereich.

2. Zusammenarbeit mit Einrichtungen vor Ort, die das Vertrauen der Zielgruppe besitzen

Um sozial benachteiligte und bildungsferne Jugendliche überhaupt zu erreichen, hat es sich als hilfreich erwiesen, mit Partnern zusammenzuarbeiten, die Kontakt zu der Zielgruppe haben und deren Vertrauen besitzen. In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Kooperationen mit Jugendhilfeprojekten in Quartieren mit besonderem Förderungsbedarf oder ländlichen Gebieten mit spezifischen Problemlagen durchgeführt. Jugendliche wurden in ihrem gewohnten Umfeld angesprochen, haben sich kritisch mit ihrer Lebensumgebung befasst und Initiativen zur Verbesserung ihrer lokalräumlichen sozialen Lebenssituation entwickelt und sich um deren politische Durchsetzung bemüht.

Die Aussicht auf eine Veränderung der eigenen Lebensumstände in Verbindung mit dem durch öffentliche Aufmerksamkeit verstärktem Erlebnis der eigenen Wirksamkeit sind hierbei höchst positive Faktoren für eine Engagementförderung. Dieser Ansatz soll kontinuierlich unter Nutzung des gesamten Methodenspektrums der politischen Bildung weiterentwickelt und in entsprechenden urbanen und ländlichen Sozialräumen erprobt werden. Erfolgreich erprobte Ansätze können dann in das im folgenden beschriebene Netzwerk in eine Regelpraxis überführt werden.

In den nächsten Jahren sollen regionale Netzwerke aufgebaut werden, so dass sich eine kontinuierliche politische Bildungsarbeit mit bildungsfernen Jugendlichen etablieren lässt. Auf Grundlage der Arbeitsergebnisse der letzten Jahre und weiterer Recherchen soll ein sich selbstorganisierender Verbund auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene entstehen.

Akteure unterschiedlicher Ebenen und Fachgebiete sollen in diesem Verbund durch kollegiale Beratung, gegenseitige Inspiration, geteilte Ressourcen sowie Wissensweitergabe Synergien bilden sowie Institutionen, Multiplikatoren und Peers qualifizieren und zur politischen Bildungsarbeit unter bildungsfernen Zielgruppen inspirieren und anleiten. Gemeinsam werden Empfehlungen aus Wissenschaft und Praxis geprüft, neue Formate entwickelt und geeignete Projekte kooperativ initiiert und ggf. mit Unterstützung der bpb finanziert. Erfahrungen, die aus den Kooperationen resultieren, werden ebenso wie neue Kontakte wieder in das Netzwerk eingespeist. Das gesammelte Wissen wird in einer Datenbank so aufbereitet, dass es öffentlich abgerufen werden und sich vervielfältigen kann.

27. Wie erklärt sich die Bundesregierung die geringeren Arbeitsmarktchancen und die damit einhergehenden geringeren Einkommenschancen von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen?

Betrachtet sie die genannten Ungleichheiten als zwangsläufige Folge der von ihr proklamierten Leistungsgerechtigkeit?

Die Beschäftigungssituation von Menschen mit Behinderung hat sich in den vergangenen Jahren positiv entwickelt. Die Zahl der bei beschäftigungspflichtigen Arbeitgebern beschäftigten schwerbehinderten Menschen ist seit 2002 stetig gestiegen. Zwar nahm die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen in der Wirtschaftskrise 2009 zu und die Entspannung am Arbeitsmarkt in 2010 ist derzeit noch nicht bei den arbeitslosen schwerbehinderten Menschen angekommen. Doch ist die Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben ein Kernelement der Arbeitsmarktpolitik und ein geschäftspolitischer Schwerpunkt der BA. Deshalb ist damit zu rechnen, dass auch die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen bei anhaltend positiver Arbeitsmarktentwicklung, wenn auch zeitverzögert, zurückgehen wird.

28. Wie erklärt die Bundesregierung die weit überdurchschnittliche Betroffenheit der eingewanderten Bevölkerung von Arbeitslosigkeit, Armut und sozialer Ausgrenzung (schlechtere Wohnlage, schlechtere Bildungschancen usw.), und inwieweit ist nach ihrer Auffassung die Armut in Deutschland von der eingewanderten Bevölkerung geprägt?

Die Daten des Mikrozensus 2005 belegen eine im Vergleich zur übrigen Bevölkerung schwächere Einkommensposition von Personen mit Migrationshintergrund. Dabei wird die Einkommenssituation von Migranten und Migrantinnen durch eine ganze Reihe von Faktoren negativ beeinflusst. Zu nennen sind hier

u. a. fehlende berufliche Qualifikationen bzw. nicht anerkannte berufliche Abschlüsse, Sprachbarrieren und Branchenabhängigkeiten.

Der aktuelle 8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland nennt Handlungsfelder, in denen maßgeblich die Bildungs- und Arbeitsmarktpartizipation von Migrantinnen und Migranten beeinflusst und damit deren Armutsrisiko gesenkt werden kann. Unter anderem sollen bestehende Maßnahmen zur Integrationsförderung verbessert und Angebote für Migrantinnen und Migranten im Bereich der schulischen und beruflichen Bildung ausgebaut werden.

29. Welche Auswirkungen auf Mieten und die Gentrifizierung von Stadtteilen hat das Programm „Soziale Stadt“ der Bundesregierung?

Werden Auswirkungen auf den Mietspiegel im Zusammenhang mit dem Programm evaluiert?

Wie will die Bundesregierung eine Erhöhung der Mieten und damit einen Ausschluss ärmerer sozialer Schichten durch die angestrebte Aufwertung ihrer Quartiere verhindern?

Mit dem Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“ unterstützt die Bundesregierung Länder und Gemeinden bei der Bewältigung des demografischen und wirtschaftlichen Wandels. Das Programm wird aktuell in 571 Fördergebieten in 355 Gemeinden durchgeführt. Die im Rahmen des Programms geförderten Stadtteile sind sehr unterschiedlich hinsichtlich ihrer städtischen Lage, Größe und Gebäudestruktur. Deutliche Mieterhöhungen und Verdrängungsprozesse durch die bauliche Aufwertung der Quartiere sind nicht bekannt. Ziel des Programms ist vielmehr, den gesellschaftlichen Zusammenhalt in benachteiligten, strukturschwachen Stadtquartieren wirksam zu stärken und den Ausschluss ärmerer sozialer Schichten in den Kommunen zu verhindern.

30. Was sind nach Ansicht der Bundesregierung die Hauptgründe für soziale Segregation in Städten, wie sie beispielsweise Jürgen Friedrichs und Sascha Triemer in ihrer Arbeit „Gespaltene Städte? Soziale und ethnische Segregation in deutschen Großstädten“ (Wiesbaden, 2009) feststellen?

Wie will die Bundesregierung dem entgegenwirken?

Veränderungen der Wirtschaftsstruktur in Deutschland und die daraus resultierenden Probleme auf dem Arbeitsmarkt, aber auch unzureichende Bildung und fehlende Schulabschlüsse mit entsprechend schwierigem Zugang in das Erwerbsleben erhöhen das Armutsrisiko und die Gefahr sozialer Ausgrenzung. In den Städten zeigt sich die räumliche Ausprägung gesellschaftlicher Ungleichheit. Die Unterschiede zwischen bevorzugten und benachteiligten Quartieren vergrößern sich. Bewohner mit niedrigem sozialen Status, geringer Qualifikation und unterdurchschnittlichem Einkommen leben häufig konzentriert in Stadtteilen mit mangelhaften Gebäudebeständen und schlechter Infrastruktur. Haushalte, die nicht von Einkommensarmut betroffen sind, ziehen sich aus Quartieren zurück, die aufgrund der baulichen Situation und der sozialen Zusammensetzung der Bewohnerschaft zu den weniger attraktiven Stadtgebieten gehören.

Diese Wohnquartiere benötigen besondere Unterstützung, wenn sich die räumliche Schere nicht weiter öffnen soll. Es gilt daher, die städtebauliche Aufwertung benachteiligter Stadtquartiere mit Angeboten für Bildung und Qualifizierung der Bewohner zu verbinden. Mit dem Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“ bietet die Bundesregierung den geeigneten stadtentwicklungspoliti-

schen Rahmen. Zur weiteren Verankerung des Sozialraumbezugs auch in anderen Fachpolitiken wird das Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“ seit 2008 durch das Bundesprogramm für den Europäischen Sozialfonds „Soziale Stadt – Bildung, Wirtschaft, Arbeit im Quartier (BIWAQ)“ ergänzt. Mit BIWAQ werden Projekte in den Fördergebieten des Programms „Soziale Stadt“ unterstützt, die die Integration von Jugendlichen und Langzeitarbeitslosen in Ausbildung und Arbeit und die Stärkung der lokalen Ökonomie zum Ziel haben.

31. Wie effektiv waren in der Vergangenheit Maßnahmen, die eine Verminderung der unterschiedlichen Inanspruchnahme von Bildung zum Ziel hatten (bitte belegen)?

Der Bildungsbericht 2010 konstatiert einen insgesamt ansteigenden Bildungsstand der Bevölkerung. Die Betreuungsrate bei den unter 3-Jährigen ist gestiegen, mehr Kinder besuchen Ganztagschulen, mehr Schülerinnen und Schüler erreichen höhere Schulabschlüsse und die Hochschulreife, die Anzahl der Schülerinnen und Schüler ohne Abschluss ist gesunken und die Anzahl der Studienanfänger hat sich erhöht. Das belegt, dass die ergriffenen Maßnahmen von Bund und Ländern bisher erfolgreich waren. Dies kommt insgesamt allen Bevölkerungsgruppen zugute, auch wenn soziale Disparitäten vor allem beim Zugang zu höherer Bildung noch weiter zu vermindern sind.

32. Was gedenkt die Bundesregierung zu unternehmen, um die wachsenden Unterschiede der Inanspruchnahme von Bildung zu vermindern?

Hat die Bundesregierung messbare Ziele definiert, oder will sie messbare Ziele bei der Verminderung von Bildungsunterschieden definieren?

Wenn ja, wie lauten diese?

Wenn nein, wie will sie sich von der Effektivität der Maßnahmen überzeugen?

Die Bundesregierung hat zusammen mit den Ländern in der Qualifizierungsinitiative für Deutschland „Aufstieg durch Bildung“ Zieldefinitionen vorgenommen und Maßnahmen vorgestellt, um die Bildungsbeteiligung insgesamt zu steigern und eine Kopplung von sozialer Herkunft und Bildungserfolg zu mindern. Sie sind in der Dresdener Erklärung vom 22. Oktober 2008 veröffentlicht worden.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

33. Ist der von Deutschland ratifizierte UN-Sozialpakt und hier speziell das „Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ in Deutschland unmittelbar anwendbar (self-executing) und damit einklagbar für einzelne Menschen?

Falls ja, bedeuten die bestehenden gesundheitlichen Unterschiede zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Schichten ein Versagen bei der Umsetzung des UN-Sozialpaktes?

Falls nein, welchen Zweck sieht die Bundesregierung in der Unterzeichnung eines solchen Vertrages, wenn er in Deutschland keine unmittelbare Anwendbarkeit erlangt?

Der Sozialpakt als ratifizierter völkerrechtlicher Vertrag entfaltet für Deutschland Bindung. Gesetzgeber, Exekutive und Gerichte müssen daher die sich aus dem Sozialpakt ergebenden Verpflichtungen berücksichtigen.

Der Einzelne kann allerdings aus Artikel 12 des Internationalen Pakts für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966 (IPwskR) keine unmittelbaren Rechte ableiten, da der IPwskR kein Individualrechtsschutzsystem vorsieht. Artikel 12 IPwskR wird insoweit zur Auslegung der Regelungen des nationalen Sozialstaatsprinzips herangezogen. Der Sozialstaat gewährt soziale Sicherheit gegenüber den so genannten Wechselfällen des Lebens. Das Recht auf Gesundheit wird insoweit als soziales Teilhaberecht verstanden. Der Krankenversicherungsschutz gehört dabei zu den Grundpfeilern unseres Sozialstaates.

Die Generalversammlung der Vereinten Nationen (VN) hat am 10. Dezember 2008 ein Fakultativprotokoll zum VN-Sozialpakt verabschiedet, das Individualbeschwerdeverfahren vor dem VN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte nach Ausschöpfung des nationalen Rechtswegs ermöglicht. Die Bundesregierung prüft derzeit, ob das Zusatzprotokoll gezeichnet wird.

34. Welchen Unterschied gibt es nach Ansicht der Bundesregierung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention?

Welche Vereinbarungen gibt es im Koalitionsvertrag zur Gesundheitsförderung über die Gesundheitsförderungsforschung hinaus?

In der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ der Fraktion der SPD (Bundestagsdrucksache 17/845) hat die Bundesregierung in ihrer Vorbemerkung darauf hingewiesen, dass gesundheitliche Prävention Erkrankungen nach Möglichkeit vermeiden und die Gesundheit erhalten soll. Gesundheitsförderung begreift die Bundesregierung als Bestandteil der Prävention, mit der die gesundheitlichen Ressourcen beim Einzelnen sowie gesundheitsförderliche Strukturen aufgebaut werden sollen. Ebenso geht aus den Antworten der Bundesregierung hervor, dass mit einem Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention das Ziel verfolgt werden soll, Menschen in allen Lebensbereichen zu gesundheitsbewusstem Verhalten anzuregen, sie durch die Stärkung individueller, gesundheitsbezogener Ressourcen zu befähigen, die Gesundheit zu erhalten und Erkrankungen zu vermeiden.

35. Hat nach Ansicht der Bundesregierung der § 20 SGB V, wonach die gesetzlichen Krankenversicherungen einen Beitrag zur „Verminderung von sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen“ zu leisten haben, ausreichend Wirkung gezeigt?

Gibt es Evaluationen dazu, und an welchen Parametern macht sich eine Wirkung fest?

Über die Wirkung von Maßnahmen nach § 20 SGB V bezüglich der Verbesserung von Gesundheitschancen in der Bevölkerung liegen keine Erkenntnisse vor. § 20 Absatz 1 Satz 2 SGB V, wonach „Leistungen zur primären Prävention den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit leisten sollen“, ist seiner Formulierung nach ein programmatisches Ziel, das durch die im Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes empfohlene Konzentration der Maßnahmen auf Zielgruppen mit hohem Bedarf konkretisiert wird. Dies verpflichtet die Krankenkassen, unter den möglichen Präventionsansätzen Maßnahmen vor allem für solche Gruppen von Versicherten zu verfolgen, deren Gesundheitsbewusstsein gering ausgeprägt ist und die nach epidemiologischen Untersuchungen höhere Krankheitsrisiken tragen als andere Gruppen von Versicherten.

36. Welchen Zusammenhang gibt es jeweils zwischen der Höhe des Einkommens, der Höhe des Bildungsabschlusses, dem Berufsstatus auf der einen Seite und der Lebenserwartung, der subjektiven Gesundheitseinschätzung bzw. der Morbidität auf der anderen Seite?

Wie erklärt sich die Bundesregierung diese Zusammenhänge (bitte geschlechtervergleichend ausweisen)?

Es ist richtig, dass die Lebenserwartung sowie die subjektive Gesundheitseinschätzung neben vielen anderen Faktoren auch mit der Einkommenshöhe und anderen sozialen Statusmerkmalen wie Bildung oder Berufsstatus korreliert sind. Die Lebenserwartung hängt auch vom Vorhandensein individueller Risikofaktoren und Lebensgewohnheiten ab. Die Zusammenhänge und Wechselwirkungen sind dabei komplex. Dies gilt gleichermaßen für Männer und Frauen.

Männer und Frauen aus der hohen Einkommensgruppe bewerten den allgemeinen Gesundheitszustand subjektiv doppelt so häufig als sehr gut oder gut wie Männer und Frauen aus der Armutsrisikogruppe. Zieht man anstelle des Einkommens die Bildung oder den Berufsstatus heran, zeigen sich ebenfalls Unterschiede zu Ungunsten der benachteiligten Gruppen. Die Unterschiede sind dabei ähnlich groß wie die Unterschiede beim Einkommen. Dies gilt gleichermaßen für Männer und Frauen.

Auch im Auftreten chronischer Krankheiten lassen sich Einkommens-, Bildungs- und Berufsstatusunterschiede feststellen. Besonders deutlich treten diese bei Krankheiten zutage, die im Zusammenhang mit verhaltensbezogenen Risikofaktoren, wie z. B. Rauchen, Bewegungsmangel oder Adipositas oder mit belastenden Arbeitsbedingungen stehen. Unterschiede zeigen sich z. B. bezüglich des Risikos für Herzinfarkt, Schlaganfall, chronische Bronchitis, Diabetes mellitus, Leberzirrhose und Lungenkrebs. Je nach betrachtetem Sozialindikator, Altersgruppe und Geschlecht ist das Risiko für diese Krankheiten in den sozial benachteiligten Gruppen um das 1,5- bis 2,5-fache erhöht. Ein erhöhtes Risiko in den sozial besser gestellten Gruppen lässt sich z. B. für allergische Erkrankungen und Brustkrebs bei Frauen belegen.

37. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Gesundheitsverhalten und den Faktoren Lebenserwartung, subjektive Gesundheitseinschätzung und Morbidität (bitte geschlechtervergleichend ausweisen)?

Zwischen dem Gesundheitsverhalten und den Faktoren Lebenserwartung, subjektive Gesundheitseinschätzung und Morbidität gibt es zahlreiche komplexe Zusammenhänge. Diese sind in einer Vielzahl von Studien, auch auf bevölkerungsbezogener Ebene, untersucht worden.

Das Gesundheitsverhalten umfasst verschiedene Aspekte, die jeweils Gegenstand gesundheitswissenschaftlicher Forschungsergebnisse sind. Neben den Auswirkungen gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen, wie beispielsweise körperlicher Aktivität und Sport sowie einer ausgewogenen Ernährung, wurden auch die Folgen von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen untersucht. Dazu gehören Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum. Die Zusammenhänge zwischen Aspekten des Gesundheitsverhaltens und der gesundheitsrelevanten Zielgrößen (z. B. subjektive Gesundheitseinschätzung und Morbidität) werden dabei in unterschiedlichem Maße von soziodemografischen Parametern beeinflusst, beispielsweise Lebensalter, Geschlecht, soziale Lage und Migration. Aus der Vielfalt der zu diesen Themen vorliegenden Ergebnisse sollen im Folgenden einige herausgegriffen werden.

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien zeigt beispielsweise, dass regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Gesundheit leistet. Körperliche Aktivität spielt sowohl bei der Vermeidung als auch bei der Behandlung und Rehabilitation von Herzkrankheiten, Schlaganfall, Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, Osteoporose, Rückenschmerzen und verschiedenen Krebsarten eine wesentliche Rolle. Außerdem gibt es vermehrt Hinweise darauf, dass regelmäßige Bewegung zur Vorbeugung bzw. Linderung von Depressionen beiträgt und den Erhalt der mentalen Fähigkeiten bis ins hohe Lebensalter unterstützt.

Auch für die Ernährung sind Zusammenhänge zur Morbidität belegt. Eine übermäßige oder zu einseitige Ernährung ohne ausreichend Obst, Gemüse und Ballaststoffe wird mit der Entstehung und dem Verlauf von zahlreichen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht. Dazu zählen Adipositas, Krebs, Diabetes mellitus Typ II, Bluthochdruck und Herzerkrankungen. Besonders zu hohe Energieaufnahme, eine überhöhte Zufuhr von Fetten (insbesondere von gesättigten Fettsäuren), zu viel Süßes und zu viel Salz sind als ernährungsbezogene Risikofaktoren zu nennen (WHO 2003; Key et al. 2004). Ausreichende Bewegung und eine gesundheitsbewusste Ernährung sind entscheidend für die Prävention von Übergewicht und Adipositas.

Ein bedeutender Risikofaktor für zahlreiche schwerwiegende und potenziell tödlich verlaufende Krankheiten, z. B. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen, ist das Rauchen (International Agency for Research on Cancer, IARC 2004). Daneben kann der Tabakkonsum die Augen, den Zahnhalteapparat, das Muskel- und Skelettsystem und den Verdauungstrakt schädigen. Außerdem sind Auswirkungen auf die Hautalterung und die Fruchtbarkeit nachgewiesen (Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ 2009). An den Folgen des Rauches sterben allein in Deutschland jedes Jahr etwa 110 000 Menschen (Neubauer et al. 2006).

Auch der Konsum von Alkohol besitzt gesundheits- und suchtfährdendes Potenzial. Alkoholkonsum ist mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von akuten/chronischen, psychischen und somatischen Erkrankungen assoziiert. Als Alkoholfolgeerkrankungen gelten beispielsweise Leberzirrhose, Herzmuskelerkrankungen, Krebs, Bluthochdruck und Demenz. Alkoholkonsum zählt zu den wichtigsten Risikofaktoren für vorzeitigen Tod in Europa (Anderson, Baumberg 2006). Bei mehr als 200 Erkrankungen und 80 Arten von Unfällen und Verletzungen ist ein erhöhtes Sterberisiko durch riskanten Alkoholkonsum belegt (Gaertner et al. 2010).

38. Welche Bedeutung kommt nach Ansicht der Bundesregierung dem Gesundheitsverhalten bei den Ausgaben für die Gesundheitsversorgung zu?

Liegen der Bundesregierung Daten vor, die eine deutliche Kostensenkung im Gesundheitssystem durch besseres Gesundheitsverhalten der Versicherten belegen (bitte Studien und Daten benennen oder belegen)?

Wenn keine solchen Daten vorliegen, worauf stützt die Bundesregierung ihre Annahme, dass durch ein besseres Gesundheitsverhalten der Versicherten die Gesundheitskosten sinken könnten?

Ein großer Anteil der Kosten für die Gesundheitsversorgung entsteht durch das Gesundheitsverhalten, das über einen längeren Zeitraum andauert, schon längere Zeit zurückliegt oder in Verbindung mit weiteren Einflussfaktoren wirken kann. Da die Entstehung von Krankheiten mehrere Ursachen haben kann, ist eine konkrete quantitative Zuordnung von Gesundheitskosten auf einzelne Verhaltensweisen mit vielen Unwägbarkeiten und Annahmen verbunden.

Entsprechend lässt sich auch das Potential von Kostenreduktionen durch Verhaltensänderungen nicht unmittelbar erkennen und zuordnen. Dennoch können Evaluationen von einzelnen Maßnahmen vorgenommen werden. Die Einführung bestimmter Impfungen oder der Kariesprophylaxe kann in Kosten-Nutzen-Analysen quantifiziert werden. So zeigt Dr. Peter Hillemanns (2009) auf, dass der Nutzen der Impfung gegen humane Papillomviren bei Mädchen höher ist als die Kosten der Impfung sind. Dies gilt für ausgewählte Länder Europas und für die Mehrheit der Analysen. Besonders deutlich zeigt sich bei Karies die Effizienz der verschiedenen Prophylaxemaßnahmen. Dr. Stefan Zimmer et al. (2004) teilte mit, dass bei Kollektivprophylaxe – also z. B. durch Fluoridierung des Speisesalzes – für jeden Euro, der für die Prävention ausgegeben werden muss, ca. 30 bis 80 Euro für die Zahnbehandlung gespart werden können. Für die Gruppenprophylaxe z. B. in Kindergärten und Schulen gilt eine Effizienz von ca. 2,5 bis 5. Bei der Individualprophylaxe liegen die Ausgaben für die Prophylaxe in derselben Größenordnung wie für die Zahnbehandlung.

Weiterhin können aus der Kombination von Wissen um Krankheitsursachen und der Kostenschätzung des Statistischen Bundesamtes zu den Ausgaben für die Versorgung einzelner Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen für Deutschland, die jedes zweite Jahr vorgelegt und im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlicht wird (www.gbe-bund.de), Annahmen über Kostensenkungspotentiale im Gesundheitswesen durch Prävention getroffen werden.

Zu einzelnen Risiken liegen Kostenschätzungen in der Literatur vor, die aber häufig mittels abweichender Methodik berechnet wurden. In solche Berechnungen gehen nicht nur direkte Kosten – also der Ressourcenverbrauch –, sondern auch indirekte Kosten bzw. der Ressourcenverlust ein. Das RKI berechnete für 1995 gesamtwirtschaftliche Kosten in Höhe von 20 Mrd. Euro für alkoholassoziierte Krankheiten (Bergmann, Horch 2002). Dr. Alexander Konnopka und Dr. Hans-Helmut König (2007) kommen auf Gesamtkosten von 24 Mrd. Euro. Volkswirtschaftliche Kostenberechnungen für das Rauchen zeigen eine erhebliche Spanne in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Methode. Eine weitere Darstellung von Berechnungen der Kosten des Gesundheitsverhaltens wird hier nicht vorgenommen, denn zum Teil sind solche Berechnungen nicht ausreichend nachvollziehbar oder gesichert.

39. Welcher Zusammenhang besteht nach Ansicht der Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus (Einkommen, Bildungs- und Berufsstand) und dem Gesundheitsverhalten (bitte geschlechtervergleichend ausweisen)?

Zwischen dem sozialen Status und dem Gesundheitsverhalten besteht ein enger Zusammenhang. Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass Männer und Frauen mit hohem Sozialstatus sich häufiger gesundheitsförderlich verhalten, während verhaltensbezogene Risikofaktoren in den unteren Statusgruppen vermehrt auftreten. Beispielsweise zeigt eine aktuelle Studie, die auf Daten der Gesundheitssurveys des RKI basiert (Lampert 2010a), dass das Risiko zu rauchen bei Männern mit niedrigem im Verhältnis zu Männern mit hohem Sozialstatus um den Faktor 1,9 erhöht ist. Bei Frauen betrug das entsprechende Verhältnis 1,6:1. Ähnlich stark und zum Teil noch stärker ausgeprägte Unterschiede zeigten sich bezüglich des Risikos für sportliche Inaktivität (Männer: 2,3:1; Frauen: 1,9:1) und Adipositas (Männer: 1,3:1; Frauen: 3,2:1).

Darüber hinaus wird auf die Antwort zu Frage 36 verwiesen.

40. Wie viel Prozent der unterschiedlichen Lebenserwartung, der unterschiedlichen subjektiven Gesundheitseinschätzung und der Morbidität zwischen niedrigem und hohem Sozialstatus werden nach Ansicht der Bundesregierung etwa durch das Gesundheitsverhalten erklärt?

Bislang wurden nur sehr wenige Studien durchgeführt, die sich mit dieser Frage beschäftigen. Diese Studien beziehen sich fast ausnahmslos auf den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand und vergleichen in den meisten Fällen die relative Bedeutung des Gesundheitsverhaltens und der Lebensbedingungen für bildungsspezifische Unterschiede in der Gesundheit. Zu berücksichtigen ist dabei, dass der Erklärungsanteil des Gesundheitsverhaltens oder der Lebensbedingungen maßgeblich davon abhängt, welche Einflussgrößen zur Verfügung stehen und in die Analyse einbezogen werden. Außerdem werden die Studien dafür kritisiert, dass eine analytische Trennung zwischen dem Gesundheitsverhalten und den Lebensbedingungen vorgenommen wird, die sich so nicht mit der Lebenswirklichkeit und -praxis der Menschen trifft. Für das Gesundheitsverhalten sind zwar individuelle Motivationen und Entscheidungen maßgeblich, diese sind aber immer auch von den Lebensumständen der Menschen abhängig und werden durch diese geprägt.

Exemplarisch sei auf die Ergebnisse von zwei Studien hingewiesen: Eine in den Niederlanden durchgeführte Studie kam zu dem Ergebnis, dass etwa 35 Prozent der bildungsspezifischen Unterschiede in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes dem Gesundheitsverhalten zuzuschreiben sind. In der Studie wird hervorgehoben, dass ein Teil der Unterschiede im Gesundheitsverhalten in engem Zusammenhang mit den Lebensbedingungen zu sehen und somit als strukturell bedingtes Verhalten zu verstehen ist (Stronks et al. 1996).

Für Deutschland ist auf eine Studie mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels zu verweisen. Danach kann das Gesundheitsverhalten bei Männern etwa 33 Prozent der bildungsspezifischen Unterschiede im selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand erklären, bei Frauen etwa 29 Prozent. Auch in dieser Studie wird darauf hingewiesen, dass das Gesundheitsverhalten nachhaltig durch die Lebensumstände der Menschen bestimmt wird (Giesicke, Müters 2009).

41. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen den persönlichen Ressourcen (im Sinne von Fähigkeiten, auf externe Herausforderungen adäquat reagieren zu können) und dem Gesundheitsverhalten?

Persönliche Ressourcen sind alle Fähigkeiten, Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsstrategien, die einem Menschen zur Verfügung stehen, um auf Herausforderungen adäquat reagieren zu können. Im Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung werden sie auch als Schutzfaktoren oder (bei Kindern) als Resilienz bezeichnet. Diese persönlichen Ressourcen tragen wesentlich dazu bei, ein die Gesundheit förderndes Verhalten aufrechtzuerhalten oder neu zu erreichen. Wissenschaftlich belegt ist dies beispielsweise für gesundheitspsychologisch messbare Eigenschaften wie Optimismus, Kohärenzsinn und Selbstwirksamkeitserwartung. Die Stärkung persönlicher Ressourcen ist ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsförderungsstrategie der BZgA.

42. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen den persönlichen Ressourcen und dem Sozialstatus?

Nach Auffassung der Bundesregierung tragen die persönlichen Ressourcen wesentlich dazu bei, die gesellschaftlichen Teilhabechancen ausschöpfen zu kön-

nen, die u. a. vom Bildungsgrad, der gesundheitlichen Situation und der sozialen Lage beeinflusst werden.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 41 verwiesen.

43. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Gefährdung durch Arbeitsbedingungen?

Wie bewertet die Bundesregierung diesen Zusammenhang?

Die Bundesregierung führt keine eigenen Statistiken, die nach Branchen differenzierte Aussagen zu Fehlzeiten zulassen. Daten der Betriebskrankenkassen (BKK) für das Jahr 2005 liefern Hinweise auf die unterschiedliche Krankheitsbelastung von pflicht- und freiwillig versicherten Beschäftigten. Pflichtversicherte Männer waren mit durchschnittlich 13 Tagen deutlich häufiger arbeitsunfähig als freiwillig versicherte Männer mit sechs Tagen. Bei Frauen fällt die Differenz mit zwölf Tagen gegenüber sechs Tagen etwas geringer aus. Besonders große Unterschiede zeigen sich bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen, psychischen Störungen, Krankheiten der Verdauungsorgane sowie Verletzungen und Vergiftungen. Die erhöhte Krankheitsbelastung der einkommensniedrigen Gruppen korrespondiert mit einer stärkeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Wie Analysen mit dem Sozio-oekonomischen Panel 2006 belegen, suchen Männer aus der Armutsriskogruppe im Vergleich zu denen aus der höchsten Einkommensgruppe 2,5-mal häufiger einen Arzt oder Ärztin auf und sind länger im Krankenhaus.

44. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Versorgung?

Wie erklärt sich die Bundesregierung, dass Menschen mit geringerem Sozialstatus häufiger die hausärztliche, aber seltener die fachärztliche Versorgung in Anspruch nehmen als Menschen mit höherem Sozialstatus (M. Lungen, M. Siegel, A. Drabik, G. Büscher, I. von Törne: Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland, 2009)?

Wie bewertet die Bundesregierung diesen Unterschied, und sieht sie Handlungsbedarf?

47. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Versorgung?

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Die Fragen 44 und 47 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland haben alle Versicherten prinzipiell den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen. Zur angeblich stärkeren Inanspruchnahme von Fachärzten durch Menschen mit höherem Sozialstatus liegen der Bundesregierung keine eigenen Erkenntnisse vor.

45. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Gefährdung durch Umweltbedingungen?

Wie bewertet die Bundesregierung diesen Zusammenhang?

Es gibt Hinweise, dass gesundheitliche Belastungen als Folge von Umwelteinflüssen in der Bevölkerung ungleich verteilt sind. Sozial schlechter gestellte Menschen wohnen häufiger an stark befahrenen Haupt- und Durchgangsstraßen. Lärm und Abgase können die Gesundheit der Anwohnerinnen und Anwohner schädigen. Die Bundesregierung hat durch Studien und Informationsveranstaltungen zur Aufklärung beigetragen, ob und in welchem Maß Umweltbelastungen und die Anfälligkeit für umweltbedingte Erkrankungen von sozialen Faktoren abhängen.

Empirische Daten liegen im Hinblick auf verkehrsbedingte Luftschadstoffbelastungen, Lärm- und Innenraumbelastungen sowie die innere Schadstoffbelastung des Menschen vor. Die Forschungsergebnisse lassen Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und umweltbedingten Schadstoffbelastungen erkennen. Studien zur Luftschadstoffexposition zeigten höhere Belastungen bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus. Ergebnisse aus dem Kinder-Umwelt-Survey des Umweltbundesamtes, der im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – KiGGS) durchgeführt wurde, lassen ebenfalls eine unterschiedliche körperliche Schadstoffbelastung in Abhängigkeit vom Sozialstatus erkennen. Die untersuchten Kinder mit einem niedrigen Sozialstatus haben z. B. eine höhere Bleikonzentration im Blut als Kinder mit mittlerem und hohem Sozialstatus. Die Belastung mit polychlorierten Biphenylen ist dagegen bei Kindern mit hohem Sozialstatus deutlich höher als bei Kindern mit mittlerem und niedrigem Sozialstatus.

Die Bundesregierung ist weiter bestrebt, zielgruppengerechte Studien und die Aufklärung über umweltbedingte Gesundheitsrisiken zu betreiben. Sie wird den angestoßenen Prozess fortführen und die Verbesserung der Lebensumstände aller sozialen Bevölkerungsgruppen weiter verfolgen.

46. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Gefährdung durch Wohnbedingungen?

Welche Daten liegen der Bundesregierung diesbezüglich jeweils für städtische und ländliche Regionen vor?

Wie bewertet die Bundesregierung diese Zusammenhänge?

Zu dieser Frage liegen der Bundesregierung keine empirischen Daten vor. Ein zentrales Ergebnis des KiGGS des RKI ist, dass es den Kindern und Jugendlichen in Deutschland insgesamt gesundheitlich gut geht. 90 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben nach eigenen Angaben bzw. nach Angaben ihrer Eltern einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand. Dem KiGGS ist jedoch auch zu entnehmen, dass die Chance eines Kindes aus sozial schwachen Verhältnissen einen guten Gesundheitszustand zu haben um die Hälfte geringer ist als die eines Kindes aus gut situierten Verhältnissen. Da sozial schwache Familien häufig in benachteiligten Wohnquartieren leben, kann auf einen gewissen Zusammenhang geschlossen werden. Hohe Verkehrsbelastung, fehlende Infrastruktur für Bewegung und Sport, wenig Grünflächen und wenig ausgeprägtes nachbarschaftliches Zusammenleben führen neben dem manchmal auch abträglichen individuellen Gesundheitsverhalten zu einer Verschlechterung des physischen und psychischen Gesundheitszustands. Das Aufwachsen in sozial benachteiligter Situation vermindert somit die Chancen für ein gesundes Leben.

Erfolgreiche Strategien stadtteilbezogener Gesundheitsförderung sind die Bildung gesundheitsbezogener Netzwerke, die Verbesserung der Wohnverhältnisse und des Wohnumfeldes, die Entwicklung niedrigschwelliger und zielgruppenbezogener Angebote zur Gesundheitsförderung sowie die infrastrukturelle Verankerung der Maßnahmen durch die Einrichtung von Gesundheitshäusern, -läden und -treffs.

48. Wie erklärt sich die Bundesregierung die großen sozial bedingten Unterschiede von Kindern bei psychischen Auffälligkeiten sowie Verhaltensauffälligkeiten, sportlichen Aktivitäten, der motorischen Entwicklung, der Ernährung, bei Essstörungen und beim Tabakkonsum?

Hat die Bundesregierung dazu messbare Gesundheitsziele definiert, oder will sie messbare Gesundheitsziele definieren, um diese Unterschiede zu verringern?

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys und der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) zeigen gerade in den Bereichen psychosoziale Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen sozial bedingte Unterschiede auf. Dies deutet darauf hin, dass ein enger Zusammenhang zwischen einer sozial benachteiligten Lebenslage, der Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben, der Persönlichkeitsentwicklung und dem Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen besteht. Die Zusammenhänge sind dabei komplex.

Das Gesundheitsverhalten selbst hängt nicht nur von individuellen Einstellungen, Wahrnehmungen und Präferenzen ab, sondern wird auch durch die Lebensumstände der Menschen bereits ab dem Kindesalter geprägt. Studien weisen darauf, dass Verhaltensänderungen Menschen deutlich schwerer fallen, wenn sie psychosozialen Belastungen, wie z. B. finanziellen Sorgen, familiären Konflikten oder berufsbedingten Stresserfahrungen ausgesetzt sind. Das elterliche Verhalten prägt seinerseits dabei wesentlich den Lebensstil und das Gesundheitsverhalten der Kinder; in der Phase der Adoleszenz gewinnt der Einfluss Gleichaltriger und anderer Personen aus dem unmittelbaren Lebensumfeld an Bedeutung. Weitere Einflussfaktoren sind das Vorhandensein personaler und sozialer Ressourcen, die sich unmittelbar positiv auf die Gesundheit auswirken oder aber zur Verringerung und Bewältigung von Belastungen und damit verbundenen Gesundheitsgefahren beitragen können sowie die Verfügbarkeit gesundheitsförderlicher Angebote und Möglichkeiten im unmittelbaren Lebensumfeld.

Die Bundesregierung geht bei ihren Maßnahmen zur Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede im Wesentlichen von zwei Haupteinflussgrößen aus: dem Gesundheitsbewusstsein und den gesundheitlichen Ressourcen der einzelnen Person sowie den Bedingungen der sozialen und natürlichen Umwelt. Vor diesem Hintergrund wurden im Projekt „gesundheitsziele.de“ bereits im Jahr 2003 nationale Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche erarbeitet. Das Zielkonzept mit den inhaltlichen Schwerpunkten Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung umfasste auch Vorschläge für Basismaßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele. Im Jahr 2009 wurde, ausgehend von den Ergebnissen der KiGGS-Studie, ein aktualisiertes Zielkonzept vorgelegt, mit einer thematischen Erweiterung von Stressbewältigung zu Lebenskompetenz und einem überarbeiteten Maßnahmenkatalog. Zudem wurde 2003 das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ im Rahmen des Projektes „gesundheitsziele.de“ erstellt. Zu diesem Ziel, das Kinder und Jugendliche als eine wichtige Bezugs- und Zielgruppe für Maßnahmen der Tabakprävention und Tabakkontrolle benennt, wurde inzwischen ein Evaluationskonzept erarbeitet. Ak-

tuell wird am Beispiel des Tabakkonsums die Möglichkeit der Quantifizierung von Gesundheitszielen und der Messbarkeit der Zielerreichung geprüft.

49. Wie bewertet die Bundesregierung die Einschätzung der EU-Kommission, dass die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit potenziell erhebliche wirtschaftliche Kosten verursacht und eine Verminderung der Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit zumindest kostenneutral, wenn nicht von allgemeinem wirtschaftlichem Nutzen ist?

Aus Sicht der Bundesregierung hat eine gute, für alle Bürgerinnen und Bürger zugängliche Gesundheitsversorgung großen volkswirtschaftlichen Nutzen. Die Reformen der Bundesregierung sind deshalb darauf ausgerichtet, dass alle Menschen in Deutschland auch in Zukunft unabhängig von Einkommen, Alter und gesundheitlichem Risiko die notwendige medizinische Versorgung erhalten und am medizinischen Fortschritt teilhaben können.

Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten durch die Gesundheitspolitik in erster Linie mittelbar beeinflussen lassen, indem Gesundheitspolitik auf Problemlagen hinweisen und Grundlagen für Handeln in den weiteren betroffenen Politikfeldern bereitstellen kann. Hierbei sind insbesondere die Sozial-, Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Familien-, Kinder- und Jugend- sowie Stadtentwicklungspolitik einzubeziehen. Auch diese Bereiche haben einen wesentlichen Einfluss auf gesundheitliche Chancengleichheit.

50. Welche konkreten Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um der in zahlreichen Studien (Nationale Verzehrsstudie II der Bundesregierung, 2008, Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) festgestellten überproportional stärkeren Fehlernährung einkommensschwacher und bildungsferner Bevölkerungsschichten zu begegnen?

Die Bundesregierung hat im Jahr 2005 ein Modell- und Demonstrationsvorhaben initiiert, dessen Ziel es ist, beispielhaft aufzuzeigen, mit welchen Methoden, über welche Zugangswege und mit welchen Organisationen Übergewicht bei Kindern dauerhaft verhindert werden kann. Dabei sollen insbesondere geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder und Familien, z. B. mit Migrationshintergrund, entwickelt werden. Das Vorhaben und insbesondere die Evaluation sind noch nicht abgeschlossen. Nach Vorlage der abschließenden Berichte werden daraus entsprechende Folgerungen abgeleitet.

Darüber hinaus führt die Bundesregierung im Rahmen des vom Bundeskabinett 2008 beschlossenen Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ eine Vielzahl auch struktureller Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens durch. Ein großer Teil dieser Maßnahmen setzt in Kindertagesstätten und Schulen an, u. a. auch deshalb, weil über diesen Weg alle Kinder und ihre Familien erreicht werden können. Auch über die Verbesserung der Verpflegung in Betriebskantinen – verbunden mit entsprechender Informationsvermittlung an die Beschäftigten – soll der Fehlernährung aller Beschäftigten und deren Familien begegnet werden. Weitere Informationen sind unter www.in-form.de abrufbar.

51. Welche Daten aus wissenschaftlichen Evaluationen zu den bisherigen Kampagnen im Bereich der Prävention bei Ernährung und Bewegung liegen der Bundesregierung bisher vor, und inwieweit haben die bisherigen

Kampagnen einen Beitrag dazu geleistet, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern?

Falls solche Daten noch nicht vorliegen, worauf begründen sich die von der Bundesregierung aufgelegten Kampagnen, und wie will die Bundesregierung verhindern, dass die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen durch die gestarteten Kampagnen nicht weiter auseinandergeht?

Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, des Bundesgesundheits surveys 1998, des Kinder- und Jugendgesundheits surveys 2006 und der Nationalen Verzehrstudie II 2007 belegen, dass in Deutschland unausgewogene Ernährung und unzureichende Bewegung bedeutende gesundheitliche Risikofaktoren darstellen. Daher hat die Bundesregierung neben der allgemeinen Informations- und Motivationskampagne „Bewegung und Gesundheit“ vor zwei Jahren den Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ gestartet. Seit 2008 wurden Netzwerkstrukturen geschaffen und verschiedene Modellvorhaben sowie Initialmaßnahmen angestoßen. Dabei werden auch einzelne Zielgruppen wie Kinder, Jugendliche und ältere Menschen einbezogen, um deren Gesundheitsbewusstsein zu stärken. Die einzelnen Maßnahmen werden in der Regel evaluiert, wissenschaftlich ausgewertet und öffentlich präsentiert. Insbesondere in den nächsten Monaten sollen darauf aufbauend Empfehlungen und Handlungsleitlinien erstellt werden, damit gute Praxisbeispiele bekannt gemacht und verbreitet werden können. Darüber hinaus stehen mit den verschiedenen Elementen des Gesundheitsmonitorings ausreichend Daten zur Verfügung, um Aussagen über Verhaltensänderungen bei der Bevölkerung treffen zu können. So zeigen z. B. bereits die Daten des Gesundheits surveys „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des RKI aus dem Jahr 2010, dass sich die sportliche Aktivität insbesondere bei älteren Menschen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren deutlich erhöht hat.

Die Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung setzen direkt in den Lebenswelten an, dort wo Menschen leben, arbeiten, lernen und spielen – also am Arbeitsplatz, in den Kindertageseinrichtungen und in Bildungs-, Senioren- und Freizeiteinrichtungen sowie Vereinen. Mit diesen niedrigschwelligen Maßnahmen und Zugangswegen wird die Erreichung von schwer zugänglichen Zielgruppen, wie Kinder, Ältere, sozial Benachteiligte und Menschen mit Migrationshintergrund verbessert. Damit soll erreicht werden, dass es in Deutschland nicht nur gute Bedingungen für ein gesundes Leben gibt, sondern dass alle Menschen unabhängig vom Sozialstatus davon profitieren.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 85 verwiesen.

52. Sieht die Bundesregierung gesunde Ernährung als ein Menschenrecht an?

Ist die Bundesregierung der Meinung, dass die Regelsätze für Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe und Asylbewerberleistungen eine gesunde und ausgewogene Ernährung im Sinne der aktuellen Ernährungspyramide der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) ermöglichen (bitte begründen)?

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 9. Februar 2010 für die Regelbedarfe nach dem SGB II und nach dem SGB XII in seinem ersten Leitsatz folgende Vorgabe festgeschrieben:

„Das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG sichert jedem Hilfebedürftigen diejenigen materiellen Vor-

aussetzungen zu, die für seine physische Existenz und für ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben unerlässlich sind“ (BVerfG, 1 BvL 1/09 vom 9. 2. 2010, Absatz-Nr. (1–220)).

Die Höhe der hierfür erforderlichen Leistungen – nach dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, Bundestagsdrucksache 17/3404, die Regelbedarfe – werden nach dem sogenannten Statistikmodell ermittelt. Dessen Anwendung wurde vom Bundesverfassungsgericht in Randziffer 162 des Urteils ausdrücklich bestätigt:

„Das nach § 28 Abs. 3 SGB XII und § 2 Regelsatzverordnung 2005 maßgebliche Statistikmodell ist eine verfassungsrechtlich zulässige, weil vertretbare Methode zur realitätsnahen Bestimmung des Existenzminimums für eine alleinstehende Person.“

Und ergänzend hierzu in Randziffer 165: „Maßgeblich für die Festsetzung des Regelsatzes sind also die entscheidenden Faktoren des Existenzminimums: Mit den Lebenshaltungskosten werden die existenznotwendigen Aufwendungen erfasst; die Orientierung am Verbraucherverhalten auf statistischer Basis soll den physischen und soziokulturellen Bedarf auf der Ausgabenseite empirisch abbilden; die Berücksichtigung des Nettoeinkommens stellt den Bezug zu den Erwerbstätigen her. Die Konzentration der Ermittlung auf die Verhältnisse der unteren Einkommensgruppen ist sachlich angemessen, weil in höheren Einkommensgruppen Ausgaben in wachsendem Umfang über das Existenznotwendige hinaus getätigt werden.“

Daraus folgt, dass die statistisch ermittelten Verbrauchsausgaben und damit die tatsächlichen Verbrauchsausgaben einkommensschwacher Bevölkerungsschichten die Grundlage für die Ermittlung der Regelbedarfe bilden. Dies gilt auch für die Verbrauchsausgaben für Ernährung. Leistungsberechtigte nach SGB II und SGB XII werden damit auch hinsichtlich ihrer Ausgaben für Ernährung so gestellt, wie einkommensschwache Personen, die ihren Lebensunterhalt nicht ausschließlich aus Leistungen nach beiden Gesetzen bestreiten.

Vorgaben für die Regelbedarfe, wie die in der Fragestellung angesprochene „gesunde und ausgewogene Ernährung“ knüpfen folglich nicht am Statistikmodell an, sondern an der Vorstellung eines Warenkorb. Die Bundesregierung geht davon aus, dass durch die im Regelbedarf enthaltenen Verbrauchsausgaben für Ernährung für eine gesunde und vollwertige Ernährung ausreichen. Dies ergibt sich aus einer vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Deutscher Verein) bei der Technischen Universität München in Auftrag gegebenen ernährungswissenschaftlichen Studie zu den „Lebensmittelkosten im Rahmen einer vollwertigen Ernährung – Regelsätze und Mindestaufwand für Vollkost“ ergeben. Die im Frühjahr 2008 veröffentlichte Studie kam zu dem Ergebnis, dass sich bei preisbewusster Einkaufsweise eine erwachsene Person mit einem Aufwand von 4,62 Euro pro Tag bzw. 119 Euro pro Monat vollwertig aus dem geltenden Regelsatz bzw. der geltenden Regelleistung ernähren kann. Da sich auch bei der im Gesetzentwurf enthaltenen Regelbedarfsermittlung bei der Berücksichtigung der Verbrauchsausgaben für Ernährung (Sonderauswertungen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008) gegenüber der Ermittlung den der Studie zugrunde liegenden Verbrauchsausgaben für Ernährung (Sonderauswertungen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003) nichts verändert hat, geht die Bundesregierung davon aus, dass das Ergebnis der Studie unverändert Gültigkeit hat.

Für die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz hat die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion DIE LINKE., Bundestagsdrucksache 17/3660, darauf hingewiesen, dass diese entsprechend der Vorgaben im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Februar 2010 überprüft werden.

Gesundheitsförderung im Betrieb

53. Hält die Bundesregierung Daten aus Großbritannien oder den USA für auf Deutschland übertragbar, nach denen die Angehörigen der unteren Berufsgruppen ein deutlich höheres (in Großbritannien fünffach höheres) Risiko aufweisen, an einer Erkrankung zu sterben (Mielck, Bloomfeld [Hrsg.], Sozial-Epidemiologie, 2001, S. 28 ff.)?

Wenn nein, warum nicht?

Forschungsergebnisse zum Einfluss des Berufsstatus bzw. der Berufsgruppe auf die Gesundheit und Lebenserwartung, die in Großbritannien und den USA erzielt wurden, sind nicht direkt auf Deutschland übertragbar. Allerdings wurden auch in Deutschland Untersuchungen zur Frage des Einflusses von sozialer Ungleichheit im Bereich der Arbeitswelt auf die Gesundheit durchgeführt und statistische Zusammenhänge zwischen dem beruflichen Status und der Morbidität bzw. der Mortalität gezeigt. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 36 verwiesen.

54. Welche Ursachen liegen nach Ansicht der Bundesregierung für die unterschiedliche Gesundheit bedingt durch den Berufsstatus vor?

Wie bewertet die Bundesregierung Erkenntnisse, nach denen mit jedem Anstieg in der Betriebshierarchie in einem Unternehmen die Lebenserwartung signifikant zunimmt (a. a. O.)?

Mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels 2006 lässt sich zeigen, dass 59 Prozent der Männer mit hohem und 44 Prozent der Männer mit niedrigem beruflichem Status einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand haben. Bei Frauen fällt dieser Unterschied mit 53 Prozent gegenüber 39 Prozent ähnlich aus. Auch der Anteil der Erwerbstätigen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen variiert mit dem beruflichen Status. Unter Berücksichtigung der Altersvariationen ist festzustellen, dass Männer aus der niedrigsten im Vergleich zu denjenigen aus der höchsten Berufsstatusgruppe fast dreimal und Frauen fast fünfmal häufiger gesundheitlich beeinträchtigt sind.

Die Stellung in der Arbeitswelt ist von zentraler Bedeutung, denn mit ihr verbinden sich Einkommen, gesellschaftliche Anerkennung, Möglichkeiten vorhandene Fähigkeiten und Begabungen weiterzuentwickeln, an Entscheidungsprozessen zu partizipieren und Verantwortung zu übernehmen (Lampert et al., 2005). Weitere Ressourcen sind soziale Kontakte am Arbeitsplatz. Dem stehen arbeitsbezogene Risiken wie körperliche Belastungen (z. B. Zwangshaltungen), Unfallgefahren sowie physikalische (z. B. Vibration, Lärm, Hitze, Kälte), biologische (z. B. Latex-Allergene) und psychosoziale (z. B. Zeitdruck) Arbeitsbelastungen entgegen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – BAuA, 2009; BAuA, 2010; Thirion et al., 2005). Angehörige der unteren Berufsgruppen, die den erhöhten beruflichen Gefahren ausgesetzt sind, haben das höchste Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.

Eine wichtige Quelle für berufsbedingte Belastungen der Gesundheit ist die Sorge um die Sicherheit des Arbeitsplatzes und die Zufriedenheit mit dem Beruf. Die Daten des Sozio-oekonomischen Panels 2006 zeigen einen deutlichen Unterschied zwischen den Gruppen mit hohem und niedrigem Berufsstatus. So machen sich 33 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen mit niedrigem Berufsstatus große Sorgen um den eigenen Arbeitsplatz. Unter den Männern und Frauen mit hohem Berufsstatus sind es hingegen lediglich 10 Prozent bzw. 7 Prozent.

55. Welche konkreten Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die gesundheitlichen Unterschiede bedingt durch den Berufsstatus zu verringern?

Welche messbaren Ziele für welche Zeiträume hat die Bundesregierung dazu benannt?

Für die Bundesregierung stellt die betriebliche Gesundheitsförderung ein wichtiges Element der gesundheitlichen Prävention dar. Ziel ist es, Unternehmen zu motivieren und zu unterstützen, betriebliche Gesundheitsförderung als Leitungsaufgabe wahrzunehmen und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung systematisch im Betrieb zu verankern. Vorbildliche betriebliche Gesundheitsförderung sollte immer Verhaltens- und Verhältnisprävention beinhalten. Dieser Ansatz gewinnt auch mit den Auswirkungen des demographischen Wandels an Bedeutung, da die Unternehmen gezwungen sein werden, ihre Arbeitsplätze und die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass die Beschäftigten das Rentenalter bei guter Gesundheit erreichen.

56. Wie erklärt die Bundesregierung die deutlichen Anstiege der psychischen Belastungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die sich in den zunehmenden Arbeitsunfähigkeitstagen durch psychische Erkrankungen widerspiegeln?

Wie bewertet es die Bundesregierung, dass Stress am Arbeitsplatz besonders die Menschen mit niedrigem Sozialstatus belastet (Wege, N. et al., *When does work stress hurt?*, 2008), und was unternimmt die Bundesregierung, um besonders die Gesundheit von Personen mit niedrigem Sozialstatus zu schützen?

Es besteht weitgehend Konsens darüber, dass psychische Belastungsfaktoren mit dem Wandel der Arbeitswelt zunehmen. Ursächliche Entwicklungstendenzen sind etwa:

- zunehmende geistige Arbeit und steigende Anforderungen an Qualifikation und beständige Weiterbildung (Trend zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft),
- fortlaufende Beschleunigung von Fertigungs-, Dienstleistungs- und Kommunikationsprozessen,
- verstärkter Einsatz neuer Technologien, die permanente Erreichbarkeit ermöglichen, zunehmende Arbeitsunterbrechungen und „Entgrenzung“ der Arbeit,
- erhöhte Eigenverantwortung der Beschäftigten bei steigender Komplexität der Arbeitsanforderungen.

Steigende psychische Belastungen betreffen demnach auch qualifiziert eingesetzte Personen mit hohem Sozialstatus, was sich beispielsweise in den Ergebnissen der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung (2005/2006) widerspiegelt, wonach gerade Meister sowie qualifizierte und leitende Angestellte über zunehmenden Stress und Arbeitsdruck berichten.

Die in den vergangenen Jahren von den gesetzlichen Krankenkassen registrierte Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen muss im Zusammenhang mit einem insgesamt sich wandelnden Diagnosespektrum betrachtet werden. Bis Anfang der 90er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts dominierten die Diagnosegruppen Muskel-/Skeletterkrankungen, Atemwegs- und Herz-/Kreislaufkrankungen sowie Verdauungserkrankungen. Diese verursachten in den letzten Jahren immer weniger Fehltage, während seither die Bedeutung der psychischen Störungen kontinuierlich zunimmt. Als ursächliche Faktoren für diese Entwicklung werden veränderte Beschäftigungsstrukturen

z. B. durch Verlagerung hin zu Dienstleistungstätigkeiten diskutiert. Aus den zunehmenden Diagnoseraten lassen sich jedoch keine Rückschlüsse auf die Entwicklung der bevölkerungsbezogenen Erkrankungsraten (Prävalenzen) bzw. der Neuerkrankungsraten (Inzidenzen) psychischer Störungen ziehen, da hierzu keine repräsentativen epidemiologischen Langzeitstudien vorliegen. Es wird vermutet, dass der wachsende Anteil psychischer Erkrankungen in den Diagnostikstatistiken der Sozialversicherung auch eine in den letzten 10 bis 15 Jahren verbesserte Entdeckungsrate zum Ausdruck bringt, z. B. aufgrund einer inzwischen erhöhten ärztlichen und psychotherapeutischen Diagnose- und Behandlungskompetenz oder auch infolge der schrittweise gelingenden Enttabuisierung psychischer Symptome und Leiden durch eine erfolgreiche staatliche und zivilgesellschaftliche Öffentlichkeitsarbeit.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die betriebliche Gesundheitsförderung gemäß § 20a SGB V zu einer Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen aufgewertet. Die gesetzliche Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen soll sicherstellen, dass die Maßnahmen am betrieblichen Bedarf ausgerichtet und bei der Planung und Umsetzung auch die gesundheitlichen Potenziale berücksichtigt werden. Mit den Verfahren der betrieblichen Gesundheitsförderung können auch arbeitsbedingte psychosoziale Fehlbelastungen und geeignete Maßnahmen zur deren Reduktion ermittelt werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben mit dem Leitfaden Prävention „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 Absatz 1 und 20a SGB V“ verbindliche Oberziele festgelegt. Eines dieser Ziele ist die Reduktion von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen, womit unter anderem die Belastungen durch Nacht- und Schichtarbeit aufgegriffen werden.

Die Bundesregierung unterstützt darüber hinaus weitere Aktivitäten überbetrieblicher Akteure, darunter das Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit, welches die psychische Gesundheit bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zusammen mit verschiedenen seiner Mitgliedsorganisationen in einem eigenen Arbeitsschwerpunkt angeht. Die Bundesregierung setzt in diesem Zusammenhang auch auf den Erfahrungsaustausch auf internationaler Ebene. Um die Verbreitung guter Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung weiter zu unterstützen, werden das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das BMAS am 3. und 4. März 2011 gemeinsam mit der Europäischen Kommission eine europäische Konferenz zur Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz durchführen. Die Konferenz wird im Rahmen der Umsetzung des EU-Pakts „Zusammen für psychische Gesundheit und Wohlbefinden“ stattfinden.

57. Wie bewertet die Bundesregierung die belegten Belastungen durch Schichtarbeit, schwere körperliche Belastung, vor allem aber durch geringe Handlungs- und Entscheidungsspielräume (Friedel, H. et al., Direkte Kosten der Frühinvalidität in Deutschland, 2007, und „Trend zu ungesunden Arbeitszeiten“, Böckler Impuls 12/2008), die vor allem die niedrigeren Einkommensgruppen und den Berufsstatus betreffen?

Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um diesen Belastungen vorzubeugen?

Welche konkreten, messbaren Ziele in welchen Zeiträumen verfolgt sie dabei?

Es gibt Erkenntnisse darüber, dass das Frühberentungsrisiko durch den Sozialstatus beeinflusst wird. So wiesen Männer ohne Berufsausbildung gegenüber Männern mit Hochschulabschluss ein 2,8-fach höheres Frühberentungsrisiko auf, bei Frauen liegt die Risikoerhöhung im Vergleich immerhin noch bei 1,7.

Bei Männern stellt laut des Forschungsberichts 1080 der BAuA¹ ein geringer Handlungsspielraum den bedeutendsten Einzelfaktor für Frühberentung dar (2,6-fach erhöhtes Risiko). Auch schwere körperliche Belastungen (1,6-fach erhöhtes Risiko) sowie Schicht- und Nachtarbeit (1,4-fach erhöhtes Risiko) gehen mit signifikant erhöhten Frühberentungsrisiken einher.

Bei Frauen ist die Reihenfolge der Risikofaktoren nur geringfügig anders. Für diese stellt körperliche Belastung den bedeutendsten Einzelfaktor für Frühberentung dar (1,8-fach erhöhtes Risiko), gefolgt von geringem Handlungsspielraum (1,6-fach erhöhtes Risiko), Schicht- und Nachtarbeit (1,6-fach erhöhtes Risiko) und schweren körperlichen Belastungen (1,5-fach erhöhtes Risiko).

Hinzu kommt, dass geringe Handlungs- und Entscheidungsspielräume gemäß den Ergebnissen einer Vielzahl weiterer Studien zu psychosomatischen Beschwerden und Arbeitsunzufriedenheit beitragen². Vor diesem Hintergrund, aber auch im Hinblick auf den demografischen Wandel, der schrittweisen Erhöhung des Renteneintrittsalters und unter Berücksichtigung festzustellender Trends wie Ausweitung der Schichtarbeit oder Erhöhung der tatsächlichen Arbeitszeit, gilt es arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zur Gestaltung gesunder und persönlichkeitsförderlicher Arbeit verstärkt an unterschiedliche Akteursgruppen zu vermitteln, aufzubereiten und die Umsetzung entsprechender menschengerechter Gestaltungsansätze in Unternehmen und Gesellschaft zu fördern.

Hier setzen die beiden vom BMAS geförderten und von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) unterstützten Programme bzw. Initiativen sowie auch die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie an:

- Die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) in der sich Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften, Unfall- und Krankenkassen, Ministerien, Stiftungen und Unternehmen zusammen geschlossen haben, um gemeinsam Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu fördern und zu verbessern z. B. durch Beratungen zur Arbeitszeitgestaltung bei Schichtarbeit sowie die Erstellung von Handlungshilfen für das Baugewerbe, den Einzelhandel und die chemischen Industrien.
- Das Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen, in dem Modellvorhaben mit wechselnden Schwerpunkten finanziell gefördert werden. Die Projekte werden durch die BAuA fachlich begleitet.

Förderschwerpunkte waren bisher u. a. die Gestaltung von altersgerechten Arbeitsbedingungen sowie integrative Präventionsansätze zur Reduzierung der Belastungen des Muskel-Skelett-Systems bei der Arbeit. Darüber hinaus war Zeitarbeit als neue Herausforderung für den Arbeits- und Gesundheitsschutz ein Schwerpunktthema. Weitere Förderschwerpunkte lagen bei Projekten zum Erhalt der Arbeitskraft von Beschäftigten in der Pflege und der Bauwirtschaft vor dem Hintergrund des demografischen Wandels.

- Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) wird von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern getragen. Ziel ihrer Zusammenarbeit ist, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten durch einen präventiv ausgerichteten und systematisch wahrgenommenen Arbeitsschutz zu verbessern und zu fördern. Dabei stehen die Felder technische Sicherheit, Unfallverhütung, Gesundheitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung und menschengerechte Gestaltung der Arbeit im Mittelpunkt der Zielsetzung.

¹ Bödeker, W.; Friedel, H.; Friedrichs, M.; Röttger, C. (2007): Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschungsbericht Fb 1080, Dortmund/Berlin.

² S. Richter, P.; Hacker, W. (2008): Belastung und Beanspruchung – Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben (2. Auflage); Ulich, E. (2005): Arbeitspsychologie.

58. Wie viel Geld fließt jährlich in die betriebliche Gesundheitsförderung (bitte aufschlüsseln nach Kostenträgern)?

Wie viel Geld fließt jährlich in sogenannte Verhaltensprävention, wie Rückenurse etc. (bitte aufschlüsseln nach Kostenträgern)?

Wie viel Geld fließt jährlich in die Gesundheitsförderung mit partizipativen, verhältnisbezogenen Ansätzen – z. B. Gesundheitsmanagement ausgerichtet am Health Action Cycle (bitte aufschlüsseln nach Kostenträgern)?

Die endgültigen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung werden jährlich in der KJ-1-Statistik zusammengefasst. Dabei werden die Ausgaben der einzelnen Krankenkassen in Ausgaben für individuelle Präventionsmaßnahmen, Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Maßnahmen in Settings, z. B. Kindertageseinrichtungen, aufgeschlüsselt. Die Weitergabe dieser Daten auf die einzelne Krankenkasse bezogen ist aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich.

Für das Jahr 2009 wurden demnach für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 39 479 195 Euro, für individuelle Präventionsmaßnahmen 252 250 402 Euro und für Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Settings 18 815 502 Euro ausgegeben.

Dem Präventionsbericht, den der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) und der GKV-Spitzenverband zusammen mit den Kassenartenverbänden jährlich erstellen, ist zu entnehmen, dass in mehr als der Hälfte aller Betriebe, in denen von Krankenkassen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) durchgeführt wurden, betriebliche Entscheidungs- und Steuerungskreise eingerichtet wurden. Dabei wurden in 41 Prozent dieser Betriebe auch Gesundheitszirkel durchgeführt. 74 Prozent der Maßnahmen in Betrieben mit bestehendem Gesundheitszirkel waren sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Nur 10 Prozent der Maßnahmen waren rein verhältnis- und nur 3 Prozent rein verhaltensbezogen. Wie hoch die Ausgaben der Krankenkassen im Einzelnen beispielsweise für betriebliches Gesundheitsmanagement waren, ist aus der KJ-1-Statistik nicht ersichtlich.

59. Wie gewährleistet die Bundesregierung, dass die Unternehmen ihrer Verpflichtung zur Gefährdungsbeurteilung vollständig nachkommen?

Wie beurteilt die Bundesregierung die Einschätzungen von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Gesundheit und Arbeit – Erfolgsfaktoren der Zukunft, Vortrag auf der Tagung der Spitzenverbände der GUV und der GKV am 6. November 2003 in Berlin), dass zahlreiche Unternehmen der Pflicht zur Gefährdungseinschätzung nur unzureichend nachkämen?

Die Einhaltung gesetzlicher und untergesetzlicher Vorschriften zum Arbeitsschutz in den Betrieben zu überwachen, ist Aufgabe der zuständigen Landesbehörden und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Bundesregierung unterstützt dies im Rahmen der GDA. Ein Kernelement der GDA ist die Verbesserung des Zusammenwirkens der staatlichen Arbeitsschutzbehörden und der Unfallversicherungsträger, im Hinblick auf eine abgestimmte, arbeitsteilige Überwachungs- und Beratungstätigkeit sowie eine gleichwertige Umsetzung von Arbeitsschutzvorschriften. Dies betrifft insbesondere auch die Verpflichtung zur Gefährdungsbeurteilung. Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, dieses Instrument als zentrale Grundlage für eine systematisierte Durchführung des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes im Betrieb gemeinsam mit den GDA-Partnern weiter zu stärken.

Im Bereich der Beratung und Überwachung der Betriebe ist bereits in 2008 zeitgleich mit dem Inkrafttreten der GDA eine „Leitlinie Gefährdungsbeurtei-

lung, Dokumentation“ mit dem Ziel entwickelt worden, die Integration der Gefährdungsbeurteilung als festen Bestandteil einer betrieblichen Arbeitsschutzorganisation zu fördern und das Aufsichtshandeln von Ländern und Unfallversicherungsträgern gemeinsam auf die Umsetzung dieses Ziels auszurichten. Durch einen begleitenden Evaluationsprozess ist sichergestellt, dass eine enge Rückkoppelung mit den in der betrieblichen Anwendungspraxis gewonnenen Erkenntnissen erfolgt.

Es ist Ziel der Bundesregierung, noch bestehende Defizite bei der praktischen Durchführung der Gefährdungsbeurteilung zu beseitigen und eine flächendeckende, alle Betriebsgrößen erfassende Umsetzung dieses Arbeitsschutzinstruments zu erreichen. Hierauf richtet die Bundesregierung ein besonderes Augenmerk: In Zusammenarbeit mit den Trägern der GDA betreibt die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) ein Portal zur Gefährdungsbeurteilung, das sie im Rahmen der Informationskampagne der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) in den Jahren 2008/2009 entwickelt hat und das im August 2009 online ging. Dieses Portal erleichtert insbesondere Klein- und Mittelbetrieben den Zugang zu Informationen und stellt ihnen konkrete Handlungshilfen sowie praktische Hinweise zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung zur Verfügung. Die Funktion der Gefährdungsbeurteilung, Handlungsanleitung für einen zielgerichteten, systematisch angelegten Arbeitsschutz zu sein, wird damit weiter gestärkt.

Das Portal stößt auf reges Interesse. Es sind monatlich rund 20 000 Besucher und über 100 000 Seitenaufrufe zu verzeichnen. Neben dieser den modernen medialen Anforderungen entsprechenden Plattform kommen zahlreiche weitere praxiserorientierte Instrumente und Handlungshilfen zum Einsatz, um Unternehmen die Umsetzung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen zu erleichtern. Ferner hat die BAuA in ihrem Forschungs- und Entwicklungsprogramm für die Jahre 2010 bis 2013 „Methoden und Handlungshilfen zur Gefährdungsbeurteilung“ als einen Entwicklungsschwerpunkt festgeschrieben.

60. Liegen der Bundesregierung Zahlen darüber vor, wie hoch der gesundheitliche aber auch wirtschaftliche Schaden in Deutschland ist, der durch die Anwesenheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern bei der Arbeit trotz Krankheit (Präsentismus) entsteht?

Welche Faktoren begünstigen den zunehmenden Präsentismus nach Ansicht der Bundesregierung, und welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um den Präsentismus zu verringern?

Welcher Zusammenhang besteht nach Ansicht der Bundesregierung zwischen Präsentismus einerseits und sozialer Lage (insbesondere auch Arbeitsplatzsicherheit und Kündigungsschutz) andererseits?

Es existieren keine offiziellen Erhebungen zum so genannten Präsentismus. Daher liegen der Bundesregierung auch keine Erkenntnisse darüber vor, wie viele Beschäftigte trotz einer Erkrankung zur Arbeit kommen, welche Gründe hierfür ausschlaggebend sind und wie hoch ein möglicher wirtschaftlicher Schaden sein könnte.

Um künftig Aussagen zu Auftreten und finanziellen Folgen von Präsentismus in Deutschland leisten zu können, hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) aktuell ein wissenschaftliches Literaturreview in Auftrag gegeben, das den Stand der Forschung zu Verbreitung und Ursachen von Präsentismus systematisch darstellen soll. Ein entsprechender Ergebnisbericht liegt vor. Des Weiteren wird beabsichtigt, dieses Thema in die nächste BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung einzubringen und somit eine breitere Datenbasis zu erhalten. Ebenso wird angestrebt, ein Präsentismus-Item in die Helm-

holtz-Kohortenstudie aufzunehmen, um die Gesundheitsfolgen von Präsentismus zu erfassen.

61. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung vor über die Folgen für die Gesundheit der im Zuge einer Entlassungswelle in einem Betrieb verbleibenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer?

Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um die Gesundheit der im Betrieb verbliebenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu schützen?

Zur Frage der Auswirkung von Personalabbau auf die im Unternehmen verbleibenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen liegen nur unzureichende Erkenntnisse vor. Die bisherige Forschungsperspektive fokussiert auf die von Entlassung betroffenen Beschäftigten (Arbeitslosenforschung).

Die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von 20 000 Erwerbstätigen in Deutschland (BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung für Deutschland) liefert einen Überblick über gesundheitliche Beschwerden, die in Zusammenhang mit der Arbeit stehen.

Die gesundheitlichen Beschwerden von Beschäftigten in Unternehmen mit Umstrukturierungsmaßnahmen sind dabei deutlich größer als die der übrigen Beschäftigten.

Gesundheitliche Beschwerden in Prozent			
	mit Umstrukturierung	keine Umstrukturierung	Sign. Niveau
Schmerzen im unteren Rücken, Kreuzschmerzen	44,4	41,1	***
Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich	49,2	43,7	***
Herzschmerzen, Stiche, Schmerzen, Engegefühl in der Brust	6,9	4,2	***
Nächtliche Schlafstörungen	24,8	15,8	***
Allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung	48,7	38,0	***
Nervosität oder Reizbarkeit	33,5	22,5	***
Niedergeschlagenheit	21,6	15,6	***
Burnout	9,5	5,3	***
Depressionen	5,2	3,2	***

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung eigene Berechnungen
Signifikanzniveau: p ≤ 0,05; * ; p ≤ 0,01; ** ; p ≤ 0,001 ***

Zur Gewinnung von Erkenntnissen über das Restrukturierungsgeschehen in Deutschland hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Sozialpartner und relevanter Gruppen (Krankenkassen) gebildet und lässt in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin eine entsprechende Studie durchführen. Darüber hinaus werden qualitative Interviews geführt, um über die Erfassung betrieblicher Bedingungsgefüge bei Restrukturierungen gezielt Unterstützungsinstrumente entwickeln zu können. Die BAuA beteiligt sich auch an europäischen Projekten zum Thema.

Die Krankenkassen können solchen Unternehmen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten. Hiermit besteht die Möglichkeit, das Ausmaß der gesundheitlichen Belastung durch die Gefährdung des Arbeitsplatzes festzustellen und geeignete Präventionsmaßnahmen zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Vorbeugung einer Erkrankung durchzuführen. Für die Bundesregierung ist die betriebliche Gesundheitsförderung ein zentrales Handlungsfeld der Prävention.

62. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse darüber, welche Auswirkungen die Flexibilisierung der Arbeitswelt und die heutige Mobilität zwischen Arbeits- und Wohnort sowie die Verdichtung von Arbeitsprozessen auf gesunde Ernährungs- und Bewegungsmöglichkeiten der Betroffenen haben?

Der Bundesregierung liegen zu dieser Frage keine gesicherten Erkenntnisse vor. Studien, die gezielt Wirkungen von Flexibilisierung, Mobilität und Arbeitsverdichtung auf Ernährungs- und Bewegungsmöglichkeiten untersuchen, sind nicht bekannt.

Maßnahmen und Evaluation, Forschung

63. Welchen Stellenwert nimmt die Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede in der Gesundheitspolitik der Bundesregierung ein?
Welche Vorhaben der Bundesregierung dienen der Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede, und wie soll ihr Erfolg gemessen werden?

Die Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede nimmt in der Gesundheitspolitik der Bundesregierung einen hohen Stellenwert ein. Das korrespondiert mit der programmatischen Aussage des § 20 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Dementsprechend hat sie durch ihre Fachbehörden, das RKI und die BZgA, auf der Basis von Gesundheitssurveys und speziellen Auswertungen der epidemiologischen Daten Maßnahmen initiiert.

Zentrale Maßnahmen der BZgA sind:

- Der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, bestehend aus 53 Partnern, wie z. B. allen Landesvereinigungen und Landeszentralen für Gesundheit, verschiedenen Länderministerien, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Wohlfahrtsverbänden, der Ärzteschaft, dem Deutschen Städtetag, der Bundesagentur für Arbeit sowie weiteren Akteuren der Gesundheitsförderung.
- Die Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“, u. a. zur Unterstützung von Quartiersmanagern und -managerinnen im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“.
- Das Projekt „Bewegt leben – mehr vom Leben“ zur Förderung des Aufbaus nachhaltiger gesundheitsförderlicher Strukturen für ältere Menschen im kommunalen Bereich.

Die Forschung über Interventionserfolge steht noch am Anfang. In Einzelprojekten kann gezeigt werden, dass eine Angleichung des Gesundheitsverhaltens zwischen Menschen in schwierigen und solchen in günstigen Lebenssituationen möglich ist³.

³ Ketelhut K., Mohasseb I., Gericke C., Scheffler C., Ketelhut R. Verbesserung der Motorik und des kardiovaskulären Risikos durch Sport im frühen Kindesalter; Deutsches Ärzteblatt/Jg. 102/Heft 16. Seite A 1128 bis 1136, 2005.

Im Rahmen des Forschungsschwerpunktes Präventionsforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) werden in der vierten Phase Forschungsprojekte zur Entwicklung wirksamer Interventionsmaßnahmen für Menschen in schwieriger sozialer Lage gefördert. Hier werden bis zum Jahr 2012 Ergebnisse insbesondere zu Programmentwicklung und Evaluation vorliegen. Auf der gemeinsamen Plattform „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ (www.KNP-Forschung.de) der BZgA, der Medizinischen Hochschule Hannover und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf werden die Ergebnisse der Fachöffentlichkeit vorgestellt und diskutiert. Hier sind neue Erkenntnisse zur Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede zu erwarten. Das bisherige Vorgehen der BZgA, die Verbreitung theoretisch gut begründeter, erfolgreicher Praxisansätze (Good Practice – www.gesundheitliche-chancengleichheit.de), wird auf der Grundlage dieser Erkenntnisse weiterentwickelt.

64. Ist in bestehenden nationalen Gesundheitszielen die Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten ausdrücklich formuliert?

Falls ja, welche Ziele zur Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit sind darin formuliert?

Falls nein, sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, innerhalb der bestehenden nationalen Gesundheitsziele ausdrücklich die Verringerung der ungleichen Gesundheit durch soziale Ungleichheit zu verankern (bitte begründen)?

Das Forum „gesundheitsziele.de“ wurde 2000 als Modellprojekt vom BMG und den Ländern initiiert. Anfang 2007 wurde „gesundheitsziele.de“ in einen auf Dauer angelegten Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses überführt. Unter Mitwirkung von Bund, Ländern, gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherung, der privaten Krankenversicherung, Ärzten und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen sowie Patientenvertretungen bzw. Selbsthilfegruppen wurden bisher sechs exemplarische Gesundheitsziele erarbeitet („Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“; „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“, „Tabakkonsum reduzieren“, „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“, „Gesundheitliche Kompetenzen erhöhen, Patient(Inn)ensouveränität stärken“, „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln“). Ein siebtes Gesundheitsziel („Gesund älter werden“) befindet sich derzeit in Bearbeitung.

Alle Ziele von „gesundheitsziele.de“ müssen Querschnittsanforderungen erfüllen. Neben Gender Mainstreaming und Evidenzbasierung gehört dazu auch die Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengleichheit.

65. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, die Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit als eigenes nationales Gesundheitsziel zu formulieren?

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, wann und wie wird sie dies tun?

Wie in der Antwort zu Frage 64 bereits erläutert ist die Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit eine Querschnittsanforderung, die bei der Festlegung aller Gesundheitsziele zwingend zu berücksichtigen ist. Daher besteht keine Notwendigkeit und es ist auch nicht sachgerecht, dies als eigenständiges Gesundheitsziel zu formulieren.

66. Besteht nach Ansicht der Bundesregierung die Notwendigkeit, bei der Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit konkrete, messbare Ziele zu formulieren und einen Zeitraum zu benennen, in dem diese Ziele erreicht werden sollen?

Wenn nein, wie will die Bundesregierung die Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede feststellen, bewerten und einordnen?

67. Welche messbaren Gesundheitsziele zur Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede sind von der Bundesregierung für welchen Zeitraum definiert worden?

Die Fragen 66 und 67 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Rahmen von „gesundheitsziele.de“ wurde bisher noch keine Quantifizierung bei Zielen oder Teilzielen vorgenommen. Derzeit wird innerhalb des Kooperationsverbundes geprüft, ob und inwieweit eine Quantifizierung von Zielen bzw. Teilzielen möglich, sinnvoll und angebracht ist.

68. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der geschlechtervergleichenden Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts in Bezug auf die Formulierung geschlechtsspezifischer Gesundheitsziele?

Neben Evidenzbasierung und der Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengleichheit ist die Berücksichtigung von Gender Mainstreaming eine der Querschnittsanforderungen an Gesundheitsziele, die im Rahmen von „gesundheitsziele.de“ erarbeitet werden/wurden.

69. Sieht die Bundesregierung Möglichkeiten, sozial bedingte gesundheitliche Benachteiligungen nachhaltig und effektiv zu verringern, ohne die sozialen Unterschiede als auslösende Faktoren zu verändern?

Wenn ja, welche konkreten Maßnahmen plant die Bundesregierung, und welche messbaren Gesundheitsziele verfolgt sie dabei in welchem Zeitraum?

Auf die Antwort zu den Fragen 49, 64, 65 und 66 wird verwiesen.

70. Welche Maßnahmen dienten in der Vergangenheit dazu, die Einkommensunterschiede zu verringern, und wie effektiv waren in der Vergangenheit Maßnahmen, die eine Verminderung der Einkommensunterschiede zum Ziel hatten (bitte belegen)?

71. Was gedenkt die Bundesregierung zu unternehmen, um die wachsenden Einkommensunterschiede zu vermindern, und wie will sie sich von der Effektivität der Maßnahmen überzeugen?

Welche messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?

Die Fragen 70 und 71 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Höhe der Einkommen privater Haushalte wird überwiegend durch die erzielten Markteinkommen bestimmt, auf die politische Maßnahmen nur bedingt Einfluss haben. Bund und Ländern stehen bei der Sekundärverteilung aber die Instrumente der Steuer-, Vermögensbildungs- und Sozialpolitik zur Verfügung.

Eine Analyse der Wirkung der damit stattfindenden Umverteilung im Rahmen des 3. ARB hat gezeigt, dass die Ungleichheit der Marktäquivalenzeinkommen durch die Umschichtungen des Steuer- und Transfersystems deutlich reduziert wird. Keine oder unzureichende Einkommen werden durch Sozialtransfers z. B. in Form von Grundsicherungs- oder Familienleistungen aufgestockt, bzw. die erzielten Markteinkommen insbesondere durch die progressive Wirkung der Einkommensteuertarife umverteilt. So lag 2005 die Ungleichheit der Nettoäquivalenzeinkommen gemessen am Gini-Koeffizienten um fast 40 Prozent niedriger als die der entsprechenden Markteinkommen.

Der nachhaltige Einsatz der Bundesregierung gegen Armut und für bessere Aufstiegschancen setzt bei der Bekämpfung von Arbeitslosigkeit an. Flankierend ist z. B. der Zugang zum Arbeitsmarkt von Eltern durch den Ausbau der Kinderbetreuung zu verbessern und sind Betroffene durch Ausbildungs- und Qualifizierungsangebote zu unterstützen. Erst solche Maßnahmen ebnen sozial Benachteiligten die Perspektive für einen selbstbestimmten Weg (zurück) in die Mitte der Gesellschaft. Andererseits müssen diejenigen, die durch ihre Steuern die Mittel bereitstellen, mit denen die Grundvoraussetzungen für mehr Gerechtigkeit geschaffen werden, die Gewähr haben, dass dies effizient und nachhaltig geschieht.

72. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, bei statistischen Erhebungen im Gesundheitsbereich und bei der Evaluation von Maßnahmen im Gesundheitsbereich grundsätzlich neben dem Geschlecht auch den Sozialstatus, den Behinderungsstatus, den Migrationsstatus und den Familienstatus zu berücksichtigen und öffentlich auszuweisen und bei Bewertungen und Entscheidungen zu berücksichtigen?

Im Zuge des Gesundheitsmonitorings am RKI sowie im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wurde dafür Sorge getragen, dass die genannten Merkmale mit den Erhebungen des RKI abzubilden sind. Die Erhebungen orientieren sich dabei an den demographischen Standards des Statistischen Bundesamtes für sozialwissenschaftliche Erhebungen, um die Vergleichbarkeit mit anderen Datenquellen zu gewährleisten. Die Studien im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am RKI (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey), Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) und Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) erlauben es daher, bei Kindern und bei Erwachsenen den Sozialstatus, das Vorliegen und den Schweregrad von Behinderungen oder Erwerbsminderungen, die Lebensform und den Migrationshintergrund der Befragten im Einklang mit gängigen Standards abzubilden. Für prozessproduzierte Daten der Sozialversicherungsträger sind diese Hintergrundmerkmale nicht in gleichem Maße verfügbar (vgl. Antwort zu Frage 139). Insbesondere zur Identifikation von gesundheitlich besonders belasteten Bevölkerungsgruppen sowie zur Evaluation von Maßnahmen im Gesundheitsbereich ist eine differenzierte Darstellung nach den oben genannten Merkmalen sinnvoll. Im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) sind der Bezug auf und das Erreichen von sozial benachteiligten Zielgruppen beispielsweise bereits zentrale Evaluationskriterien für Gesundheitsförderungsprojekte.

73. Plant die Bundesregierung die „Stärkung der Eigenverantwortung“ der Versicherten durch die Berücksichtigung des Gesundheitsverhaltens bei der Beitragshöhe?
- Welches Gesundheitsverhalten plant die Bundesregierung über die Beitragshöhe oder andere Zahlungen zu sanktionieren, um die „Eigenverantwortung“ der Versicherten zu stärken?
74. Welche Folgen hat nach Ansicht der Bundesregierung eine Sanktionierung von schlechtem Gesundheitsverhalten durch eine Erhöhung der Beiträge für Menschen mit geringem Einkommen und geringer Bildung, wenn der Sozialstatus das Gesundheitsverhalten maßgeblich determiniert?
75. Werden Beitragssenkungen, die sich durch positives Gesundheitsverhalten ergeben, von allen sozialen Schichten gleichermaßen erreicht oder profitieren besonders die höheren Bildungs- und Einkommensschichten?
- Wenn der Bundesregierung dafür keine Daten vorliegen, welche Prognosen hat die Bundesregierung dazu, und worauf stützt sie diese?
76. Wie bewertet die Bundesregierung Aussagen, nach denen besonders die höheren Bildungs- und Einkommensschichten von Beitragssenkungen für positives Gesundheitsverhalten profitieren werden?

Die Fragen 73 bis 76 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das am 12. November 2010 vom Deutschen Bundestag beschlossene Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) zielt nicht auf Sanktionierungen, sondern sieht eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung des Gesundheitswesens vor. Die Menschen sollen auch in Zukunft – unabhängig von ihrem Einkommen – auf eine gute medizinische Versorgung auf Basis des medizinischen Fortschritts vertrauen können. Hierfür ist es erforderlich, die Ausgaben zu stabilisieren, die Finanzierung auf eine solide Basis zu stellen, die Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb zu schaffen und für einen zielgenauen und gerechten Sozialausgleich zu sorgen.

Die gesetzlichen Änderungen beinhalten keine Verknüpfung von positivem Gesundheitsverhalten mit Beitragssenkungen. Darüber hinaus ist die Bundesregierung bestrebt insbesondere Menschen mit wenig ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein und hohen Gesundheitsrisiken mit Maßnahmen der primären Prävention zu erreichen.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 163 verwiesen.

77. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und Früherkennungsuntersuchungen in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Der § 25 SGB V regelt den Anspruch der Versicherten auf Leistungen zur Früherkennung auf Herz-Kreislauf-, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus sowie auf bestimmte Krebserkrankungen. Mit Ausnahme des organisierten und qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings, zu dem die anspruchsberechtigten Frauen schriftlich eingeladen werden, erfolgen derzeit alle anderen Früherkennungsuntersuchungen opportunistisch, d. h. die Initiative zur Teilnahme geht in der Regel von den Versicherten aus.

Die routinemäßig vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) erhobenen Daten zur Inanspruchnahme von

Früherkennungsuntersuchungen erfassen nicht die Determinante „Sozialstatus“. Insbesondere ist nicht zu erkennen, in welchem Umfang bestimmte gesellschaftliche Gruppen (z. B. Personen mit Migrationshintergrund oder kurzer Schulbildung) von den Früherkennungsuntersuchungen erreicht werden.

Gleichwohl ist in der Literatur eine Vielzahl von Faktoren zur Assoziation mit der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen untersucht worden. Die Ergebnisse belegen die Komplexität der Fragestellung, inhaltlich wie methodisch. Mit Bezug auf die Determinante „Sozialstatus“ bzw. verwandte Platzhaltervariablen, wie Bildung, Nettoeinkommen, Berufsstand etc., ergibt sich ein uneinheitliches Bild.

Es liegen Hinweise dafür vor, dass in Deutschland das Geschlecht ein wichtiger Einflussfaktor für eine Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist: Frauen nehmen mehr als doppelt so häufig an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil wie Männer (siehe hierzu Antwort zu Frage 133). Jedoch zeigen Untersuchungen auch, dass die Inanspruchnahme bei Männern mit zunehmendem Alter steigt, während sich bei Frauen eher ein gegenläufiger Effekt abzeichnet. Der Faktor Bildung beeinflusst das Teilnahmeverhalten ebenfalls. Während bei Frauen mit höherer Bildung eine häufigere Inanspruchnahme vorliegt, ist diese bei Männern tendenziell mit einer niedrigeren Beteiligung assoziiert. Insgesamt findet sich bei Frauen ein starker, bei Männern ein deutlich schwächerer Zusammenhang der Inanspruchnahme mit der sozialen Schichtzugehörigkeit.

Mammographie-Screening: Die Ergebnisse zur Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings des vom BMG geförderten Projektes der Women's Health Coalition e. V. und der Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V. erlauben eine differenzierte Betrachtung der Barrieren für eine Teilnahme. Abweichend von dem o. g. Befund wiesen hier Nichtteilnehmerinnen einen höheren Bildungsgrad, ein höheres Haushalts-Nettoeinkommen auf, lebten häufiger im städtischen Raum und waren doppelt so häufig privat versichert. Hinsichtlich Alter und Berufsstand zeigte sich zwischen Nichtteilnehmerinnen und Teilnehmerinnen kein Unterschied.

Check-up 35: Im Hinblick auf die Gesundheitsuntersuchung liegen Hinweise dafür vor, dass die allgemeine Informiertheit zu Gesundheitsthemen einen Einfluss auf das Teilnahmeverhalten haben kann. So scheinen besser Informierte dieses Angebot häufiger wahrzunehmen. Demgegenüber wurde ein Effekt des Sozialstatus auf die Teilnahme am „Check-up 35“ nicht nachgewiesen.

Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder nach § 26 SGB V: Die Teilnehmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V sind insgesamt hoch. So werden bei den sechs Untersuchungen im ersten Lebensjahr gemäß den Ergebnissen des KiGGS im Durchschnitt Teilnehmeraten von über 92 Prozent erreicht. Zwischen dem zweiten und sechsten Lebensjahr sinkt die durchschnittliche Teilnehmerate auf 86 Prozent. Kinder aus sozial stark belasteten Familien (z. B. materielle Armut, alleinerziehende Eltern, Eltern mit psychischen oder Abhängigkeitserkrankungen) und Kinder mit Migrationshintergrund nehmen dabei seltener an den Untersuchungen teil. Bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus liegt die Teilnehmerate ca. 5 bis 7 Prozent unter dem Durchschnitt. Familien mit Migrationshintergrund nehmen die Kinderuntersuchungen deutlich seltener wahr als Familien ohne Migrationshintergrund. Die Teilnehmeraten liegen bei ihnen gemäß KiGGS-Daten zwischen 81 Prozent bei der U3 (in der vierten bis sechsten Lebenswoche) und 68 Prozent bei der U9 (im sechsten Lebensjahr). Demgegenüber finden sich bei Familien ohne Migrationshintergrund Teilnehmeraten von 97 Prozent bei der U3 und 89 Prozent bei der U9.

Zahnvorsorgeuntersuchungen: Für Erwachsene kann festgestellt werden, dass Menschen mit niedriger Bildung seltener Zahnvorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Bei Kindern erwiesen sich eine benachteiligte sozioökonomische Lage der Familie (Bildung, Beruf, Einkommen der Eltern) und ein Migrationshintergrund als „hemmende“ Faktoren bezüglich der Inanspruchnahme der jährlichen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen.

Schutzimpfungen (gemäß Empfehlungen der Ständigen Impfkommission – STIKO): Bei Männern zeigt sich in fast allen Altersgruppen eine Tendenz zu höheren Impfquoten in den niedrigeren Bildungsgruppen; bei den Frauen lässt sich kein konsistenter Zusammenhang zwischen Alter, Bildungsgruppen und Impfquoten erkennen. Weitere Einflussfaktoren sind die hausärztliche Versorgung und der allgemeine Gesundheitszustand. Je häufiger der Hausarzt im letzten Jahr aufgesucht wurde und je schlechter der Gesundheitszustand ist, desto höher ist auch der Anteil der aktuell Geimpften. Impflücken (Grundimmunisierung und Auffrischungsimpfung) bestehen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Fast alle Impfquoten sind bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem Sozialstatus am höchsten. Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus erhalten häufiger als Kinder aus Familien mit niedrigem oder mittlerem Sozialstatus keine Masernimpfung.

78. Welche Präventionskonzepte und Gesundheitsförderprogramme sind nach Ansicht der Bundesregierung geeignet, besonders die Menschen mit niedrigem Sozialstatus zu erreichen und somit sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu verringern (bitte jeweils begründen)?

Mit welcher Summe im aktuellen Bundeshaushalt werden diese geeigneten Präventionskonzepte und Gesundheitsförderprogramme von der Bundesregierung gefördert?

Mit welcher Summe wird Prävention und Gesundheitsförderung im aktuellen Bundeshaushalt finanziert?

79. Welche Bedeutung kommt nach Ansicht der Bundesregierung der Partizipation, also der freiwilligen, aktiven Beteiligung der Zielgruppen bei Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen zu?

Teilt die Bundesregierung eine Einschätzung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, dass Partizipation eine Schlüsselgröße für erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention darstellt?

Wenn ja, wie will die Bundesregierung die Partizipation besonders der sozial benachteiligten Gruppen stärken und gewährleisten?

Die Fragen 78 und 79 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Prävention und Gesundheitsförderung werden einhellig als gesamtgesellschaftliche Aufgabe beschrieben. In der komplexen föderal geprägten Struktur Deutschlands muss jeder entsprechend seiner Zuständigkeit aktiv werden. Die Bundesregierung wird auf den bestehenden Ansätzen und Strukturen aufbauen. Ziel ist es, alle Zielgruppen mit präventiven Maßnahmen zu erreichen. Die Einbeziehung der Beratungskompetenz der Ärzteschaft wird als ein Weg gesehen, um schwer erreichbare Risikogruppen für Präventionsmaßnahmen zu motivieren. Über Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können Beschäftigte erreicht und sowohl ihr Gesundheitsverhalten als auch ihr betriebliches Umfeld nachhaltig gesundheitsförderlich verändert werden. Ein Schwerpunkt der Prävention und Gesundheitsförderung wird auf der Verbesserung der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen liegen. Mit Präventionszielen können alle verantwortlichen Akteure innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs zum Erfolg von Prävention beitragen.

Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme sind dann für Menschen mit niedrigem sozialem Status geeignet, wenn sie im Alltag der Menschen ansetzen und die Zielgruppen aktiv einbeziehen. Dies ist auch dadurch begründet, dass rein verhaltensorientierte individuelle Programmangebote von Menschen in schwieriger sozialer Lage weniger in Anspruch genommen werden. Die Konzepte und Programme müssen darauf ausgerichtet sein, in den Zielgruppen die Fähigkeit zu stärken, das eigene Leben und auch die Lebenswelt gesundheitsförderlich zu gestalten. Die Zunahme persönlicher Ressourcen (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung) ist ein entscheidender Faktor zur Erreichung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens. Angebote sollten niedrigschwellig angelegt (z. B. Elterncafés, Kita- und Schulprojekte) und auf kommunaler Ebene gut vernetzt sein. Dies ist deshalb notwendig, weil Menschen in schwierigen Lebenssituationen oft keinen Zugang zu höherschweligen Angeboten finden. Nur durch die Zusammenarbeit der lokalen Akteure (z. B. Gesundheitswesen und Jugendhilfe) können Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf identifiziert und passgenau unterstützt werden. Schließlich sollten die Angebote gute Multiplikatorenkonzepte und Komponenten einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung und Evaluation enthalten.

Erfolge sind nur zu erwarten, wenn sowohl staatliche Institutionen als auch zivilgesellschaftliche Organisationen und Initiativen zusammenwirken. Die BZgA hat daher im Jahr 2003 den Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ initiiert und hat hierfür im Jahr 2009 Mittel des Bundes in Höhe von ca. 400 000 Euro eingesetzt.

Zum Kooperationsverbund gehört ein beratender Arbeitskreis, dem u. a. Vertreterinnen und Vertreter aus den Bereichen Wissenschaft und Forschung, soziale Arbeit, Stadtteilmanagement, öffentliches Gesundheitswesen, Krankenkassen und Fachgesellschaften angehören. Vertreten sind ebenso das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, der Arbeitsstab der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration sowie das Deutsche Institut für Urbanistik gGmbH.

Dieser Arbeitskreis hat Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten entwickelt, um Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme für Menschen mit niedrigem Sozialstatus als „Good Practice“ zu klassifizieren. Diese Kriterien wurden inzwischen auch in den „Leitfaden Prävention“ der gesetzlichen Krankenversicherung als Kriterien zur Förderung von Maßnahmen im Rahmen von § 20 SGB V aufgenommen.

Im Übrigen richten sich zahlreiche Kampagnen und Programme der BZgA an die unterschiedlichsten Bevölkerungsgruppen. Dabei sind zielgruppen- und themenspezifisch auch Menschen in schwierigen Lebenssituationen einbezogen. Die BZgA entwickelt und testet ihre Maßnahmen grundsätzlich auf Akzeptanz in breiten Bevölkerungsschichten und leichte Verständlichkeit. In Ansprache und Darstellung werden in der Regel auch bildungsferne Schichten berücksichtigt, so dass ein gesonderter Anteil am Gesamthaushalt, der für die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit eingesetzt wird, nicht beziffert werden kann. Der Gesamthaushalt der BZgA, einschließlich der der BZgA zur Bewirtschaftung zugewiesenen Mittel aus Kapitel 15 02, beträgt für 2010 insgesamt 39 027 000 Euro.

Die freiwillige, aktive Beteiligung der Zielgruppen bei Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen ist von Bedeutung. Vor diesem Hintergrund entwickelt die BZgA partizipativ ausgerichtete eigene Maßnahmen, mit denen die oben genannten Qualitätskriterien unterstützt werden.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 63 verwiesen.

80. Wird nach Ansicht der Bundesregierung die Zielsetzung der Teilnahmequoten von Früherkennungsuntersuchungen erreicht, und sieht die Bundesregierung angesichts der reduzierten Inanspruchnahme von sozial Benachteiligten den Bedarf an sozial spezifischen Maßnahmen in diesem Bereich?

Falls ja, welche?

Der Bundesregierung ist es ein wichtiges Anliegen, die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen weiter zu steigern. Früherkennungsuntersuchungen sind jedoch grundsätzlich mit potenziellen Vorteilen und Nachteilen verbunden. Daher sind ausgewogene, qualitätsgesicherte und zielgruppenspezifische Informationen für die Teilnahmeberechtigten von großer Bedeutung. Bezüglich der Zielgruppen wird auf die Antwort zu Frage 77 verwiesen.

Vor diesem Hintergrund hat das BMG u. a. die folgenden Maßnahmen ergriffen: Das Thema Früherkennung ist einer der Schwerpunkte im Nationalen Krebsplan, den das BMG im Juni 2008 gemeinsam mit Deutscher Krebsgesellschaft e. V., Deutscher Krebshilfe e. V. und Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. initiiert hat. Im Rahmen des Handlungsfeldes „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung“ wurde u. a. die Verbesserung der Information und Teilnahme an der Krebsfrüherkennung im Sinne einer „informierten Entscheidung“ der Bürgerinnen und Bürger als Ziel formuliert. Mit dieser Maßnahme soll sichergestellt werden, dass alle Teilnahmeberechtigten, auch Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, adäquat erreicht werden.

Darüber hinaus führt die BZgA derzeit in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover im Auftrag des BMG ein Projekt zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch. Ziel ist die Entwicklung eines, insbesondere internetbasierten, Kommunikationskonzeptes zur Erhöhung der Teilnehmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Zentraler Aspekt ist eine Unterstützung von Personen, eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung über die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung zu treffen bzw. diese in Kooperation mit einer Ärztin oder einem Arzt treffen zu können, im Sinne eines „shared decision making“.

Das Kinderuntersuchungsprogramm nach § 26 SGB V hat – wie die Bundesregierung in ihrer Antwort zu Frage 32 der Großen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Ursachen und Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen“ von 2008 (Bundestagsdrucksache 16/9810) ausgeführt hat – insgesamt eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Es wird jedoch von Familien mit niedrigem Sozialstatus und insbesondere von Familien mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen (siehe Antwort zu Frage 77).

Bei der Ansprache von Familien ausländischer Herkunft und in sozialen Brennpunkten bedarf es vor allem personalkommunikativer Strategien, die deren spezifische Lebenssituation aufgreifen und Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme dieser Untersuchungen abbauen. Die Bundesregierung greift dies auf und setzt sich auf vielfältige Weise für eine weitere Erhöhung der Teilnahmequote am Kinderuntersuchungsprogramm ein – sowohl allgemein als auch bei spezifischen Zielgruppen –, z. B.

- durch aktive Motivation und direkte Ansprache sowie durch Öffnung der Kindertagesstätten für Themen der Gesundheitsförderung: Im Auftrag des BMG führt die BZgA ein bundesweites Projekt zur Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U7, U8 und U9 durch, deren Schwerpunkt bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund und aus sozial benachteiligten Familien liegt (Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“);

- durch Sensibilisierung der Zielgruppe für den Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen und durch zielgruppengerechte Information über die Kinderuntersuchungen: Die BZgA hat im Auftrag des BMG einen Elternordner „Gesund groß werden“ entwickelt, der über den Inhalt und Ablauf der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche informiert und Tipps für die gesunde Entwicklung der Kinder gibt. Der Elternordner wird in mehreren Modellregionen Eltern bei der Geburt ihres Kindes zur Verfügung gestellt. Die BZgA hat zudem Informationsblätter zu den einzelnen U-Untersuchungen in drei Sprachen entwickelt;
- durch termingerechte Einladung zu den Untersuchungen: Gemeinsam mit den Ländern setzt sich das BMG dafür ein, dass Familien verstärkt Einladungen zu den Kinderuntersuchungen erhalten. Das BMG hat zum 1. Januar 2009 in § 26 SGB V eine Kooperationsverpflichtung der Krankenkassen und der Länder eingeführt, mit der sie gemeinsam auf eine Inanspruchnahme der Untersuchungen hinwirken sollen. Zahlreiche Bundesländer haben zwischenzeitlich zu den Kinderuntersuchungen – teilweise in Kooperation mit den Krankenkassen – Einlade- bzw. Erinnerungssysteme zumeist in Verbindung mit Rückmeldesystemen eingerichtet. Hierdurch werden alle Familien gezielt und termingerecht angesprochen – oftmals auch in ihrer Muttersprache – und zur Teilnahme aufgefordert.

81. Welche Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme werden derzeit von der Bundesregierung durchgeführt, unterstützt oder finanziert, die einem partizipativen Ansatz folgen (bitte benennen)?

Das Projekt „GUT DRAUF“ der BZgA, die sich an Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren richtet, folgt dem partizipativen Ansatz. Hier werden Jugendliche sowohl bei der Planung als auch bei der Umsetzung des Projektes beteiligt. Jugendliche werden aufgefordert, eigene Ideen zur besseren Ernährungsweise, zu mehr Bewegung und zur besseren Stressregulation im Alltag einzubringen und umzusetzen. Zum Beispiel entwickeln Jugendliche ein Konzept zur besseren Schulverpflegung mit, sie initiieren zusätzliche Sportangebote in der Schule und entwerfen Vorschläge für Ruhe- und Entspannungsräume.

Auch Projekte des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ verfolgen einen partizipativen Ansatz. So werden z. B. in vielen Projekten die Adressatinnen und Adressaten der gesundheitlichen Angebote aktiv in die Entwicklung und Umsetzung aller Maßnahmen einbezogen (z. B. „Aktionsbündnis Migration und Mobilität“). Im Rahmen des Projektes „BIGGER“, das sich an sozial benachteiligte Frauen im mittleren Erwachsenenalter richtet, werden außerdem Teilnehmerinnen der Bewegungsangebote zu Übungsleiterinnen qualifiziert und so zu Multiplikatorinnen ausgebildet. Projekte, die z. B. im Setting Kindertagesstätte durchgeführt werden, binden das Personal aktiv in die Projektgestaltung ein. Die Eltern werden über Entwicklungsgespräche, Elternabende und -kurse sowie Aktionstage einbezogen (z. B. Aktionsbündnis „Starke Wurzeln“). Darüber hinaus werden die Zielgruppen in vielen Projekten durch die Vermittlung von Lebenskompetenzen in Kombination mit partizipativen Verfahren wie z. B. Ideenwerkstätten, Werkstattgesprächen oder selbstorganisierten Interessengruppen zur aktiven Gestaltung der Verhältnisse z. B. in ihrem Stadtteil motiviert. Im Rahmen des Aktionsbündnisses „Gesund leben und älter werden in Eving“ werden beispielsweise auch bürgerschaftlich Engagierte gewonnen und geschult, um sie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bei niedrigschwelligen Angeboten oder bei der Organisation von Maßnahmen einzubinden.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 78 und 79 verwiesen.

82. Welche Bedeutung kommt nach Ansicht der Bundesregierung der Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung zu (bitte begründen)?

Gesundheit wird von vielen Faktoren beeinflusst. Nicht nur das individuelle Verhalten, sondern auch die Lebensbedingungen haben einen großen Einfluss. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zielen daher gleichermaßen auf den Aufbau gesundheitlicher Ressourcen beim Einzelnen und gesundheitsförderlicher Strukturen, insbesondere in der Lebens- und Arbeitswelt. Ein wesentlicher Vorteil von Settingmaßnahmen ist darüber hinaus, dass der Zugang zu Zielgruppen mit hohen gesundheitlichen Gefährdungen, jedoch geringem Gesundheitsbewusstsein gelingt.

83. Welche Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme werden derzeit von der Bundesregierung durchgeführt, unterstützt oder finanziert, die Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung beinhalten (bitte benennen)?

Folgende Maßnahmen der BZgA werden in Settings durchgeführt:

Das Projekt „GUT DRAUF“ wird im kommunalen Setting umgesetzt. Zentrale Akteure sind Schulen, Sportvereine, Jugendreiseveranstalter und Jugendzentren. Für die Handlungsfelder dieser Akteure wurde ein integriertes Konzept der Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung zugrunde gelegt. Es wurden Verfahren entwickelt, nach denen die im Sinne dieses Konzeptes erfolgreich handelnden Akteure zertifiziert werden. Die Aktion „Unterwegs nach Tutmirgut“, die sich an die Zielgruppe der Kinder von 5 bis 11 Jahren richtet, wird hauptsächlich in Schulen umgesetzt.

Darüber hinaus werden in den Kampagnen der BZgA zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen „rauchfrei“ und zur Förderung eines kritischen Umgangs mit Alkohol im Jugendalter „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ und „NATOLL!“ sowie in der Kampagne zur Prävention von Suchtverhalten „Kinder stark machen“ u. a. Maßnahmen durchgeführt, die sich auf Schulen und Sportvereine konzentrieren.

Mit seinen inzwischen über 100 Projekten, die eine Vielzahl bestehender Projekte und Strukturen im Bund, in den Ländern und Kommunen aufgreifen und diese miteinander vernetzen, ist der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ eine nationale Strategie zur Stärkung und Etablierung gesundheitsförderlicher Alltagsstrukturen. Der überwiegende Teil der Projekte wie die „Aktionsbündnis Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“, die „Zentren für Bewegungsförderung“ in den Ländern und unterschiedliche Modellprojekte wird in Kindertageseinrichtungen, Schulen, Senioreneinrichtungen, Stadtteilen und Betrieben durchgeführt.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 78 und 79 verwiesen.

84. Welche Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme haben sich als besonders wirksam erwiesen?

Wie wird die Wirksamkeit jeweils definiert?

Welche konkreten Ziele wurden mit den Programmen verfolgt, und wie wurden die Erfolge gemessen?

Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme sind nach den Erkenntnissen der Bundesregierung dann erfolgreich, wenn sie mit einer klaren Zielset-

zung als langfristige Interventionen geplant und einer ständigen Wirksamkeitsprüfung – gemäß dem Public Health Action Cycle – unterzogen werden. Notwendige Rahmenbedingungen sind u. a. eine angemessene Finanzierung und feste Kooperationsstrukturen. Wirksamkeit wird definiert als Veränderung von Wissen, Einstellungen und Verhalten entsprechend den jeweiligen Kampagnenzielen.

Beispiele, die sich als besonders wirksam erwiesen haben, sind die Kampagne „Gib Aids keine Chance“ und die Jugendpräventionskampagne „rauchfrei“ der BZgA.

Die konkreten Ziele der Kampagne der BZgA „Gib Aids keine Chance“ sind:

- einen hohen Informationsstand der Bevölkerung zu Infektionsrisiken, Nichtrisiken und Schutzmöglichkeiten bez. HIV/AIDS herzustellen,
- hohe Schutzmotivation und Schutzverhalten in sexuellen Risikosituationen zu entwickeln,
- ein gesellschaftliches Klima gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV und AIDS zu erzeugen und zu stabilisieren.

Die konkreten Ziele der Jugendpräventionskampagne der BZgA „rauchfrei“ sind:

- das Wissen über Schadstoffe zu erhöhen,
- eine positive Einstellung zum Nichtrauchen zu fördern,
- den Einstieg in das Rauchen zu verhindern,
- den Ausstieg zu fördern.

Für die Messung der Zielerreichung werden Indikatoren festgelegt. Diese Indikatoren werden in den die Kampagnen begleitenden repräsentativen Untersuchungen der BZgA regelmäßig überprüft.

Wesentliche Untersuchungen sind: „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland“⁴, „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“⁵ sowie die geplante Untersuchung zur Alkoholprävention. Darüber hinaus werden weitere Indikatoren aus externen Datenquellen (z. B. Prävalenz- und Inzidenzzahlen) zur Beschreibung der Zielerreichung genutzt.

Das Projekt Betsi® „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern“ wird im Setting Betrieb durchgeführt. Zielgruppe der Präventionsleistungen sind Beschäftigte, bei denen erste, die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, ohne dass bereits ein Bedarf für medizinische Rehabilitationsleistungen besteht. Die Präventionsleistungen verfolgen dabei das Ziel, die Beschäftigungsfähigkeit der Teilnehmer frühzeitig und nachhaltig zu sichern. Als Schnittstelle zu den Betrieben und Unternehmen fungieren dabei die Betriebs- und Werksärzte, die Präventionsbedarfe bei den Beschäftigten identifizieren und die Beantragung entsprechender Leistungen unterstützen sollen. Dieser Modellversuch wird wissenschaftlich evaluiert. Ergebnisse liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor.

Folgende Interventionsziele stehen bei den Leistungen zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit im Vordergrund:

- Lebensstiländerung,
- Aktivitätsförderung,

⁴ Siehe auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2009, Mai 2010, Köln.

⁵ Siehe auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008, Juni 2009, Köln.

- besserer Umgang mit körperlicher und psychischer Anspannung,
- Problembewältigung im Arbeitsalltag,
- Förderung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen,
- bessere Körperwahrnehmung,
- Schmerzprophylaxe.

Unter Beachtung dieser Interventionsziele werden die Leistungen zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit berufsbegleitend erbracht und gliedern sich in eine kurze stationäre oder ganztägig ambulante Initialphase, eine längere ambulante Trainings- bzw. Verstetigungsphase sowie eine Nachsorgephase.

Der Modellversuch wird wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse der derzeit laufenden Evaluation von Betsi® werden 2011 publiziert.

Zentrales Ziel des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ ist es, bis 2020 eine nachhaltige Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie die Verhinderung der Zunahme von Übergewicht bei Kindern und die Verringerung der Zahl übergewichtiger Menschen zu erreichen. Die einzelnen Projekte verfolgen dabei unterschiedliche Teilziele. So sollen mit den „Aktionsbündnissen für gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ insbesondere durch die Vernetzung mit bestehenden Aktivitäten beispielsweise in Kindertagesstätten, Schulen, Vereinen, Senioreneinrichtungen und Stadtteilen tragfähige Kooperationen verankert werden. Die Zentren für Bewegungsförderung haben sich vorrangig zum Ziel gesetzt, ältere Menschen in ihrem Lebensumfeld zu mehr Alltagsbewegung zu motivieren. Dies geschieht z. B. durch Vereinbarungen mit Senioreneinrichtungen und Sportvereinen, Verabredungen mit Wohnungsbaugesellschaften zur Nutzung von Räumen und Flächen sowie gemeinsame Aktivitäten. Die unterschiedlichen Modellprojekte erproben einfache Zugangswege für unterschiedliche Zielgruppen und bearbeiten übergeordnete Fragestellungen. Diese Vorhaben verstehen sich als Initialmaßnahmen, die von den jeweiligen Akteuren übernommen und selbstständig weitergeführt werden. Die Erfahrungen werden derzeit ausgewertet und anschließend in Form von z. B. Empfehlungen und Handlungsleitlinien allen Interessierten zur Verfügung gestellt. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 85 verwiesen.

85. Welche konkreten Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um sogenannte Leuchtturmprojekte, also Projekte mit anerkannter guter Wirksamkeit, zu verstetigen und in die Fläche zu bringen?

Projekte der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten mit anerkannter Wirksamkeit können nur durch einen breiten Konsens und in Kooperation verstetigt und in die Fläche gebracht werden.

Der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ bündelt die bereits bestehenden vielfältigen Initiativen von Bund, Ländern, Kommunen und der Zivilgesellschaft in einer nationalen Strategie und trägt zur Etablierung gesundheitsförderlicher Alltagsstrukturen in den Bereichen Ernährung und Bewegung bei. Ziel ist es, die Kenntnisse über die Zusammenhänge von ausgewogener Ernährung, ausreichender Bewegung und Gesundheit weiter zu verbessern, zu gesunder Lebensweise zu motivieren und Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Wahrnehmung der Verantwortung jeder Einzelnen und jedes Einzelnen für die eigene Gesundheit und die der Familie zu fördern. Die Nachhaltigkeit und Verstetigung der Projekte wird durch den Ausbau und Aufbau tragfähiger Kooperationen sichergestellt. So wurden z. B. die Zentren für Bewegungsförderung vor-

wiegend bei den Landesvereinigungen für Gesundheit angesiedelt. Von dort aus wurden inzwischen wichtige Kooperationen z. B. mit den Landessportbünden geschlossen, die eine Kontinuität der Einrichtungen gewährleisten sollen.

Außerdem werden die positiven Ansätze und Erfahrungen durch die Erstellung von Modulen, Handlungsempfehlungen und Multiplikatorenschulungen weitergetragen. So werden zurzeit im Rahmen von IN FORM z. B. Handlungsempfehlungen für Bewegung im Alltag und Arbeitshilfen für die Qualitätssicherung in Projekten entwickelt. Außerdem erstellt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kitas, Schulen, Betrieben und Senioreneinrichtungen. Die Standards für „Essen auf Rädern“, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen werden derzeit erarbeitet. Diese werden in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Einrichtungen und Organisationen (z. B. Verbraucherzentralen oder der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenverbände) bundesweit verbreitet und es wird Hilfestellung für die Anwendung gegeben, u. a. durch die ebenfalls im Rahmen von IN FORM eingerichteten „Vernetzungsstellen für die Schulverpflegung“. Ebenso werden flächendeckende Strukturen von Verbänden genutzt, wie des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) mit seinem Netzwerkprogramm „Mehr Migrantinnen in den Sport“, des Deutschen Wanderverbandes mit „Wandern für Ältere“ und der Arbeiterwohlfahrt mit Bewegungsförderung in Kindertagesstätten.

Darüber hinaus hat die BZgA, wie bereits in der Beantwortung der Fragen 78 und 79 dargestellt, den Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ initiiert. Mit diesem Verbund wird eine Struktur geschaffen, über die der Transfer von einschlägigem Wissen und den Erfahrungen aus guter Interventionspraxis ermöglicht wird. In einer Modellphase wurden „Regionale Knoten“ für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in den Ländern von der BZgA in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen aufgebaut. Inzwischen gibt es „Regionale Knoten“ in allen Ländern. Sie werden inzwischen in der Regel hälftig aus Landesmitteln und hälftig von den Landesverbänden der Krankenkassen auch kassenartenübergreifend finanziert. Die „Regionalen Knoten“ identifizieren gute Praxisbeispiele, die in die Datenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ nach zuvor konsentierten Kriterien aufgenommen werden. Die so dokumentierten „guten Beispiele“ stehen damit für die landes- und bundesweite Verbreitung zur Verfügung. Der Transfer wird über Fortbildungsveranstaltungen und Kongresse unterstützt.

Auch erfolgreiche Einzelprojekte der BZgA sollen verstetigt werden. Hierzu zählt beispielsweise das Projekt „Ich geh’ zur U! Und Du?“, mit dem insbesondere in Gebieten der „Sozialen Stadt“ zur verstärkten Teilnahme an den Kinderuntersuchungen motiviert wird. Die BZgA wird in Kürze das Projektkonzept interessierten Ländern, Kommunen und Verbänden zur Verfügung stellen, einschließlich einer Handreichung zur eigenständigen Planung und Durchführung der Aktion und bei Bedarf ein Seminar zur Multiplikatorenschulung durchführen.

86. Wie will die Bundesregierung die im Koalitionsvertrag vereinbarte Stärkung der Präventionsforschung erreichen, obwohl ausdrücklich kein Präventionsgesetz geplant ist?

Die Bundesregierung hat die Stärkung der Präventionsforschung als wichtige Aktionslinie im Bedarfsfeld „Gesundheit/Ernährung“ der Hightech-Strategie 2020 für Deutschland verankert. Auch im neuen Rahmenprogramm Gesundheitsforschung, das am 8. Dezember 2010 veröffentlicht wurde, wird der Präventionsforschung eine prioritäre Bedeutung beigemessen. So wird beispielsweise ein Aktionsplan die Forschungsförderung zu allen für Präventionsforschung relevanten Ansätzen zusammenführen und interdisziplinär verknüpfen.

87. Wie steht die Bundesregierung zu der im 13. Kinder- und Jugendbericht geforderten „kostenfreien, gesunden Verpflegung für alle Heranwachsenden in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und Schule, ohne dass dies zu Kürzungen an anderer Stelle führt“, und welche Maßnahmen will sie ergreifen?

Die Regelung der Finanzierung der Verpflegung der Heranwachsenden in Schulen und Kindertagesstätten (Kitas) ist nicht Aufgabe der Bundesregierung, sondern der Länder und Kommunen. Die Bundesregierung ist sich jedoch bewusst, dass die Teilnahme an einer Gemeinschaftsverpflegung ein wichtiges Element der sozialen Teilhabe in Schulen und Kitas ist. Dementsprechend sieht der von der Bundesregierung beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vor, Kindern und Jugendlichen aus einkommensschwachen Haushalten einen Mehrbedarf zu gewähren, wenn sie an einer in schulischer Verantwortung angebotenen Mittagsverpflegung teilnehmen. Dies gilt auch für Kinder, die eine Kita besuchen.

Zur Förderung einer gesunden Ernährung in den oben genannten Einrichtungen hat die Bundesregierung im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ bundeseinheitliche Qualitätsstandards für die Verpflegung in Schulen und Kitas mit Hilfe von Expertengremien unter Leitung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V. entwickelt und veröffentlicht. Darüber hinaus fördert sie „Vernetzungsstellen Schulverpflegung“, bzw. „Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung“, deren Aufgabe die Bekanntmachung und Umsetzung dieser Qualitätsstandards unter Einbeziehung aller damit befassten Personengruppen, also auch Lehrerschaft, Eltern, Kinder bzw. Schülerinnen und Schüler, ist.

88. Wie bewertet die Bundesregierung die im 13. Kinder- und Jugendbericht aufgeführten zwölf Leitlinien zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen (S. 250 ff.)?

Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung zur Umsetzung und Implementierung dieser Leitlinien in die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen?

Die Bundesregierung begrüßt das Anliegen der Sachverständigenkommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nicht nur aus der Perspektive von Krankheit und gesundheitlicher Belastung zu betrachten, sondern die Aufmerksamkeit auf die gesundheitsbezogenen Potenziale und Ressourcen von Kindern und Jugendlichen zu lenken. Dabei griff die Sachverständigenkommission auf das Konzept der Salutogenese des Medizinsoziologen A. Antonovsky zurück (siehe Bundestagsdrucksache 16/12860, S. 56 ff.). Auf dieses Konzept nimmt die Kommission auch mit ihren zwölf Leitlinien Bezug, die sie im abschließenden Kapitel E des Berichts vorlegt. Sie versteht diese Leitlinien als Konkretisierungen des Konzepts der Salutogenese; zugleich dienen die zwölf Leitlinien auch als fachpolitische Ausrichtung zur Begründung der Empfehlungen der Kommission.

Die Bundesregierung sieht in dem Konzept der Salutogenese einen wichtigen Ausgangspunkt ihrer gesundheitsbezogenen Politik für junge Menschen. Die von der Sachverständigenkommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht formulierten zwölf Leitlinien stellen aus ihrer Sicht eine hilfreiche Orientierung und Anregung für die Fachpraxis und die Politik dar. Soweit dies in ihrer unmittelbaren Zuständigkeit liegt, unterstützt die Bundesregierung die Umsetzung dieser Leitlinien.

Neben der Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene werden die Aussagen des 13. Kinder- und Jugendberichts auch von der Fachpraxis in allen Feldern, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, rezipiert. Die bereits in großer Zahl durchgeführten Fachveranstaltungen zum 13. Kinder- und Jugendbericht zeigen, dass öffentliche und freie Träger sowie die Verbände die Thematik aufgegriffen haben und die zwölf Leitlinien eine hilfreiche Orientierung für die Fachpraxis darstellen.

Die BZgA orientiert sich bei der Umsetzung ihrer Maßnahmen für Kinder und Jugendliche an den zwölf Leitlinien, die im 13. Kinder- und Jugendbericht aufgeführt sind. Beispielsweise wird die achte Leitlinie: „Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug“ in den Materialien zur Förderung des Sozialverhaltens in der Grundschule „Achtsamkeit und Anerkennung“ umgesetzt.

Die zehnte Leitlinie „Interprofessionelle Vernetzung“ ist ein wesentlicher Bestandteil der Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“ zur Förderung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. An der Umsetzung sind Gesundheitsämter, Jugendämter, Ärzte und Ärztinnen, öffentliche Gesundheitsdienste, Quartiersmanager und Kindertagesstätten in sozialen Brennpunkten beteiligt. Die interprofessionelle Vernetzung ist auch eine wesentliche Leitlinie für die Umsetzungsstrategien des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ zur Prävention von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung. Zentral für die praktische Umsetzung „Früher Hilfen“ ist die enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe, der Schwangerschaftsberatung, der interdisziplinären Frühförderung und verschiedener sozialer Dienste.

Kinder/Familien

89. Wie hoch ist der Anteil von in einer Bedarfsgemeinschaft nach dem SGB II lebenden Kindern, und wie hoch ist er in der Gesamtbevölkerung?

Im April 2010 lebten in 1 202 658 Bedarfsgemeinschaften (33 Prozent aller Bedarfsgemeinschaften) 2 050 957 Kinder unter 18 Jahren. Der Anteil dieser Kinder an allen hilfebedürftigen Personen betrug 30 Prozent. Bezogen auf alle unter 18-Jährigen in der Bevölkerung ergibt sich ein Anteil von 16,5 Prozent (Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand: 2009).

90. Wie hat sich in den letzten 20 Jahren die Armut von Kindern in Deutschland entwickelt, und wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung (bitte in Jahresschritten auflisten)?

Bei einer Definition des Armutsbegriffs ist die Vielschichtigkeit von Armut zu betonen. Nicht nur fehlendes Einkommen, sondern auch der Mangel an Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe sowie das Fehlen individueller Ressourcen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die für eine aktive Lebensgestaltung notwendig sind, führen in eine unsichere Lebenssituation. Als Bereiche der gesellschaftlichen Teilhabe können materielle Situation, Gesundheit und Sicherheit, Bildung, Familie und Einbindung in soziale Netze, Wohnen und Wohnumfeld, Verhalten und Risiken sowie subjektives Wohlbefinden betrachtet werden.

Die Bundesregierung ergreift ein Bündel von Maßnahmen, um die Situation von Kindern in armutsgefährdeten Haushalten zu verbessern. Dies reicht von

vorbeugenden Maßnahmen, indem Anreize und Möglichkeiten zur Erwerbstätigkeit der Eltern gesetzt und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gestärkt werden, über die Verbesserung der Infrastruktur in Bildung und Betreuung durch Ausbau von Kinderbetreuung und Ganztagschulen bis zur gezielten Förderung hilfebedürftiger Kinder durch Sach- und Dienstleistungen im Rahmen des Bildungs- und Teilhabepaketes. Familien, die selbst kein existenzsicherndes Einkommen erwirtschaften können, werden durch unterstützende Leistungen so weit unterstützt, dass sie am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Betrachtet man die einzig auf die relative Einkommensdimension zielende Armutsrisikoquote nach EU-Konvention ergibt sich die in der nachfolgenden Tabelle dargestellte Entwicklung. Die Tabelle zeigt die aktuell verfügbaren Daten auf Basis der europaweiten amtlichen Erhebung „Leben in Europa“ (EU-SILC) und des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Ergänzend kann der Mikrozensus bei der Betrachtung des Armutsrisikos bestimmter Personengruppen oder Lebensformen herangezogen werden.

Armutsrisikoquote von Kindern bis 15 Jahren in %
(unterhalb von 60% des Medianäquivalenzeinkommens)

Jahr	EU-SILC	SOEP
1991	-	14,2
1992	-	13,1
1993	-	13,7
1994	-	18,4
1995	-	15,8
1996	-	13,8
1997	-	14,1
1998	-	13,9
1999	-	14,9
2000	-	14,7
2001	-	15,3
2002	-	16,9
2003	-	16,4
2004	11,6	18,3
2005	12,0	16,8
2006	13,9	14,6
2007	14,7	16,7
2008	14,6	16,1

Quellen:

- 1) Eurostat
- 2) Sonderauswertung im BMAS auf Basis SOEP 2009

Bei der Interpretation der Zahlen ist zu beachten, dass es sich bei der Zeitreihe aus EU-SILC um die ersten fünf Jahre einer Panelerhebung mit jeweils verändertem Auswahlverfahren handelt, so dass die Ergebnisse nur eingeschränkt vergleichbar sind. Mit 14,6 Prozent lag die Armutsrisikoquote von Kindern nach EU-SILC im Jahr 2008 dabei deutlich unterhalb des EU-Durchschnitts von rund 20 Prozent (2007).

Die Zeitreihe aus dem SOEP ist aufgrund einer Revision der Datenaufbereitung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) nicht mehr mit früheren Veröffentlichungen auf dieser Datenbasis vergleichbar. Mit den neuen Daten sind die großen Unterschiede des SOEP zu anderen Datenquellen insbesondere auch in Bezug auf das Kinderarmutsrisiko bereinigt. Den Daten des SOEP lässt sich eine leichte Tendenz für niedrigere Werte in den 90er-Jahren gegenüber den Jahren ab 2000 entnehmen. Zwischen den einzelnen Jahren gibt es an-

sonsten auf und ab schwankende Werte, deren Verlauf primär stichprobenbedingt sein dürfte.

91. Wie erklärt sich die Bundesregierung die Entwicklung der Kinderarmut seit 2005 angesichts ihrer Feststellung in der Stellungnahme zum 13. Kinder- und Jugendbericht, dass seit 2005 mehr gegen Kinderarmut getan wurde?

Impliziert diese Feststellung, dass die Maßnahmen weitgehend wirkungslos waren?

Wenn nicht, woran wird die Wirksamkeit der Maßnahmen festgemacht?

Mit Ausnahme der Einführung des Kinderzuschlags sind die in der Stellungnahme der Bundesregierung zum 13. Kinder- und Jugendbericht genannten Maßnahmen erst nach 2007 in Kraft getreten. Für den nachfolgenden Zeitraum liegen noch keine ausreichend gesicherten Daten vor (vgl. Antwort zu Frage 90).

Insbesondere wurde im Jahr 2008 der Kinderzuschlag in seiner Wirksamkeit gestärkt. Mit ihm werden inzwischen rund 300 000 Kinder erreicht; im Jahr 2007 waren es dagegen noch rund 100 000 Kinder. Zum 1. Januar 2009 wurde zudem das Kindergeld erhöht und stärker gestaffelt und mit dem Wachstumsbeschleunigungsgesetz zum 1. Januar 2010 nochmals um 20 Euro für jedes Kind erhöht, so dass nach Schätzung des Fraunhofer Instituts eine Armutsreduzierung für weitere 113 000 Kinder erzielt werden konnte. Auch das ifo-Institut stellte im Sommer 2009 fest, dass in den Jahren 2008 und 2009 die familienbezogenen Maßnahmen sowie die Änderungen bei Lohnsteuer und Sozialabgaben zu zum Teil erheblichen Steigerungen der Einkommen privater Haushalte geführt haben. Aufgrund des starken Gewichts der familienbezogenen Maßnahmen lagen die Einkommensverbesserungen bei den Familienhaushalten deutlich höher als bei den Haushalten ohne Kinder.

Es ist davon auszugehen, dass die finanzielle Situation von Kindern durch die seit 2007 ergriffenen Maßnahmen verbessert wurde. Neben finanziellen Aspekten spielen für das Wohlbefinden von Kindern aber auch Möglichkeiten der sozialen Teilhabe und Chancengerechtigkeit eine wichtige Rolle.

92. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass Kinder in Deutschland ein entscheidendes Armutsrisiko darstellen?

Was gedenkt die Bundesregierung zu unternehmen, um speziell arme bzw. von Armut bedrohte Familien davor zu bewahren, im Sozialstatus weiter zu sinken?

Die Lebenssituation von Kindern steht nicht allein, sondern ist eng mit der ihrer Eltern verknüpft. Kinder sind vor allem dann armutsgefährdet, wenn Eltern keiner Erwerbsarbeit nachgehen. In Haushalten, in denen kein Elternteil arbeitet, liegt die Armutsrisikoquote der Kinder bei 57 Prozent. In Haushalten, in denen beide Eltern arbeiten – auch Teilzeit und Vollzeit kombiniert – liegt die Armutsrisikoquote dagegen zwischen 4 und 6 Prozent (vgl. Familienreport 2010). Etwa die Hälfte der Mütter mit drei oder mehr Kindern arbeitet nicht; in kinderreichen Familien reicht das Einkommen eines Alleinverdieners daher oft nicht aus. Auch Alleinerziehende und Familien mit Migrationshintergrund gehen häufiger keiner (Vollzeit-)Erwerbstätigkeit nach.

Deshalb hat die Bundesregierung ein abgestimmtes Set von gezielten Maßnahmen entwickelt, um die Kinderarmut wirkungsvoll zu bekämpfen. Gezielte finanzielle Hilfen, mehr Familienorientierung in der Arbeitswelt und eine gute

Infrastruktur der Betreuung und Förderung für Kinder stehen hierbei im Mittelpunkt.

93. Wie bewertet die Bundesregierung die Armut von Kindern aus Familien, die Sozialleistungen in Anspruch nehmen müssen?

Wie will die Bundesregierung die Armut und damit die deutlich geringeren Gesundheitschancen dieser Kinder beseitigen?

Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt sie dabei für welchen Zeitraum?

Die Armutsrisikoschwelle steht nicht im Zusammenhang mit dem soziokulturellen Existenzminimum und erfasst auch keine Sachleistungen. Die Bedarfsätze im Zweiten und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch definieren das soziokulturelle Existenzminimum, das sich an den Ausgaben des untersten Quintils der Einkommensbezieher orientiert. Dieser Maßstab gibt an, was für ein menschenwürdiges Leben in unserer Gesellschaft mindestens erforderlich ist.

Die Armutsrisikoquote ist dagegen eine Kennziffer für die Einkommensverteilung. Sie liefert keine Information über individuelle Bedürftigkeit im Sinne von existenzieller Not. Ihre Höhe hängt wesentlich von der Definition der Armutsrisikoschwelle als Bezugsgröße (50, 60 oder 70 Prozent des mittleren Einkommens) und der Gewichtung der Haushaltsmitglieder bei der Bestimmung des Nettoäquivalenzeinkommens ab. Deshalb kann das Haushaltseinkommen einer Familie, je nach Abhängigkeit der Haushaltsgröße und den Hinzuverdienstmöglichkeiten und gewährten besonderen Bedarfen über oder auch unter der Armutsrisikoschwelle liegen.

Die vergleichsweise ungünstigere materielle Ausgangsbasis für Kinder und Jugendliche im SGB-II-Bezug darf jedoch nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Februar 2010 kein Hinderungsgrund sein, am Leben Gleichaltriger teilzuhaben. Aus dem Schutz der Menschenwürde und dem Sozialstaatsprinzip ergibt sich darüber hinaus die Verpflichtung, Kinder und Jugendliche in einer Art und Weise zu befähigen, dass sie später aus eigenen Kräften und damit unabhängig von staatlichen Fürsorgeleistungen leben können. Voraussetzung hierfür sind Fähigkeiten, die nur durch eine angemessene materielle Ausstattung für Bildung, die Ermöglichung von sozialer und kultureller Teilhabe sowie das Erlernen sozialer Kompetenzen erworben werden können.

Die materielle Ausstattung von Schülerinnen und Schülern im Bereich der notwendigen Schulbedarfe, die Teilnahme an schulischen Aktivitäten (z. B. eintägige Klassenfahrten) sowie im Bereich der sozialen und kulturellen Teilhabe werden deshalb nach Maßgabe des Entwurfs eines Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ab Januar 2011 gesondert und zielgerichtet erbracht, um gesellschaftliche Exklusionsprozesse in Zukunft zu vermeiden.

Zu einem kausalen Zusammenhang von Kindergesundheit und SGB-II-Leistungsbezug liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

94. Wie erklärt sich die Bundesregierung das höhere Armutsrisiko für Kinder mit zwei und mehr Geschwistern, und was will sie dagegen tun?

Verfolgt die Bundesregierung dabei konkrete, messbare Ziele für einen bestimmten Zeitraum?

Kinder sind vor allem dann von einem erhöhten Armutsrisiko betroffen, wenn sie in Haushalten mit geringer Erwerbsbeteiligung leben. Etwa die Hälfte der

Mütter mit drei oder mehr Kindern sind nicht erwerbstätig und rutschen deshalb unter die Armutsrisikoschwelle. Familie und Beruf besser miteinander zu vereinbaren, ist auch und gerade für diese kinderreichen Familien ein Weg aus der Armut. Auch deshalb hält die Bundesregierung am Ausbau der Kinderbetreuung unvermindert fest. Zudem setzt sich die Bundesregierung gemeinsam mit Wirtschaftsverbänden und Gewerkschaften seit 2006 im Unternehmensprogramm „Erfolgsfaktor Familie“ für familienfreundlichere Arbeitsbedingungen ein mit einem aktuellen Schwerpunkt im Bereich der familienbewussten Arbeitszeitgestaltung.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

95. Was gedenkt die Bundesregierung dagegen zu tun, dass selbst Kinder von voll erwerbstätigen Alleinerziehenden häufig zumindest zeitweise in Armut leben?

Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?

Kinder von Alleinerziehenden tragen ein hohes Risiko, in einer Familie mit einem Einkommen unterhalb der Armutsschwelle aufzuwachsen, jedoch verringert eine Vollzeitberufstätigkeit des alleinerziehenden Elternteils die Wahrscheinlichkeit beträchtlich, dass Kinder armutsgefährdet sind. Bei dieser Familienform ist die fehlende oder die nur in Teilzeit ausgeübte Erwerbstätigkeit ein wesentlicher Grund für das erhöhte Risiko der Armutsgefährdung für sich selbst und die Kinder.

Nach einer Sonderauswertung des Mikrozensus lebten 2009 39,8 Prozent aller ledigen minderjährigen Kinder von Alleinerziehenden in einem armutsgefährdeten Haushalt, dessen Äquivalenzeinkommen unterhalb 60 Prozent des mittleren Einkommens aller Privathaushalte (Median bezogen auf das gesamte Bundesgebiet) lag. Gingen die alleinerziehenden Eltern einer Vollzeittätigkeit nach, so betrug die entsprechende Armutsgefährdungsquote der ledigen minderjährigen Kinder nur noch 14,3 Prozent. Dieses Armutsrisiko liegt auf dem Niveau, das Kinder aus Paarfamilien haben, wenn nur einer der beiden Partner einer Vollzeittätigkeit nachgeht; die entsprechende Armutsgefährdungsquote lag 2009 bei 16 Prozent. Bezogen auf diese Vergleichsgruppe kann nicht davon gesprochen werden, dass trotz Vollzeitberufstätigkeit von Alleinerziehenden eine Armutsgefährdung besonders häufig auftreten würde. Über die jeweilige Dauer der Armutsgefährdung von Kindern in Alleinerziehendenhaushalten liegen aktuell keine belastbaren Daten vor.

Für die Bundesregierung nimmt der Zugang zu Erwerbsarbeit deshalb auch für Alleinerziehende die zentrale Rolle bei der Bekämpfung von Kinder- und Familienarmut ein. Gerade für diese Gruppe stellt sich die Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf noch einmal deutlicher als bei Paarhaushalten. Deshalb ist die Bundesregierung dabei, in Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit und anderen Akteuren die vorhandenen Unterstützungsstrukturen auszubauen und weiterzuentwickeln. Hierfür hat sich die Bundesregierung aber keine messbaren Zielgrößen vorgegeben.

Bei Erwerbstätigkeit bewirken sowohl ergänzende Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende als auch vor allem die vorrangigen Sozialleistungen, dass Einkommensarmut überwiegend vermieden werden kann. Mit den Kindergelderhöhungen zum 1. Januar 2009 (Erhöhung und stärkere Staffelung für das erste und zweite Kind auf 164, 170 für das dritte und ab dem vierten Kind 195 Euro) sowie durch die weitere Erhöhung zum 1. Januar 2010 (um 20 Euro für jedes Kind) im Rahmen des Wachstumsbeschleunigungsgesetzes ist der Anteil des Kindergeldes am Haushaltseinkommen in allen Haushaltstypen deutlich

gestiegen. In Alleinerziehendenhaushalten mit mehreren Kindern macht das Kindergeld seit 2010 fast 22 Prozent des Haushaltsnettoeinkommens aus.

Mit der Erhöhung des Kinderfreibetrags zum 1. Januar 2010 haben sich neben den zivilrechtlichen Mindestunterhaltsbeträgen auch die Unterhaltsvorschussleistungen für Kinder von 0 bis 5 Jahren von 117 auf 133 Euro und für Kinder von 6 bis 11 Jahren von 158 Euro auf 180 Euro erhöht. Etwa 500 000 Kinder von Alleinerziehenden beziehen diese Leistung. Darüber hinaus fördert der Kinderzuschlag gezielt Familien mit niedrigem Erwerbseinkommen, denen er zusammen mit dem Wohngeld ermöglicht, unabhängig von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu werden.

96. Gibt oder gab es Betreuungsprogramme in Kitas und Schulen, die speziell die gesundheitlichen Benachteiligungen von Kindern aus Familien mit hohem Risiko für gesundheitsgefährdendes Verhalten kompensieren sollen/sollten?

Falls ja, wie werden/wurden sie evaluiert, und welche Ergebnisse erbrachten die abgeschlossenen Programme?

Zu Betreuungsprogrammen in Kitas und Schulen, die speziell die gesundheitliche Benachteiligung von Kindern aus Familien mit hohem Risiko für gesundheitsgefährdendes Verhalten kompensieren sollen, liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

97. Welchen Einfluss auf die Gesundheitschancen von Kindern hat der Besuch einer Kita (bitte aufschlüsseln nach Halbtags- und Ganztagsbetreuung sowie nach dem Alter der Kinder unter 1 Jahr, 1 bis unter 3 Jahre und 3 Jahre bis zur Einschulung)?

Bildung, Erziehung und Betreuung in Tageseinrichtungen soll dazu beitragen, dass jedes Kind faire Chancen von Anfang an hat. Das Thema Gesundheit genießt in den Kindertageseinrichtungen eine hohe fachliche Aufmerksamkeit und hat auch in den Bildungsplänen der Länder einen angemessenen Stellenwert. Pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen haben die Aufgabe, die gesundheitliche Entwicklung der Kinder zu begleiten, zu unterstützen und anzuregen. Das bedeutet auch, sich an den Bedürfnissen des einzelnen Kindes zu orientieren, Begabungen frühzeitig in altersgerechter Form zu fördern und Benachteiligungen rechtzeitig zu erkennen und abzubauen. Auch unter dem Aspekt der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit hat der Ausbau eines bedarfsgerechten Angebots an Betreuungsplätzen für Kinder unter 3 Jahren oberste politische Priorität.

Durch die amtliche Statistik kann nicht der Einfluss des Kita-Besuchs auf die Gesundheitschancen von Kindern nachgewiesen werden. Generell kann davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitschancen von Kindern steigen, je umfangreicher das Angebot an qualitativ guten Betreuungsplätzen ist.

98. Welchen Einfluss hat die Schulform auf die Gesundheitschancen der Schulkinder (bitte getrennt angeben für Halb- und Ganztagschulen, nach Grundschule sowie bei weiterführenden Schulen nach Sonder-, Haupt-, Realschulen, Gymnasien, Gemeinschafts-/Gesamtschulen und integrative Schulen)?

Studien über die Verbesserung der Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen, die unterschiedliche Schulformen diesbezüglich vergleichen, liegen nicht vor.

Es wird davon ausgegangen, dass die Schulform selbst keinen nennenswerten Einfluss auf die Verbesserung der Gesundheitschancen von Schülerinnen und Schülern hat. Eine Bedeutung hat hingegen die gesundheitsförderliche Ausrichtung der einzelnen Schule. Schulen, die auf der Basis ihrer spezifischen Voraussetzungen ein abgestimmtes Konzept zur Gesundheitsförderung entwickeln und dies implementieren, tragen zur Förderung der Gesundheit ihrer Schülerinnen und Schüler bei.

99. Welche konkreten Maßnahmen hat die Bundesregierung mit ihrer Strategie zur Förderung der Kindergesundheit (siehe Stellungnahme der Bundesregierung zum 13. Kinder- und Jugendbericht, S. 5) umgesetzt?

Welche Ergebnisse und/oder Zwischenergebnisse liegen der Bundesregierung dazu vor?

Welche Schlüsse und Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

Die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit umfasst mehr als 90 Maßnahmen (siehe Anhang zur Strategie Kindergesundheit). Diese sind bereits weitgehend in der Umsetzung begriffen oder bereits umgesetzt. Auf eine Darstellung des jeweiligen Umsetzungsstandes und der Ergebnisse dieser zahlreichen Maßnahmen wird hier verzichtet, da dieses den Rahmen der Anfrage deutlich überschreiten würde. Bezüglich Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung wird zudem auf die Antwort zu den Fragen 78 bis 84 verwiesen; bezüglich der Maßnahmen des BMG und des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM wird auf die Antwort zu Frage 50 verwiesen.

Über die im Anhang der Strategie Kindergesundheit aufgeführten Maßnahmen hinaus hat die Bundesregierung zahlreiche weitere Maßnahmen umgesetzt, die zur Verbesserung der Kindergesundheit beitragen. Hierzu zählen zum Beispiel folgende Initiativen (die nachfolgende Aufzählung kann nur einen kleinen Ausschnitt der Aktivitäten der Bundesregierung wiedergeben und ist keinesfalls als abschließende Aufzählung oder prioritäre Benennung zu verstehen):

- Das BMG hat einen Förderschwerpunkt für Maßnahmen zur Verbesserung der Kindergesundheit für den Zeitraum 2009 bis 2012 eingerichtet. Hierin werden u. a. Projekte gefördert zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern (siehe Antwort zu Frage 101), zum Kinderuntersuchungsprogramm, zur Konzeption eines krankheitsübergreifenden Schulungsprogramms für chronisch kranke Kinder, zur Entwicklung einer Strategie zur Steigerung der Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, zur Ermittlung von Daten hinsichtlich des aktuellen Arzneimittelgebrauches bei Kindern und Jugendlichen, zur Unfallprävention sowie zur Vermittlung von Wissen über Trinkwasser und Gesundheit.
- Unter Federführung der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration tagt regelmäßig der Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, der sich auch mit Fragen der Kindergesundheit beschäftigt.
- Ein zentraler politischer Schwerpunkt im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ist die Verbesserung des Kinder- und Jugendschutzes. Hierzu werden im BMFSFJ zahlreiche Initiativen umgesetzt, wie – neben den in der Strategie Kindergesundheit benannten Aktivitäten wie das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ und die Einrichtung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen – beispielsweise die Einführung eines Kinderschutzgesetzes, Maßnahmen zur Verbesserung der Elternkompetenz und die Umsetzung von

Aufklärungs- und Sensibilisierungsaktivitäten (z. B. die Kampagne „Jugendschutz: Wir halten uns daran!“). Um pathologischer Mediennutzung vorzubeugen, setzt sich das BMFSFJ für die Stärkung von Elternverantwortung und Medienerziehungskompetenz ein (z. B. Initiative gemeinsam mit Vodafone und Medienpartnern „SCHAU HIN! Was deine Kinder machen“ und Projekt „Neue Medien in der Beziehungsberatung“).

- Das BMAS und das BMG engagieren sich gemeinsam für eine flächendeckende Umsetzung und ständige Verbesserung der Komplexleistung Frühförderung für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder auf der Grundlage des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Frühförderverordnung. Vom BMAS wurde eine Erhebung zum Stand der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung in der Praxis durchgeführt; am 16. November 2010 fand ein erstes Gespräch mit Vertretern der Rehabilitationsträger, der Leistungserbringer, den Verbänden behinderter Menschen und einer Vertreterin des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen zur Erörterung der Ergebnisse und möglicher weiterer Schritte statt. Insgesamt bestand Einigkeit darüber, dass in der Frühförderung eine tendenzielle Verbesserung zu verzeichnen ist, dennoch wird in bestimmten Bereichen weiterhin die Notwendigkeit einheitlicher Standards gesehen (z. B. in Bezug auf Korridorleistungen, Mindestumfang von Diagnostik, Begrenzung von Fördereinheiten, Nutzung von Pauschalen, Finanzierung des niedrigschwelligen Beratungsangebotes). Die Frage der konkreten Ausgestaltung dieser Standards ist offen geblieben, zunächst soll Anfang 2011 ein weiteres Gespräch auf Länderebene zum weiteren Vorgehen stattfinden.
- Mit der Verabschiedung des vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) initiierten Gesetzes zum Schutz vor nichtionisierender Strahlung (NiSG) im August 2009 hat Deutschland den Minderjährigenschutz erheblich gestärkt. Im NiSG ist unter anderem das Verbot der Nutzung von Solarien für Minderjährige festgeschrieben. Im Hinblick auf die besondere Empfindlichkeit von Kindern und Jugendlichen gegenüber UV-Strahlung hat das Bundesamt für Strahlenschutz zudem ein Aktionsprogramm „Sonne aber sicher“ entwickelt, in dessen Rahmen ein UV-Infomobil in Nord- und Süddeutschland unterwegs ist und Unterrichtsmaterialien für Eltern, Kitas und Schulen entwickelt wurden.
- Das BMU setzt sich in einem Modellprojekt für die Minderung von Umweltbelastungen im häuslichen Umfeld für Säuglinge und Kleinkinder sozial benachteiligter Familien und insbesondere Familien mit Migrationshintergrund ein. Der Schwerpunkt liegt auf Vor-Ort-Informationsangeboten für Familien; hierzu werden u. a. Multiplikatorenschulungen für Hebammen und Mitarbeiterinnen von Schwangerenberatungsstellen durchgeführt. Im gemeinsam vom BMU, BMG, BMELV und deren Bundesoberbehörden getragenen Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit werden umfassende Informationen zum Themenbereich Kinder, Umwelt und Gesundheit bereitgestellt (u. a. Broschüre „Start ins Leben – Einflüsse aus der Umwelt auf Säuglinge, ungeborene Kinder und die Fruchtbarkeit“, Bildungsmaterialien für Grundschulen zu Umwelt und Gesundheit, „Leitfaden für die Innenraumhygiene in Schulgebäuden“ der Innenraumlufthygiene-Kommission des Umweltbundesamtes). Das BMU setzt zudem verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Innenraumluftqualität in Kinderzimmern, zum Schutz vor Gehörschäden durch Diskothekenlärm und zur Erfassung und Bewertung der Umweltbelastungen von Kindern und Kleinkindern um.

100. Wie bewertet die Bundesregierung die im 13. Kinder- und Jugendbericht festgestellte Zunahme der chronischen Krankheiten im Kinder- und Jugendalter aufgrund der „Lebensverhältnisse wie etwa Armut, mangelnder Wohn- und Bewegungsraum“ (S. 78), und welche Konsequenzen und konkreten Maßnahmen ergeben sich für die Bundesregierung daraus?

Der aus dem 13. Kinder- und Jugendbericht zitierte Passus bezieht sich im Wesentlichen auf Übergewicht und Adipositas. Nach den Ergebnissen der Studie des RKI zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger übergewichtig oder adipös, jedoch seltener von allergischen Erkrankungen betroffen. Darüber hinaus konnten Zusammenhänge zwischen sozialem Status und der Auftretenshäufigkeit von chronischen Erkrankungen in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen – anders als bei Erwachsenen – bisher nicht belegt werden. Gesichert ist der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und allgemeinem Gesundheitszustand, Gesundheitschancen und -risiken.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus der niedrigsten sozialen Statusgruppe z. B. häufiger Verhaltensauffälligkeiten und Defizite der motorischen Entwicklung und ein im Schnitt ungünstigeres Gesundheitsverhalten aufweisen (u. a. körperliche Aktivität, Ernährung, Mundgesundheitsverhalten).

In der „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ sind die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit und die Minderung von Gesundheitsrisiken als zwei von vier zentralen Handlungsfeldern genannt und dazu Umsetzungsschritte und eine Zusammenstellung konkreter Maßnahmen beschrieben. Bei der Umsetzung bezieht die Bundesregierung auch die Handlungsempfehlungen des Berichtes „Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ des RKI, der BZgA und des Umweltbundesamtes ein, in dem Ergebnisse aus der KiGGS-Hauptstudie und der ergänzenden Module im Kontext von sozialer Ungleichheit und daraus abgeleitete Empfehlungen für verschiedene Handlungsfelder dargestellt sind. Hinsichtlich Maßnahmen zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung wird beispielhaft auf die Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM verwiesen (siehe auch Antwort zu Frage 50). Bezüglich weiterer Maßnahmen der Bundesregierung wird auf die Antwort zu Frage 27b der Großen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Ursachen und Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen“ von 2008 (Bundestagsdrucksache 16/9810) verwiesen.

101. Wie bewertet die Bundesregierung die im 13. Kinder- und Jugendbericht dargestellten Erkenntnisse, nach denen die gesundheitlichen Belastungen mit dem Schuleintritt bei Kindern, insbesondere bei Mädchen sowie bei Jungen aus sozial benachteiligten Lebensverhältnissen und mit Migrationshintergrund, steigen, und welche konkreten Maßnahmen leitet sie davon ab?

Im 13. Kinder- und Jugendbericht wird beschrieben, dass soziale Benachteiligung und Armut bei Heranwachsenden – besonders in Verbindung mit einem Migrationshintergrund – in hohem Maße mit gesundheitlichen Belastungen einhergehen. Dem Bericht zufolge steigen mit dem Schuleintritt „die gesundheitlichen Belastungen im Durchschnitt allgemein erkennbar an“. Kapitel 7 geht ausführlich auf die Altersgruppe der 6- bis unter 12-Jährigen und den Einfluss des Schuleintritts auf gesundheitliche Risiken und Ressourcen ein. Im Fokus der betrachteten Belastungen stehen dabei psychische und Verhaltensauffälligkeiten, Aufmerksamkeitsstörungen (z. B. ADHS), Angststörungen sowie Ent-

wicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Durch die spezifischen Anforderungen des Schulalltags treten einige dieser Störungen erstmals oder vermehrt in Erscheinung. Die dem Bericht zugrunde liegenden Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigen, dass Jungen bzw. Kinder aus der niedrigsten sozialen Statusgruppe deutlich häufiger Verhaltensauffälligkeiten zeigen oder eine ADHS-Diagnose haben als Mädchen bzw. Kinder der höchsten sozialen Statusgruppe. Kinder mit Migrationshintergrund zeigen häufiger Symptome von Verhaltensauffälligkeit als Kinder ohne Migrationshintergrund, haben aber seltener eine ADHS-Diagnose.

Die Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein zentrales Anliegen des BMG, das im Rahmen der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit auf breiter Basis verfolgt wird. Das BMG unterstützt nachdrücklich die gegenwärtige Aktualisierung des Kinderuntersuchungsprogramms durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und die dabei geplante Einbeziehung von Aspekten psychischer Gesundheit. In einer Studie lässt das BMG die Prädiktoren, den Verlauf und die Folgen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen untersuchen. In einem vom BMG geförderten Projekt des Deutschen Kinderschutzbundes werden die bewährten und erfolgreichen Elternfortbildungskurse „Starke Eltern – Starke Kinder“ um Aspekte der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erweitert. Im Rahmen eines weiteren Modellprojektes des BMG zur Förderung der psychischen Gesundheit in Ganztagschulen wird geprüft, welche Möglichkeiten der Gestaltung von Ganztagsangeboten zur Prävention psychischer Störungen bestehen, welche Chancen und Risiken die Ganztagschule diesbezüglich bietet und wie die Wirksamkeit bereits eingeführter Maßnahmen hierzu ist. Mit dem Projekt soll untersucht werden, ob Ganztagschulen ein Konzept zur Förderung psychischer Gesundheit dauerhaft in ihren Schulalltag integrieren können. Die Umsetzung schulspezifischer Maßnahmen fällt jedoch in die Zuständigkeit der Länder.

Um Schulen zu motivieren, Prävention und Gesundheitsförderung stärker in ihren Schulalltag zu integrieren, wurde der Deutsche Präventionspreis, ein Kooperationsprojekt des BMG, der BZgA und der Manfred Lautenschläger Stiftung, 2009 an Grundschulen und in diesem Jahr an Schulen der Sekundarstufe I verliehen, die die körperliche, geistige und seelische Entwicklung ihrer Schülerinnen und Schüler systematisch fördern. Die Förderung der psychischen Gesundheit war ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl der Preisträger.

102. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass 83 Prozent der Akademikerkinder studieren und nur 23 Prozent der Kinder von Nichtakademikereltern?

Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, die deutlich schlechteren Bildungschancen von Kindern aus bildungsfernen und einkommensschwächeren Familien zu verbessern?

Nach kontinuierlichem Rückgang bis 2006 ist der Anteil der Studierenden aus bildungsfernen Elternhäusern erstmals gestiegen. Die Ergebnisse der 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (DSW) zeigen, dass junge Menschen aus bildungsfernen Schichten zunehmend den Weg an die Hochschule wählen. Gegenüber 2006 stieg die Zahl der Studierenden aus „mittleren“ und „niedrigen Schichten“ im Jahr 2009 um 3 Prozentpunkte auf 41 Prozent. Gleichwohl müssen Bund und Länder weiterhin daran arbeiten, Chancengerechtigkeit bei der Bildungsbeteiligung zu verbessern. Der Bildungsstand der Eltern darf keine prägende Rolle für den Bildungsaufstieg spielen.

Besonders erfreulich ist, dass sich das Verhältnis der Bildungsbeteiligungsquoten von Akademiker- und Nichtakademikerkindern zueinander von 3,6:1 im

Jahr 2005 auf 3:1 in 2007 verbessert hat. Dabei hat die Bildungsbeteiligung an Hochschulen bei Akademikerkindern nachgelassen, allerdings auf hohem Niveau (von 83 Prozent auf 71 Prozent) innerhalb von nur zwei Jahren. Im Gegensatz dazu steigt die Beteiligung an Hochschulbildung bei Nichtakademikerkindern (von 23 Prozent auf 24 Prozent). Die Bildungsbeteiligungsquoten verweisen auf den engen Zusammenhang von Studienchancen und früher Förderung auch im Elternhaus. Da die „Bildungsbarrieren“ für Kinder aus Nichtakademikerhaushalten bereits im Bereich der Schule beginnen, müssen – im Rahmen der bundesstaatlichen Kompetenzordnung – alle Anstrengungen unternommen werden, um die Chancen für diese Kinder zu erhöhen.

Die Bekämpfung von Bildungsarmut hat Priorität für die Bildungspolitik. Die besten Lösungen werden vor Ort gefunden und dann, wenn die unterschiedlichen Akteure entlang der Bildungsbiographie eng zusammenarbeiten. Es ist geplant, lokale Bündnisse und Verantwortungsgemeinschaften zu stärken, in denen sich Vertreter der Kommunen, der Schulen, der Wirtschaft, der Wohlfahrtsverbände und Stiftungen zusammenschließen, um Kindern, deren Bildungserfolg gefährdet ist, zusätzliche Bildungsangebote wie den Besuch einer Musikschule, eines Sportvereins, die Teilnahme an einem Sommercamp oder die Begleitung durch einen Bildungspaten zu ermöglichen. Gerade Kindern aus Nichtakademikerfamilien fehlen häufig außerschulische Bildungsangebote, die aber den Erwerb der für den Bildungserfolg entscheidenden Kompetenzen ermöglichen.

Im Rahmen der verfassungsrechtlichen Kompetenzordnung fördert der Bund insbesondere die individuelle Ausbildungsfinanzierung zur Sicherung und Förderung von Chancengleichheit im Bildungswesen.

Das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) ist das Kernelement der staatlichen Ausbildungsförderung. In der fast 40-jährigen Geschichte des BAföG ging es stets darum, Chancengerechtigkeit in der Bildung zu verbessern und finanzielle Hürden auszuräumen, an denen individueller Bildungsaufstieg und Studienerfolg scheitern kann. Im Jahr 2009 wurden über 550 000 Studierende mit BAföG gefördert. Nach dem BAföG wurden 2009 zudem über 212 000 Schüler gefördert. Nachdem zuletzt zum Wintersemester 2008 die Bedarfsätze und Freibeträge deutlich um 10 Prozent bzw. 8 Prozent angehoben wurden, hat der Deutsche Bundestag das 23. BAföG-Änderungsgesetz beschlossen. Darin ist nicht nur vorgesehen, die Bedarfsätze und Freibeträge um 2 Prozent bzw. 3 Prozent anzuheben, sondern auch erhebliche strukturelle Anpassungen an neue Entwicklungen der Studienstruktur und an gesellschaftliche Veränderungen bei den Ausbildungs- und Erwerbsbiografien. Dazu gehören neben der Anhebung der Altersgrenze beim Master, der erweiterten Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten bei der Altersgrenze und der durchgängigen Förderung mit der so genannten Normalförderung nach erstmaligem Fachrichtungswechsel ohne Bankdarlehen am Studienende auch erhebliche Verwaltungsvereinfachungen, die den Studierenden direkt zu Gute kommen, wie die komplette Pauschalierung der Wohnkosten oder die Berücksichtigung von ECTS-Leistungspunkten (ECTS: European Transfer Credit System) beim Leistungsnachweis.

103. Wie bewertet es die Bundesregierung, dass alleinerziehende Frauen 2,4-mal häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen als Frauen mit einem Lebenspartner (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 85)?

Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen ergreift die Bundesregierung zum Wohle der Gesundheit alleinerziehender Frauen?

Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei für welchen Zeitraum?

Die Gruppe der Alleinerziehenden ist heterogen und nicht immer ist alleinerziehende Elternschaft mit gesundheitlichen Belastungen und finanziellen Problemlagen assoziiert. Entsprechend ihrer jeweiligen Lebenssituation sind alleinerziehende Frauen unterschiedlich stark durch psychosoziale und gesundheitliche Risiken belastet. Sie verfügen über ein unterschiedliches Maß an Ressourcen. Im Hinblick auf die Gesundheit von Alleinerziehenden spielen vor allem die Anforderungen im haushalts- und familienorganisatorischen Bereich sowie die häufig schlechte finanzielle Situation eine Rolle. Dies kann zu körperlichen und psychischen Überlastungen führen, insbesondere dann, wenn mehrere Kinder zu versorgen und im sozialen Umfeld keine anderen Erwachsenen erreichbar sind, die die Alltagsorgen teilen, emotionale Unterstützung geben und organisatorische Hilfen anbieten (Kolip, Lademann 2006; RKI 2003a).

Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren auf breiter Ebene und in verschiedenen Bereichen Maßnahmen und Initiativen unterstützt und gefördert, die darauf abzielen, belastende Lebenssituationen und daraus entstehende psychosoziale und gesundheitliche Risiken von Alleinerziehenden zu verbessern. Eine große Bedeutung kommt dabei den Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Frauen und Männer in Familienverantwortung zu, die seit dem 1. April 2007 Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind, wenn sie medizinisch indiziert sind. Diese Maßnahmen können einen Beitrag dazu leisten, dass Erkrankungen im Zusammenhang mit besonderen familiären Belastungssituationen für Alleinerziehende und ihre Kinder sich nicht in Form von langfristigen Beeinträchtigungen der Gesundheit und Lebensqualität manifestieren. Von besonderer Bedeutung ist auch der Anspruch der Alleinerziehenden gegenüber ihrer Krankenkasse nach § 45 Absatz 2 Satz 1 SGB V. Danach haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld bei einer Erkrankung ihres versicherten Kindes für längstens 10 Arbeitstage im Kalenderjahr. Für alleinerziehende Versicherte verlängert sich dieser Anspruch auf längstens 20 Arbeitstage im Kalenderjahr. Ebenso tragen die Lokalen Bündnisse für Familien (www.lokalebuendnisse-fuer-familie.de) sowie das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser (www.mehrgenerationenhaeuser.de) mit ihren vielfältigen Angeboten wie familienunterstützende Dienstleistungen, generationsübergreifende Netzwerke und Kinderbetreuung zur Entlastung Alleinerziehender bei. Neben diesen Angeboten ist insbesondere die Unterstützung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Alleinerziehende wichtig. Diesem Ziel dienen spezifische Maßnahmen der Bundesregierung wie z. B. das Modellprojekt „Vereinbarkeit für Alleinerziehende“ des BMFSFJ und das neue, hieran anknüpfende finanzierte Programm des Europäischen Sozialfonds (EFS) „Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende“ des BMAS.

104. Warum wird bei allen Pressemitteilungen und Veröffentlichungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zur Drogenaffinitätsstudie 2008 auf die Erfolge beim Rauchverhalten der Kinder und Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren hingewiesen, ohne zu veröffentlichen, dass die Erfolge allein an Realschulen und Gymnasien erzielt wurden, während die Hauptschülerinnen und -schüler nicht erreicht wurden?

Die Aktivitäten der Tabakprävention der vergangenen Jahre waren insgesamt erfolgreich. Die Quote der rauchenden Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren konnte von 28 Prozent im Jahr 2001 auf 15 Prozent im Jahr 2008 gesenkt werden. Die größten Erfolge in der Reduktion der Raucherquote werden in der Sekundarstufe I bei Schülerinnen und Schülern an Gymnasien, Realschulen und Gesamtschulen deutlich. Eine statistisch signifikante Senkung der Raucherquote an Hauptschulen zeigt sich in diesem Zeitraum nicht. Auf diese differenzierte Darstellung der Entwicklung im Rauchverhalten nach den ver-

schiedenen Schultypen ist auch mehrfach durch die BZgA hingewiesen worden, so z. B. bereits im Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Jahr 2008⁶ oder nochmals ganz aktuell im Frühjahr 2010 im Rahmen des Artikels „Tabakprävention an Schulen. Ein Erfolgsmodell.“⁷ im Bundesgesundheitsblatt differenziert berichtet.

105. In welchem Ausmaß sind Kinder aus einkommensschwachen Familien gesundheitlich benachteiligt gegenüber Kindern aus einkommensstarken Familien?

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys zeigen, dass die Einkommenssituation des Haushaltes in vielen Bereichen einen Zusammenhang mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigt. Dies erweist sich bereits bei der Elterneinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen. Während etwa die Hälfte der Eltern mit hohem Einkommen die Gesundheit ihrer 3- bis 10-jährigen Kinder als „sehr gut“ einschätzt, macht nur knapp ein Drittel der Eltern mit niedrigem Einkommen diese Aussage. Sehr deutliche Unterschiede ergeben sich in Bezug auf das Auftreten von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten sowie Essstörungen. So zeigen z. B. 11- bis 17-jährige Jungen aus einkommensschwachen Haushalten nach Einschätzung ihrer Eltern fast dreimal so häufig psychische Auffälligkeiten wie gleichaltrige Jungen aus Familien mit hohem Einkommen. Auch bezüglich Übergewicht und Adipositas und der körperlich-sportlichen Aktivität, der Passivrauchbelastung und der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen zeichnen sich Unterschiede zwischen Einkommensgruppen ab. Hingegen konnten Zusammenhänge zwischen sozialem Status und der Auftretenshäufigkeit von chronischen Erkrankungen in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen bisher nicht belegt werden.

Die KiGGS-Ergebnisse zeigen gleichzeitig, dass neben dem Einkommen auch der Bildungsgrad der Eltern einen deutlichen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder besitzt. So treten beispielsweise in bildungsfernen Haushalten bei deutlich mehr Kindern (14,7 Prozent der 3- bis 10-jährigen Jungen) psychische Auffälligkeiten auf als bei hochgebildeten Eltern (5,2 Prozent der Jungen der o. g. Altersgruppe). Auch für die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas sowie für das Rauchverhalten gilt, dass der Anteil an betroffenen Kindern umso höher ist, je geringer die Bildung der Eltern ist. Die sportlichen Aktivitäten der Kinder und Jugendlichen stehen ebenfalls in einem engen Zusammenhang mit dem Bildungsgrad der Eltern. Weitere wichtige Einflussfaktoren sind u. a. die familiäre Lebensform (so ist das Risiko für psychische Auffälligkeiten insbesondere bei den 3- bis 10-jährigen Jungen in Einelternfamilien erhöht), die Integration in Gleichaltrigengruppen insbesondere während der Adoleszenz und die Schulform der Kinder.

106. Inwieweit ist es bei den Kampagnen, die von der Bundesregierung finanziert, initiiert oder unterstützt wurden, nachweislich gelungen, die Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen armen und wohlhabenden Kindern zu verringern (bitte Evaluationsergebnisse und -kriterien anführen)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 63 verwiesen.

⁶ Siehe auch Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht 2008, S. 40 bis 41, Mai 2008.

⁷ Rakete, G., Strunk, M. und Lang, P. 2010: Tabakprävention in Schulen. Ein Erfolgsmodell. In: Bundesgesundheitsblatt 2010, S.170 bis 177.

107. Ist der Ausbau der Betreuungsquote nach Ansicht der Bundesregierung eine Möglichkeit, die Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern zu verringern?

Welche Maßnahmen wurden seit 2005 ergriffen, um die Betreuungsquote von Kindern zu erhöhen?

In welchem Maße konnten Erfolge nachgewiesen werden?

Seit dem 16. Dezember 2008 ist das Kinderförderungsgesetz in Kraft. Danach soll es bis zum Jahr 2013 bundesweit im Durchschnitt für 35 Prozent der Kinder unter drei Jahren einen Betreuungsplatz geben. Rund ein Drittel der neuen Plätze werden in der Kindertagespflege geschaffen. In 2013 wird es für jedes Kind mit Vollendung des ersten Lebensjahres einen Rechtsanspruch auf Förderung in einer Tageseinrichtung oder in der Tagespflege geben. Eine gute Kinderbetreuung und frühe Förderung für alle Kinder gehören zu den wichtigsten Zukunftsaufgaben in Deutschland. Damit junge Menschen ihren Wunsch nach Kindern auch verwirklichen können, sind bedarfsgerechte Betreuungsangebote und gute Qualität der Betreuungsangebote zu gewährleisten. Die Bundesregierung betrachtet gesunde Ernährung und die Möglichkeit zur ausreichenden Bewegung als Grundvoraussetzungen einer gesunden Entwicklung von Kindern, die auch in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege erfüllt sein sollten.

Der Bund beteiligt sich an den Kosten des Ausbaus bis zum Jahr 2013 zu einem Drittel mit insgesamt 4 Mrd. Euro. Davon stehen 2,15 Mrd. Euro für Investitionsmittel bereit; weitere 1,85 Mrd. Euro entlasten die Bundesländer bei der Finanzierung der Betriebskosten. Ab dem Jahr 2014 unterstützt der Bund die Länder mit jährlich 770 Mio. Euro an der Finanzierung der Betriebskosten. Der Bund geht davon aus, dass die für den Ausbau der Kindertagesbetreuung vereinbarten Mittel von allen Beteiligten bereitgestellt werden. Diese Vereinbarungen sind unverändert gültig, ebenso wie die Finanzierungsbeteiligung des Bundes im Rahmen des Tagesbetreuungsbaugesetzes 2005, mit dem die erste Stufe des Ausbaus der Kindertagesbetreuung erfolgte.

Darüber hinaus stellt der Bund im Rahmen des konjunkturpolitischen Maßnahmenpakets II mit dem Zukunftsinvestitionsgesetz 10 Mrd. Euro als Finanzhilfen für zusätzliche Investitionen der Kommunen und Länder in den Jahren 2009 und 2010 zur Verfügung, die auch 2011 noch zur Finanzierung bereits begonnener Maßnahmen genutzt werden können. Auf Investitionen mit Schwerpunkt Bildungsinfrastruktur entfallen 65 Prozent der Finanzhilfen des Bundes, also 6,5 Mrd. Euro. Diese können auch für den Ausbau der Infrastruktur der frühkindlichen Bildung verwendet werden.

Frühe Förderung von Anfang an erhöht die Chancengleichheit von Kindern und schafft gleichzeitig Wahlfreiheit für die Eltern. Aus diesem Grund hat die Bundesregierung in den letzten Jahren die Anstrengungen für den Ausbau der Betreuung von unter dreijährigen Kindern verstärkt. Seit 2006 steigt die Betreuungsquote in Deutschland kontinuierlich an und beträgt im März 2009 bundesweit 20 Prozent. Dabei sind regional unterschiedliche Ausbaustrategien zur Erreichung des bundesweiten Durchschnittsziels einer Versorgungsquote von 35 Prozent aller unter Dreijährigen durchaus gewollt. Dennoch muss vor allem in Westdeutschland die Ausbaudynamik verstärkt werden, um in 2013 eine Versorgungsquote von 35 Prozent zu erreichen.

108. Hat die Bundesregierung vor, zur Verbesserung der Zugänglichkeit von Präventionsmaßnahmen für Kinder aus bildungsfernen Familien den Ausbau der Kinderbetreuung voranzutreiben?

Falls ja, welche Maßnahmen sind geplant, und welche Betreuungsquote strebt die Bundesregierung für welchen Zeithorizont an?

Betreuungswünsche und Betreuungsbedarfe von Eltern werden im Zweiten Zwischenbericht zur Evaluation des Kinderförderungsgesetzes 2011 erhoben und fließen in die Überlegungen der Bundesregierung zum quantitativen Ausbau der Betreuung von Kindern unter drei Jahren ein. In der frühen Förderung von Kindern sieht die Bundesregierung einen wichtigen Beitrag zu einer besseren Chancengleichheit von Kindern aus bildungsferneren Schichten.

109. Aus welchen Erkenntnissen leitet die Bundesregierung ab, ob der im Koalitionsvertrag vereinbarte Ausbau der Angebote an Familienbildung für eine gesunde Ernährung von Kindern und Erwachsenen Menschen mit geringem Einkommen und insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund erreicht?

Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung für Menschen mit geringem Einkommen und insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund in welchem Zeitraum?

Es wird auf die Antwort zu Frage 50 verwiesen.

110. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die im Koalitionsvertrag vereinbarte Verbesserung der Rahmenbedingungen für Alleinerziehende durch ein Maßnahmenpaket zu verwirklichen?

Woraus leitet die Bundesregierung ab, dass die Maßnahmen die Armutsrate von Kindern Alleinerziehender effektiv und nachhaltig verringern?

Welche konkreten messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?

Die Bundesregierung hat mit dem vom BMAS vorgelegten „Konzept für die Erhöhung von Wirtschaftlichkeit und Wirkung der eingliederungsorientierten Arbeitsmarktpolitik in der Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (Offensivkonzept) vier Bereiche definiert, bei denen durch neue Anstrengungen die Wirksamkeit der Arbeitsförderung erhöht werden soll. Einer dieser Bereiche ist die Förderung von Alleinerziehenden. Ergänzend zu den bisherigen Aktivitäten der Bundesagentur für Arbeit wurde daher die Erschließung von Beschäftigungschancen für Alleinerziehende als ein geschäftspolitischer Schwerpunkt der Bundesagentur für Arbeit für die Jahre 2010/2011 gesetzt. Der Ausbau und die Verfestigung von Netzwerkstrukturen auf lokaler sowie überregionaler Ebene zählt dabei ebenso zu den maßgeblichen Handlungsschwerpunkten wie auch die verstärkte Einwerbung zusätzlicher Kinderbetreuungsplätze. Darüber hinaus verstärkt die Bundesagentur für Arbeit die Akquise familienfreundlicher Arbeitsplätze mit dem Ziel, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. In Anbetracht der demographischen Entwicklung wird die frühzeitige Aktivierung auch von denjenigen Alleinerziehenden, denen aufgrund von Einschränkungen in der Zumutbarkeit durch die Betreuung von unter dreijährigen Kindern eine Beschäftigung zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht möglich erscheint, verstärkt betrieben. Qualifikationsdefizite von Alleinerziehenden sollen durch eine auf den Einzelfall zugeschnittene, verstärkte Förderung behoben werden.

Das BMAS flankiert die verstärkten Aktivierungs- und Integrationsbemühungen der Bundesagentur für Arbeit zugunsten von Alleinerziehenden durch zwei ESF-finanzierte Bundesprogramme: „Gute Arbeit für Alleinerziehende“ und „Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende“. An den 77 Projekten des seit 2009 laufenden Programms „Gute Arbeit für Alleinerziehende“ ist ein Fünftel aller Grundsicherungsstellen beteiligt. Erprobt werden innovative Konzepte zur Aktivierung, zur Integration in Erwerbstätigkeit sowie zur sozialen und beschäftigungsbezogenen Stabilisierung von hilfebedürftigen Alleinerziehenden. Da lokale bzw. regionale Unterstützungsnetzwerke dazu beitragen können, dass Alleinerziehende Arbeit aufnehmen und ihre Erwerbstätigkeit mit ihren Betreuungsaufgaben vereinbaren können, wird das BMAS mit dem weiteren Programm in den Jahren 2011 bis 2013 an mindestens 100 Standorten bundesweit den Auf- und Ausbau von Unterstützungsstrukturen vor Ort fördern. Die örtlichen Agenturen für Arbeit oder Jobcenter sind zwingend in die Netzwerke einzubeziehen. Ziel des Programms ist, erfolgreiche Ansätze in die Regelorganisation der beteiligten Netzwerkakteure, insbesondere auch der Jobcenter, zu überführen.

Das BMFSFJ unterstützt zudem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Alleinerziehende in der Initiative Lokale Bündnisse für Familie. Seit Mai 2009 haben 50 Bündnisse die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Alleinerziehende gesondert aufgegriffen mit dem Ziel, Angebote in der Arbeitsvermittlung, Familienberatung und Kinderbetreuung zu verknüpfen, um diese in Dienstleistungsketten auf die Lebenssituation der Alleinerziehenden zugeschnitten anzubieten. Die Lokalen Bündnisse greifen dabei auf Ergebnisse von zwölf Pilotstandorten aus dem abgeschlossenen Modellprojekt „Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Alleinerziehende“ zurück, die in einem Onlinenetzwerkhandbuch auf den Seiten des BMFSFJ allen Akteuren zur Verfügung stehen.

Die Bundesregierung verfolgt das Ziel der Integration Alleinerziehender in Arbeit dauerhaft und ist nicht der Auffassung, dass dieses Ziel nur zeitlich befristet verfolgt werden sollte. Messbare Zielgrößen hat sich die Bundesregierung bei der Umsetzung der geschilderten Maßnahmen nicht vorgegeben. Allerdings wird künftig für alle Jobcenter des SGB II die Kennzahl „Integrationsquote der Alleinerziehenden“ veröffentlicht. Sie ist eine so genannten Ergänzungsgröße in der Verordnung des BMAS zur Festlegung der Kennzahlen nach § 48a SGB II.

111. Inwiefern sind messbare Verbesserungen durch die Kooperation des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) mit der Bundesagentur für Arbeit (BA) „Perspektiven für Alleinerziehende“ im Hinblick auf die Gesundheitssituation der betroffenen Erwachsenen und Kinder aufgetreten?

Die Verbesserung der Gesundheitssituation bei Alleinerziehenden und ihrer Kinder ist keine direkte Fragestellung bei der Kooperation zwischen dem BMAS, dem BMFSFJ und der Bundesagentur für Arbeit. Insofern liegen auch keine Erkenntnisse hieraus vor.

112. In welchem Maß spielt die Gesundheitsförderung in den Bildungsplänen der Bundesländer eine Rolle, und gibt es von Seiten der Bundesregierung Bemühungen, die Bildungspläne in Deutschland diesbezüglich zu homogenisieren?

Die Erstellung von Bildungsplänen und deren inhaltliche Gestaltung liegen in alleiniger Verantwortung der Länder.

113. Wie möchte die Bundesregierung zukünftig sicherstellen, dass der im 13. Kinder- und Jugendbericht ausgewiesene Mangel an empirischen Daten „über die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe in den Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung“ (S. 31) behoben wird?

Die Sachverständigenkommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht macht mehrfach deutlich, dass mit dem Thema des Berichts für die Kinder- und Jugendhilfe Neuland betreten wurde. Eine besondere Leistung des 13. Kinder- und Jugendberichts ist auch darin zu sehen, dass erstmals ein Überblick bezogen auf die Datenlage und den Forschungsstand zu Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung und der gesundheitsbezogenen Prävention gegeben wird.

Bei der aktuellen Diskussion zur Verbesserung des Kinderschutzes hat sich gezeigt, dass die Datenlage zur Wahrnehmung des Schutzauftrags in der Kinder- und Jugendhilfe unzureichend ist. Mit dem Bundeskinderschutzgesetz wird die Bundesregierung einen wichtigen Schritt hin zu einer besseren Datenbasis gehen. In der Kinder- und Jugendhilfestatistik soll es künftig eine Erhebung zur Verbesserung des Schutzauftrags geben (§ 8a SGB VIII). Daraus werden künftig wichtige Erkenntnisse vor allem über die Wahrnehmung des Schutzauftrags durch die Jugendämter gewonnen werden können, so dass eine fundierte Grundlage für die Weiterentwicklung des Kinderschutzes in Deutschland vorhanden ist.

114. Wie möchte die Bundesregierung zukünftig sicherstellen, dass der im 13. Kinder- und Jugendbericht kritisierte „ausgewiesene Mangel an Evaluation der Wirksamkeit der in der Praxis realisierten Angebote“ in der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen (S. 39) behoben wird?

Der 13. Kinder- und Jugendbericht formuliert Anforderungen an verschiedene Ebenen. Die in Rede stehende Forderung beschreibt ein in der Praxis beobachtetes Defizit, für dessen Behebung in erster Linie die Kommunen und Länder sowie die freien Träger selbst zuständig sind.

Die Bundesregierung sorgt in ihrem Zuständigkeitsbereich für die Qualitätssicherung ihrer präventiven Maßnahmen und unterstützt die Länder bei der Implementierung von wirksamen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention. Die BZgA hat sowohl für individuelle Angebote der Prävention als auch für Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Settings Qualitätskriterien (u. a.: „Gute Praxis – Kriterien“ in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, „Gut drauf – Zertifizierung“ für Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit den Themen „Ernährung, Bewegung, Stressreduktion“) entwickelt, erprobt und wendet diese an. Des Weiteren wird das von der BZgA entwickelte Qualitätssicherungsverfahren QIP im Rahmen zweistufiger Versorgungsanalysen eingesetzt:

- zur Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) in Kindertagesstätten (Bestandsaufnahme Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten – BeGKi); derzeit prüft die BZgA im Rahmen einer Wiederholungsstudie (BeGKi-Monitor 2010), wie sich die Versorgungslage mit Maßnahmen der PGF entwickelt hat;
- weitere Themen zweistufiger Versorgungsanalysen;
- Maßnahmen zur Reduktion von Adipositas für Kinder und Jugendliche;
- Maßnahmen zu Prävention und Behandlung von Essstörungen.

Dem Qualitätssicherungsansatz der BZgA liegt ein Modell zugrunde, das mit der Situationsanalyse (Bedarf, Voraussetzungen für Maßnahmen) beginnt, über Planung, Durchführung und Auswertung geht und die Erkenntnisse wieder in einen Prozess einmünden lässt, bei dem wiederum die Neubewertung der Ausgangssituation (veränderte Voraussetzungen für Maßnahmen, Bedarfe) am Anfang steht. Dieser „Entwicklungskreislauf“, der das Vorgehen von gesundheitsfördernden Maßnahmen beschreibt, ist als Public Health Action Cycle bekannt. Die Dimensionen für wirkungsbezogene Qualität (Konzept, Planung, Mitwirkende und Kooperationspartner, Umsetzung/Verbreitung, Verlaufsgestaltung, Dokumentation/Evaluation und Reflexion/Qualitätsentwicklung) können darin verortet werden.

Darüber hinaus wurde aus den Mitteln des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ mit der Toolbox „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ den Aktiven in den Stadtteilen konkrete Unterstützung und Antworten auf Fragen zur gesundheitsfördernden Arbeit im Quartier gegeben. Vorbildliche Beispiele geben Anregungen und zeigen zudem Standards und Möglichkeiten der Qualitätssicherung gesundheitsfördernder Arbeit auf.

115. Welche Studien sind der Bundesregierung bekannt, die den Zusammenhang zwischen Werbung für alkoholische Getränke und deren Konsum durch Kinder und Jugendliche unterschiedlicher Schichten untersuchen, und was sind die Ergebnisse der Studien?

Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

International gibt es eine Reihe von Studien, die den Zusammenhang zwischen Werbung für alkoholische Getränke und deren Konsum durch Kinder und Jugendliche untersuchen. Die jüngste Übersicht über die vorhandenen longitudinalen (und damit methodisch anspruchvollsten) Studien liefert die Arbeit von Anderson et al. „Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies.“ (Alcohol & Alcoholism 2009, 44, 229 bis 243). Die Studien erheben zwar zumeist die soziale Schicht der befragten Jugendlichen, gehen aber der Frage des Zusammenhangs von Alkoholwerbung und Alkoholkonsum unterschiedlicher sozialer Schichten nicht explizit nach. Es gibt Hinweise, dass Jugendliche niedrigerer sozialer Schichten häufiger Alkoholwerbung sehen als Jugendliche höherer sozialer Schichten.

Weitere Ergebnisse der Studien: 12 von 13 untersuchten Studien zeigen eine Korrelation zwischen der Häufigkeit der Alkoholwerbung und des Medienkontakts und der Wahrscheinlichkeit, mit der Jugendliche mit dem Trinken von Alkohol beginnen sowie der konsumierten Menge. Diese Zusammenhänge sind nicht abhängig von sozialer Schicht und gelten somit für alle Jugendlichen. Eine deutsche Studie von Herrn Prof. Dr. Reiner Hanewinkel, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung gGmbH, Kiel (2009) im Auftrag der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) hatte einen linearen Dosis-Wirkungs-Zusammenhang zwischen der Exposition mit Alkoholwerbung und verschiedenen Alkoholkonsumvariablen von Jugendlichen, darunter Lebenszeitkonsum, aktueller Konsum und „Binge Drinking“ bestätigt.

Minderjährige aller sozialer Schichten sind daher vor Alkoholwerbung zu schützen. In Deutschland gibt es hierfür ausreichende Regelungen.

116. Wie erklärt sich die Bundesregierung die deutliche Zunahme von vorzeitigen Schulabgängern und Schulabgängerinnen zwischen 1996 und 2006 in Ostdeutschland (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 59)?

Die Anzahl von Schulabgängerinnen und Schulabgängern ohne Abschluss in den Ländern liegt an der unterschiedlichen Ausgestaltung der Schulen und der vorhandenen Rahmenbedingungen. Schulstrukturelle Belange liegen in alleiniger Verantwortung der Länder. Der Bund unterstützt die Länder jedoch bei dem Ziel, die Quote der Schulabbrecher bis 2015 auf 4 Prozent zu senken.

Menschen mit Behinderungen

117. Wie wird die Bundesregierung Artikel 25 Buchstabe a der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen umsetzen, nach der „Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschweringliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard [...] wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens“ bereitgestellt werden muss?

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland haben alle Versicherten prinzipiell den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen und Krankheitsursache. Die Bundesregierung wird darüber hinaus im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention die besonderen Belange von Menschen mit Behinderung bei der Gesundheitsversorgung in einem eigenen Handlungsfeld „Gesundheit, Prävention, Rehabilitation und Pflege“ einbeziehen. Dazu werden auf Grundlage der beim Kongress „Teilhabe braucht Visionen“ entwickelten Leitgedanken und Ziele für den Aktionsplan, gemeinsam mit allen gesellschaftlichen Gruppen, konkrete Maßnahmen und Projekte erarbeitet und diskutiert, um die UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen. Nach Einigung über die Maßnahmen zur Umsetzung des Übereinkommens wird der Aktionsplan dem Bundeskabinett zur Beschlussfassung vorgelegt. Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang bei der Entwicklung der konkreten Maßnahmen und Projekte des Aktionsplans Fragen der „Gesundheitsversorgung“ für Menschen mit Behinderung einfließen, kann zurzeit noch nicht beantwortet werden.

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen führt eine Tagungsreihe „Gesundheit für Menschen mit Behinderung – Zwischen Ansprüchen der UN-Konvention, Kostendämpfung und Wirklichkeit“ durch, die dazu dienen soll, Schwachstellen in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen zu identifizieren. Die erste Veranstaltung am 10. und 11. November 2010 zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat u. a. gezeigt, dass die betroffenen Menschen einen engeren Dialog mit der Politik wünschen. Der Beauftragte greift diese Forderung auf und wird entsprechend dem Motto „Nichts über uns ohne uns“ eine Diskussion zwischen den Betroffenen und der Politik initiieren. Weitere Einzelheiten können dem Internetauftritt des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Behinderten entnommen werden (www.behindertenbeauftragter.de).

118. Berücksichtigt die Bundesregierung bei ihren Reformplänen besonders die Wirkungen auf die gesundheitliche Versorgung von chronisch Kranken und behinderten Menschen?

Wird die Bundesregierung in ihrem nächsten Bericht alle nachteiligen Auswirkungen der gesundheitspolitischen Entwicklungen im Hinblick

auf die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe aufgreifen?

Die Bundesregierung berücksichtigt bei ihren Gesetzesvorhaben grundsätzlich die Wirkungen auf die gesundheitliche Versorgung von chronisch kranken und behinderten Menschen. Sie ist dazu auch durch die Grundsatzvorschrift des § 2a SGB V verpflichtet: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen“. Entsprechende Maßnahmen dazu wurden zuletzt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 und das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung 2008 getroffen.

Alle künftigen gesundheitspolitischen Maßnahmen der Bundesregierung werden mit den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention in Einklang stehen, damit keine nachteiligen Auswirkungen auf die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe entstehen.

119. Welche Daten liegen der Bundesregierung vor bezüglich der barrierefreien Gestaltung von Praxisräumen, Kliniken sowie Verwaltungs- und Dienstgebäuden der Sozialleistungsträger (§ 15 Absatz 1 Nummer 4 SGB I)?

Wie groß ist die Anzahl barrierefreier gynäkologischer Praxen mit einem entsprechend verstellbaren gynäkologischen Behandlungsstuhl (bitte aufschlüsseln nach Bundesländern)?

Wird die Bundesregierung Maßnahmen der Länder zur Förderung der Barrierefreiheit im Sozialsystem über das Konjunkturpaket II hinaus fördern?

Zur Teilfrage nach der barrierefreien Gestaltung von Praxisräumen liegen der Bundesregierung keine hinreichenden Daten vor. Entsprechende Daten werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht erhoben.

Es gibt aber Initiativen in einzelnen Bundesländern, um das Thema barrierefreie Arztpraxen voranzubringen. So haben beispielsweise auf Betreiben der ehemaligen Beauftragten der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen, Angelika Gemkow, im September vergangenen Jahres die Ärztekammer Nordrhein, die Ärztekammer Westfalen-Lippe, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, die Zahnärztekammer Nordrhein, die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe und die Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE NRW e. V. die gemeinsame Erklärung „Mehr barrierefreie Arztpraxen in Nordrhein-Westfalen“ unterzeichnet. Die gemeinsame Erklärung soll einen Impuls geben, um in den nächsten Jahren die Zahl der barrierefreien Arztpraxen und Einrichtungen der ambulanten medizinischen Versorgung für NRW schrittweise zu erhöhen. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bietet auf ihrer Webseite www.kvno.de/buerger/arztuche/index.html eine Datenbank an, die rund 2000 barrierefreie Praxen auflistet. Eine solche Datenbank steht auch zur bundesweiten Suche im Internet über die Stiftung Gesundheit zur Verfügung. Auf seinem Internet-Portal www.einfach-teilhabe.de bietet das BMAS über eine Kooperation mit der Stiftung Gesundheit diesen Service gezielt an: Über die elektronische Arzt- und Kliniksuche lassen sich in der bundesweiten Detailsuche nach Fachärzten auch Auskünfte über die Barrierefreiheit bzw. die rollstuhlgerechte Ausgestaltung der Arztpraxen sowie deren Erreichbarkeit erfragen.

Zur barrierefreien Gestaltung von Kliniken liegen der Bundesregierung keine differenzierten Daten vor. Bei den für die barrierefreie Gestaltung von Kliniken erforderlichen Mitteln handelt es sich um Investitionskosten der Krankenhäuser, deren Finanzierung in die Zuständigkeit der Länder fällt. Nach Mitteilung

der Länder ist die barrierefreie Gestaltung unter Berücksichtigung der jeweiligen landesspezifischen baurechtlichen Anforderungen für öffentlich zugängliche Gebäude auch im Klinikbereich sowohl bei Neubauten als auch bei Sanierungsmaßnahmen bereits seit langem allgemeiner Standard, der strikt eingehalten wird.

Es kann daher davon ausgegangen werden, dass hinsichtlich der barrierefreien Gestaltung von Kliniken kein nennenswerter Nachholbedarf besteht.

Auch entsprechende Daten über die barrierefreie Gestaltung von Verwaltungs- und Dienstgebäuden der Sozialleistungsträger sind der Bundesregierung nicht bekannt.

Das Thema „Barrierefreie Medizin“ wird im Rahmen der unter Frage 117 genannten Gesundheitstagungsgreihe des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen bei der Veranstaltung am 21. und 22. Februar 2011 behandelt, um weitergehende Erkenntnisse zu gewinnen.

120. Wie viele Menschen haben bisher auf der Grundlage des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus für Menschen mit Behinderungen Assistenzleistungen beantragt und in Anspruch genommen?

Wie viele diesbezügliche Anträge wurden abgelehnt und mit welchen Begründungen (bitte alles aufschlüsseln nach Bundesländern und für Reha-Einrichtungen, Kuren sowie für Mutter-Kind-Einrichtungen)?

Es liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse darüber vor, in welchem quantitativen Ausmaß Menschen mit Behinderung, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs für Menschen mit Behinderung im Krankenhaus infolge der Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts zur Akutbehandlung die Assistenzleistungen nach dem Fünften, Elften und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch beantragt und in Anspruch genommen haben. Dies gilt auch für die Weiterzahlung des Pflegegeldes nach § 34 Absatz 2 Satz 2 SGB XI bei Inanspruchnahme einer Leistung der häuslichen Krankenpflege und der stationären medizinischen Rehabilitation.

121. Welche Maßnahmen zur quantitativen und qualitativen Evaluierung der Assistenzleistungen gibt es seitens der Bundesregierung sowie durch andere Behörden und Institutionen?

Welchen Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf leitet die Bundesregierung daraus ab?

Maßnahmen zur quantitativen und qualitativen Evaluierung der Assistenzleistungen nach dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs für Menschen mit Behinderung im Krankenhaus sind nicht gesetzlich verankert.

Im Übrigen hat sich der Gesetzgeber darauf beschränkt, dass pflegebedürftige Menschen mit Behinderung die von ihnen beschäftigten besonderen Pflegekräfte bei Krankenhausaufenthalten weiter beschäftigen können, um damit schnellstmöglich eine bisherige Regelungslücke zu bereits bestehenden Bestimmungen zu schließen.

Die Beschränkung des anspruchsberechtigten Personenkreises erfolgte aufgrund der Tatsache, dass im Rahmen eines Expertengesprächs insbesondere für diesen Personenkreis ein besonderer Pflegebedarf festgestellt werden konnte, der über die pflegerischen Leistungen im Rahmen der stationären Kranken-

hausbehandlung gemäß § 39 SGB V hinausgeht. Eine Erweiterung des Leistungsanspruchs ist nicht vorgesehen.

Soziale Ungleichheit und Pflegebedürftigkeit

122. Welchen Einfluss haben nach Ansicht der Bundesregierung die folgenden Faktoren auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit:

- a) Alter;
- b) Geschlecht;
- c) Familie und soziale Netzwerke;
- d) Einkommen und Vermögen;
- e) Bildung;
- f) berufliche Stellung und
- g) Behinderung

(bitte begründen unter Angabe der zu Grunde liegenden wissenschaftlichen Studien und bitte getrennt für die einzelnen Faktoren jeweils für sich und relativ zu den anderen Faktoren angeben)?

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus diesen Erkenntnissen?

123. Welchen Effekt hat nach Ansicht der Bundesregierung soziale Ungleichheit im höheren Lebensalter auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit?

Wie bewertet die Bundesregierung die Erkenntnis, dass „die sozioökonomische Position nicht nur [...] einen signifikanten Einfluss auf das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ausübt, sondern zugleich auch auf das Risiko einer möglichen Pflegebedürftigkeit einwirkt“ (Borchert/Rothgang 2009)?

Inwieweit lassen sich hierbei Unterschiede zwischen den verschiedenen Pflegestufen feststellen?

Die Fragen 122 und 123 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der maßgebende Faktor für das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist das Alter. Während das Risiko pflegebedürftig zu sein bei den unter 60-Jährigen nur 0,8 Prozent beträgt, sind von den über 80-Jährigen schon 29 Prozent pflegebedürftig. Infolge der höheren Lebenserwartung von Frauen wirkt sich der Faktor Alter bei ihnen stärker aus als bei Männern. Entsprechend sind knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen Frauen. Für den Einfluss der anderen genannten Faktoren auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit liegen der Bundesregierung keine gesicherten Erkenntnisse vor. Lediglich ein Vergleich der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung mit einem in den meisten Altersgruppen leicht höheren Anteil von Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung deutet auf einen gewissen Einfluss der sozioökonomischen Position auf das Pflegerisiko hin. Vor diesem Hintergrund kommt es der Bundesregierung darauf an, eine gesundheitsbewusste Lebensführung bei allen Bevölkerungsgruppen zu fördern, was in begrenztem Umfang auch das Risiko der Pflegebedürftigkeit reduzieren kann.

124. Wie bewertet die Bundesregierung Studienergebnisse, denen zufolge der Begutachtungsprozess durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durch die soziale Schicht des Antragstellers/der An-

tragstellerin mit beeinflusst wird (Simon, M., Das Gesundheitssystem in Deutschland, 2003)?

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist in § 18 SGB XI und in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit vom 8. Juni 2009 abschließend geregelt. Die Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) sind verpflichtet, die Prüfung ausschließlich auf der Grundlage dieser Vorgaben durchzuführen. Die Qualität der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung wird auf der Grundlage der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Qualitätssicherung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung vom 23. September 2004 regelmäßig geprüft. Danach finden für die einzelnen MDK interne und sowie MDK-übergreifend Qualitätsprüfungen der Begutachtungen statt, deren Ergebnisse in jährlichen Berichten veröffentlicht werden. In den letzten Jahren weisen danach die Begutachtungsergebnisse einen hohen Qualitätsstandard aus. Vor diesem Hintergrund sind die in der Studie enthaltenen Schlussfolgerungen nicht zutreffend. Bereits im „Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003“, S. 33 bis 38, hat sich der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit der Argumentation des Autors auseinandergesetzt und sie entkräftet.

125. Ist nach Einschätzung der Bundesregierung die Vermutung zutreffend, dass Personen aus höheren sozialen Schichten ihre Interessen gegenüber den Begutachterinnen und Begutachtern des MDK beispielsweise infolge eines besseren Verhandlungsvermögens besser durchsetzen können (bitte begründen)?

Liegen der Bundesregierung spezifische Daten für Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit Behinderungen vor?

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt im Rahmen eines standardisierten Verfahrens nach einheitlichen Kriterien gemäß § 18 SGB XI und den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit vom 8. Juni 2009. Diese Kriterien sind bundesweit gültig und ausschließliche Grundlage für die Begutachtung durch den MDK. Da der MDK nur die faktischen Voraussetzungen für die Pflegebedürftigkeit erhebt und die Entscheidung über die Feststellung der Pflegestufe bei den Pflegekassen liegt, besteht keine Grundlage für eine Verhandlung zwischen dem Gutachter des MDK und dem Versicherten.

Spezifische Daten für Menschen mit Migrationshintergrund liegen der Bundesregierung nicht vor. Die statistischen Auswertungen der Begutachtungsergebnisse erfolgen auf der Grundlage des in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit vom 8. Juni 2009 festgelegten Formulargutachtens. Das Formulargutachten enthält keine personenspezifischen Fragen, die nicht unmittelbar mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang stehen.

Der Bundesregierung liegen in diesem Zusammenhang auch keine spezifischen Daten für Menschen mit Behinderung vor. Das Vorliegen einer Behinderung nach § 2 SGB IX ist nicht Gegenstand der Begutachtung.

126. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer sozialen Lage vor?

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus Studien, dass Menschen mit einem niedrigen Sozialstatus am ehesten auf Pflege durch Angehörige angewiesen sind (vgl. Blinkert/Klie 2009)?

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer sozialen Lage liegen der Bundesregierung keine statistischen Angaben vor. Grundsätzlich können Pflegebedürftige die Art ihrer Versorgung (Pflegegeld, ambulante Sachleistungen oder vollstationäre Pflege) unabhängig von ihren Einkommens- und Vermögensverhältnissen frei wählen und haben bei finanzieller Bedürftigkeit Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege). Gleichwohl können die soziale Lage und insbesondere das Ausmaß der Erwerbstätigkeit von Angehörigen, die als Pflegepersonen infrage kommen, diese Wahlentscheidung beeinflussen.

127. Wie viele Stunden pro Woche bzw. pro Tag (bitte arithmetisches Mittel und Median angeben) pflegen im Durchschnitt privat pflegende Angehörige?

Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass der Umfang dieser Pflegearbeit so groß ist, dass „die Schaffung von 3,2 Millionen Erwerbsarbeitsplätzen in Vollzeit möglich wäre“ (Backes u. a. 2009)?

Wenn nein, welchem Umfang an Vollzeitstellen (39 Wochenstunden) entspricht die privat erbrachte Pflegeleistung?

Der Bundesregierung liegen keine statistischen Angaben über den Umfang der Pfl egetätigkeit pflegender Angehöriger vor. Die genannte Größenordnung von 3,2 Millionen Vollzeitstellen erscheint aber deutlich zu hoch, da dies einer Tätigkeit von fast 3 Vollzeitstellen je Pflegegeldempfänger entsprechen würde.

128. Wie viele der privat pflegenden Angehörigen sind Frauen, und wie groß ist ihr Anteil an allen pflegenden Angehörigen?

Wie ist die Altersstruktur der privat pflegenden Angehörigen?

Wie viele privat pflegende Angehörige sind im erwerbsfähigen Alter?

Wie viele privat pflegende Angehörige davon sind

a) in Vollzeit,

b) in Teilzeit

erwerbstätig?

Wie viele privat pflegende Angehörige haben ihre Erwerbsarbeit aufgrund der Übernahme von Pflegearbeit aufgegeben bzw. reduziert?

Wie viele privat pflegende Angehörige sind auf Leistungen nach dem SGB II oder dem SGB XII zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes angewiesen, und wie viele von ihnen sind erst durch die Übernahme der Pflege bedürftig geworden?

Aktuelle Erkenntnisse zur Situation der pflegenden Angehörigen erwartet die Bundesregierung aus der Studie „Wirkung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Die Studie wird derzeit ausgewertet.

129. In welchem Umfang werden Pflegeleistungen und allgemeine Assistenzaufgaben in Deutschland durch nicht angehörige Personen privat erbracht?

Wie viele dieser Personen erbringen diese Leistung unentgeltlich?

Wie viele dieser Personen bekommen neben Kost und Logis lediglich ein Taschengeld?

Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich des Gesundheitsschutzes, der Arbeitsbedingungen, des Unfallschutzes und der sozialen Absicherung (Rente, Erwerbslosigkeit, Krankheit) dieser Personen?

Auch aktuelle Angaben zu nicht angehörigen privaten Pflegepersonen erwartet die Bundesregierung aus der Studie „Wirkung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, die derzeit ausgewertet wird. Für Pflegepersonen besteht generell ein umfassender Unfallschutz. Beschäftigte sind, auch wenn sie nur geringes Entgelt bekommen, kraft Gesetzes versichert; auf eine Meldung beim Unfallversicherungsträger kommt es dabei nicht an. Ebenso sind ehrenamtlich und damit unentgeltlich Pflegenden versichert. Auch für Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen, besteht Versicherungsschutz (§ 2 Absatz 1 Nummern 1, 9 und 19 SGB VII). Aufgrund der häufigen Möglichkeit der beitragsfreien Familienversicherung der ehrenamtlichen Pflegepersonen wurde bei Einführung der Pflegeversicherung auf einen gesonderten Krankenversicherungsschutz für ehrenamtlich Pflegenden verzichtet. Entsprechendes gilt für die Zahlung von Arbeitslosenversicherungsbeiträgen. Bei Inanspruchnahme der Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz werden seit Mitte 2008 Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und bei nicht vorhandener Familienversicherung auch Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung bezahlt.

130. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der Erkenntnis, dass die derzeitige Konzeption der Pflegeversicherung – insbesondere das ihr zu Grunde liegende Subsidiaritätsprinzip – die Geschlechterhierarchien verstärkt (Backes u. a., 2009)?

Welcher politische Handlungsbedarf zur Reform der Pflegeversicherung resultiert nach Ansicht der Bundesregierung aus dem Wandel der Familienstrukturen, der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen und den steigenden Anforderungen der Arbeitswelt, in deren Folge bereits gegenwärtig ein Trend zur professionellen Pflege festzustellen ist?

Die Pflegeversicherung verstärkt nicht Geschlechterhierarchien, vielmehr erfolgt eine Gewährung der Leistungen der Pflegeversicherung geschlechtsunabhängig.

Ziel der Bundesregierung ist es, die Pflegeversicherung und die Rahmenbedingungen für die pflegerische Versorgung so weiterzuentwickeln, dass auch in Zukunft das Recht auf eine würdevolle Pflege und Betreuung eingelöst werden kann.

Neben einer dauerhaft tragfähigen und nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung ist dazu unter anderem eine ausreichende Zahl an adäquat qualifizierten Pflege- und Betreuungskräften sowie eine zukunftsfeste Versorgungs- und Angebotsstruktur erforderlich, die auch weiterhin eine Versorgung auf hohem Niveau garantiert. Dabei müssen etwa überflüssige bürokratische Belastungen weiter reduziert werden, um die begrenzten Ressourcen soweit als möglich für die Versorgung nach den Wünschen der pflege- und hilfebedürftigen Menschen bereitzustellen. Diesem Ziel dient auch eine größere Flexibilität und Transparenz bei der Auswahl der Pflegeleistungen, die einhergehen müssen mit einer Qualitätssicherung, die sich noch stärker auf die Pflegeergebnisse konzentriert. Hierfür wurden bereits wichtige Grundlagen gelegt, die von der Praxis jetzt mit Leben erfüllt werden müssen.

Insgesamt ist dafür zu sorgen, dass noch stärker als bisher eine wohnortnahe Versorgungsstruktur entwickelt wird, die auf die Wünsche der Menschen hin ausgerichtet ist und nicht umgekehrt. Hierfür sind stabile häusliche Versorgungsformen eine wesentliche Grundlage, ohne jedoch die Fortentwicklung der stationären Versorgung zu vernachlässigen.

Hinzu kommt, dass neben einem stabilen professionellen Versorgungsangebot auch das zivilgesellschaftliche Engagement eine Rolle erhalten muss. Dabei muss der Eigenwert des zivilgesellschaftlichen und bürgerschaftlichen Engagements als gesellschaftliche Ressource, die ein würdevolles Zusammenleben fördert, im Vordergrund stehen.

Ferner prüft die Bundesregierung wie durch geeignete Maßnahmen Erwerbstätigkeit und Pflege besser in Einklang gebracht werden können.

Gesundheit und Geschlecht

131. In welchen Bereichen sieht die Bundesregierung hinsichtlich einer geschlechtergerechten Gesundheitspolitik den größten Nachhol- und Handlungsbedarf?
132. Welche konkreten Ziele und Vorhaben verfolgt die Bundesregierung, um eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik konsequent umzusetzen?
133. Welche Erkenntnisse über die Über-, Unter- und Fehlversorgung beider Geschlechter liegen der Bundesregierung vor, und was unternimmt sie, um diese Missstände zu beheben?

Die Fragen 131 bis 133 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung den gleichen Zugang von Frauen und Männern zu Gesundheitsdiensten und -einrichtungen gewährleistet. Unabhängig vom Geschlecht, Alter und Einkommen erhält jede bzw. jeder die gesundheitlichen Leistungen, die notwendig sind. Hierbei kommen die Fortschritte der Medizin und Medizintechnik Frauen und Männern gleichermaßen zugute. Die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich am Bedarf der Versicherten aus. Individuelle Aspekte und geschlechtsspezifische Belange sind hierin eingeschlossen.

Die Bundesregierung unterstützt die Förderung einer geschlechtsspezifischen Sichtweise im Gesundheitsbereich mit dem Ziel auf den unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems von der Prävention über Diagnose, Therapie und Rehabilitation bis hin zur Selbsthilfe eine zielgenaue, bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung für Frauen und Männer sicherzustellen. Sie hat mit einer Reihe von Maßnahmen dafür Sorge getragen, dass geschlechtsspezifische Unterschiede stärker berücksichtigt werden.

So werden beispielsweise bei Gesundheitsforschungsvorhaben der Bundesregierung geschlechtsspezifische Unterschiede regelmäßig und systematisch berücksichtigt. Das bedeutet in allen Phasen gleichstellungsorientiert vorzugehen und Gender-Aspekte im gesamten Prozess des Forschungsprojektes einzufordern. Zudem wurde speziell zu frauenspezifischen Themen Forschungsaufträge vergeben.

Außerdem verfolgt die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), soweit belastbare Zahlen vorliegen, eine genderspezifische Darstellung. Durch den Aufbau eines Gesundheitsmonitorings am RKI wird sich die Datenlage in Hinblick auf genderspezifische Aspekte künftig noch weiter verbessern. Die GBE

wird daher mittelfristig die genderorientierte Darstellung deutlich erweitern können.

Auch die BZgA gestaltet ihre Aufklärungskampagnen geschlechtersensibel. Neben der Darstellung von ungleichen Gesundheitsgefahren für Männer und Frauen, werden die Zielgruppen z. T. auch mit verschiedenen Botschaften erreicht. Auf ihrem Internetportal www.rauchfrei-info.de zum Thema Nichtrauchen hat die BZgA zum Welt Nichtrauchertag am 31. Mai 2010 z. B. in einem neuen Themenschwerpunkt „Frauen und Rauchen“ ausführliche Informationen über frauenspezifische Gesundheitsrisiken, die Gefahren des Rauchens in der Schwangerschaft und nach der Geburt sowie über speziell auf Frauen zugeschnittene Tabak-Vermarktungsstrategien zusammengestellt.

Ein weiteres Beispiel für die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten ist die Schwerpunktsetzung der diesjährigen Jahrestagung der Drogenbeauftragten. Sie hat das Thema „Alkohol für Frauen (k)ein Problem“.

Das BMG hat aktuelle frauenspezifische Gesundheitsinformationen z. B. zum Erhalt der seelischen Gesundheit von Frauen, den Einfluss von Bewegung auf die psychische Gesundheit oder gesundheitliche Prävention für Frauen in der 2. Lebenshälfte veröffentlicht. Seit 2006 informiert darüber hinaus das im Auftrag des BMG erstellte „Frauengesundheitsportal“ der BZgA qualitätsgesichert über Frauengesundheitsthemen. Ein entsprechendes Angebot für Männer ist in Vorbereitung.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der Unterschiede in der Lebenserwartung von Frauen und Männern sind bei allen Maßnahmen der Bundesregierung, die auf gesundes Altern zielen, geschlechts- und lebensspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Dem hat die Bundesregierung bereits in vielen Bereichen Rechnung getragen. So fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung sechs Forschungsverbände, die zentrale Herausforderungen für die Erhaltung der Gesundheit im Alter bearbeiten. Im Fokus stehen die spezifischen Aspekte der Multimorbidität sowie die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und der Autonomie im Alter in vielen Bereichen. Dabei wird zunehmend zwischen Frauen und Männern differenziert.

Auch bei der Erarbeitung des Gesundheitszieles „Gesund älter werden“ als einem von der Bundesregierung unterstützten Gesundheitszieleprozesses des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“, die derzeit erfolgt, liegt ein Schwerpunkt auf der Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede.

Vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Unterschiede in den körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten des Alterns, hat das BMG zum ersten Mal eine wissenschaftliche fundierte Untersuchung der „Gesundheitlichen Prävention bei Frauen in der 2. Lebenshälfte“ in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse wurden 2008 sowohl als Forschungsbericht wie auch als Information mit Handlungsempfehlungen für Frauen veröffentlicht.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind auch bei den Teilnahmeraten an Früherkennungsuntersuchungen zu verzeichnen. Zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene liegen folgende Daten z. T. auf Grundlage von Schätzungen vor:

- Im Jahr 2008 nahmen 21,2 Prozent der männlichen und 47,4 Prozent der weiblichen gesetzlich Versicherten an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil.
- Für die Bezugsjahre 2002 bis 2004 nahmen etwa 79 Prozent der 20- bis 25-Jährigen, 74 Prozent der 40- bis 45-Jährigen, 62 Prozent der 60- bis 65-Jährigen und 16 Prozent der über 80-Jährigen mindestens einmal innerhalb von drei Jahren an der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung teil. Die regelhafte

jährliche Teilnahme war hingegen niedrig und lag für die oben genannten Altersgruppen bei etwa 27 Prozent, 25 Prozent, 25 Prozent und 3 Prozent.

- Die gesamtdeutsche Teilnahmerate für das Mammographie-Screening lag mit bzw. ohne Selbsteinladerinnen im Jahre 2007 bei 53,6 Prozent bzw. 48,7 Prozent.
- Bezogen auf das zweijährliche Intervall 2007/2008 nahmen 29,4 Prozent der Männer und 37,7 Prozent der Frauen im Altersbereich von 55 bis 74 Jahre einen FOBT (Stuhlbluttest) in Anspruch.
- Die gegenwärtige 5-jährliche kumulative Teilnahmerate für die Früherkennungskoloskopie in der Altersgruppe der 55- bis 74-jährigen Versicherten liegt seit 2003 bei ca. 15,5 Prozent (Männer) und 17,2 Prozent (Frauen).
- Bezogen auf das zweijährliche Intervall 2007/2008 nahmen etwa 42,5 Prozent der männlichen Versicherten und 41 Prozent der weiblichen Versicherten eine Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) in Anspruch.

Die Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung stehen allen anspruchsberechtigten Versicherten offen. Insofern sind auch die z. T. unterschiedliche Teilnehmerraten von Frauen und Männer nicht als Unterversorgung auf der Angebotsseite zu interpretieren. Zu den Maßnahmen der Bundesregierung im Bereich Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen wird auf die Antwort zu Frage 80 verwiesen.

Besondere gesundheitliche Beeinträchtigungen erfahren Frauen, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind. Die Bundesregierung hat dieses Thema daher durch Maßnahmen verschiedener Ressorts aufgegriffen. Der Aktionsplans II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen legt deshalb einen Schwerpunkt auf die Qualifizierung und Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitssystem für das Thema Gewalt. Dazu wurden bereits zahlreiche Maßnahmen durchgeführt bzw. eingeleitet. Unter anderem fördert das BMG seit September 2008 in Zusammenarbeit mit der BAG Selbsthilfe e. V. das Projekt „Laut(er) starke Frauen“. Es ist bundesweit ausgerichtet und hat das Ziel, das Selbsthilfepotential zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen zu stärken sowie Qualitätsstandards der Beratungs- und Unterstützungsarbeit der Selbsthilfe zu entwickeln. Das vom BMFSFJ geförderte Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt – MIGG“, das den Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte betrifft, wird ebenfalls zur Qualifizierung dieser wichtigen Berufsgruppe beitragen.

Im Übrigen ist die Weiterentwicklung gesundheitlicher Angebote und Leistungen – auch in Bezug auf spezifische gesundheitliche Probleme von Frauen und Männer, Alter und Lebenslagen – im Rahmen des pluralistischen Gesundheitswesens eine Aufgabe aller Beteiligten. Sie obliegt insbesondere auch den Ländern und Kommunen, der Ärzteschaft, der von den Sozialpartnern getragenen Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen, den freien Trägern, der Wissenschaft und Forschung sowie den Organisationen der Selbsthilfe.

134. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, wie sich das Geschlecht und andere Variablen zur Differenzierung der gesundheitlichen Lage (Bildungsstand, Erwerbsstatus, Lebensform, soziale Schicht usw.) jeweils gegenseitig beeinflussen?

Die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst: Biologische, soziale und kulturelle Faktoren tragen zur Gesundheit und damit zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei und interagieren miteinander. Bislang liegen keine umfassenden Theorien und Modelle vor, die die verschiedenen Einflussfaktoren gleichermaßen berück-

sichtigen und das komplexe Zusammenspiel zwischen Geschlecht, sozialer Lebenslage und Gesundheit hinreichend aufdecken (RKI 2005b; Kolip, Hurrelmann 2002; Babitsch 2005). Aufgrund der komplexen Interaktion lassen sich die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern häufig nur beschreiben, nicht aber ursächlich erklären. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass gesundheitsbezogene geschlechtsspezifische Unterschiede sowohl zwischen den Altersgruppen, den Indikatoren sozialer Ungleichheit und vor allem zwischen den betrachteten gesundheitlichen Indikatoren variieren (Babitsch 2005). Neben den biologischen Unterschieden, die bei zahlreichen Erkrankungen eine Rolle spielen (vgl. z. B. Härtel 2002; Haring et al. 2010), haben insbesondere die geschlechtsspezifischen Arbeits- und Lebensbedingungen einen zentralen Einfluss auf die Gesundheit. Frauen und Männer sind nach wie vor in unterschiedlichem Maße in Erwerbs- und Familienarbeit eingebunden und arbeiten in Berufen mit unterschiedlichem Prestige, Arbeitsumgebungen und Formen von Anforderungen und Belastungen (Beermann et al. 2008; RKI 2005b).

135. Wie bewertet die Bundesregierung die Versorgung von Frauen im Gesundheitssystem durch unspezifische und daher in der Regel männerorientierte Arzneimittel, Arzneydosierungen, Diagnosen und Therapien?

Welche Schritte erwägt die Bundesregierung, diese unangemessene Versorgung zu beseitigen?

Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?

Die Versorgung von Frauen im Gesundheitssystem mit Arzneimitteln erfolgt entsprechend den in der Arzneimittelentwicklung gewonnenen Erkenntnissen zu den jeweiligen Therapien mit dementsprechend angepassten Arzneimitteldosierungen. Diese Erkenntnisse werden kontinuierlich auf der Grundlage von Erfahrungen aus der fortdauernden therapeutischen Anwendung ergänzt, in der Regel um zusätzliche Anwendungsgebiete und um zusätzliche Gegenanzeigen, die sich im Rahmen der breiten Anwendung sowie der systematischen klinischen Erforschung dieser neuen Erkenntnisse ergeben. Seit Jahren werden klinische Prüfungen an Frauen und an Männern durchgeführt. Bereits die (englischsprachige) Leitlinie zur Guten Klinischen Praxis (ICH-GCP), die erstmals im Jahr 1990 veröffentlicht wurde, sieht unter Punkt 7.3.6.a vor, dass Subgruppen der an einer klinischen Prüfung beteiligten Personen nach Geschlecht, Alter und gegebenenfalls eingeschränkter Organfunktion in geeigneter Weise zu berücksichtigen sind, um eine angemessene und aussagekräftige wissenschaftliche Diskussion der Prüfergebnisse überhaupt zu ermöglichen.

In dieser Hinsicht verbindliche Regelungen sind im Rahmen der Umsetzung der Richtlinie 2001/20/EG durch die 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) und die Rechtsverordnung zur Guten Klinischen Praxis (GCP-Verordnung) im August 2004 geschaffen worden. Die Berücksichtigung dieser Regelungen wird durch ein behördliches Verfahren bei den Bundesoberbehörden, abhängig von der Art des Prüfpräparates bei dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder bei dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI), sowie durch eine nach Landesrecht zuständige Ethikkommission überprüft. Über die Anteile von Männern, Frauen, Jugendlichen und Kindern in klinischen Prüfungen hat die Bundesregierung im Jahr 2005 in der Antwort zu der Schriftlichen Frage 37 auf Bundestagsdrucksache 15/5954 Angaben gemacht. Eine ausführliche Darstellung zur angemessenen Berücksichtigung von Frauen in klinischen Arzneimittelprüfungen hat die Bundesregierung in der Bundestagsdrucksache 16/6658 vom 11. Oktober 2007 gegeben.

136. Wie bewertet die Bundesregierung die deutlich höhere Frequenz der Arztbesuche von Frauen gegenüber der von Männern?

Warum nehmen Frauen deutlich häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil?

Welche Rolle spielen in diesem Kontext erzwungene Arztbesuche wie beispielsweise die aufgrund der Verschreibung der Antibabypille notwendige gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?

Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung ist das Morbiditätsrisiko von Frauen höher als das der Männer. Damit ist auch eine höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, also auch von Arztkonsultationen, verbunden. Zum anderen dürfte die Tatsache, dass ein relativ großer Prozentsatz von Frauen im gebärfähigen Alter das Angebot der Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung wahrnimmt, ein wichtiger Faktor für die insgesamt deutlich höhere Teilnahmerate bei der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch weibliche Versicherte im Vergleich zu der bei Männern sein. Die hohe Teilnahmerate bei jungen Frauen ist wiederum vermutlich u. a. dem Umstand geschuldet, dass der Zugang zu dieser Zielgruppe über andere gynäkologische Anliegen erleichtert wird. Daten, die diesen Effekt quantifizieren, liegen dem BMG nicht vor.

Festgestellt werden kann, dass mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB SGB V teilnehmen: 2008 waren das 47,4 Prozent der Frauen und 21,2 Prozent der Männer. Zu weiteren zielgruppenspezifischen Variablen neben dem Geschlecht wird auf die Antwort zu Frage 77 verwiesen.

Bei Betrachtung des Teilnahmeverhaltens im Hinblick auf einzelne Untersuchungen zur Früherkennung von Darm- und Hautkrebs nähern sich die jeweiligen Teilnahmeraten bei beiden Geschlechtern jedoch deutlich an (Stuhlbluttest im Altersbereich 55 bis 74 Jahre, 2007/2008: 37,7 Prozent der Frauen und 29,4 Prozent der Männer; gegenwärtige 5-jährliche kumulative Teilnahmerate seit 2003 für die Früherkennungskoloskopie: ca. 17,2 Prozent der Frauen und 15,5 Prozent der Männer; Teilnahme am Hautkrebs-Screening im Jahr 2009: ca. 20,7 Prozent der Frauen und 16,5 Prozent der Männer) und kehren sich bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen sogar um. Zu den Teilnahmeraten wird auf die Antwort zu Frage 133 verwiesen.

137. Betrachtet die Bundesregierung das schlechtere Gesundheitsverhalten von Jungen und Männern als strukturelles, verhältnisbedingtes Problem oder als individuelles, verhaltensbedingtes Problem?

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Zielgruppenspezifische Unterschiede im Gesundheitsverhalten sind von verschiedenen Faktoren abhängig. Die Zielgruppen sind nicht allein über die Zugehörigkeit zu einem Geschlecht definiert, sondern auch über Kriterien wie Alter, soziale Schicht, Lebens- und Familiensituation, sexuelle Orientierung und Kultur. Vor diesem Hintergrund ist das Gesundheitsverhalten zum einen individuell bestimmt sowie auf der anderen Seite auch strukturell bedingt und abhängig von der jeweiligen Angebotssituation und Zielgruppenansprache vor Ort.

Für die Konzeption von Präventionsmaßnahmen ist es wichtig, die Bedeutung von geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Risikoverhalten zu beachten. Kenntnisse der geschlechtsspezifischen Variationen sowohl der Verhaltensparameter als auch der Einflussfaktoren sind dabei wichtige Voraussetzung für zielgruppenadäquate Prävention.

So spielt beispielsweise in der Suchtforschung und Suchtprävention das Geschlecht als Bedingungsfaktor für Konsum und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen eine wichtige Rolle. Dies gilt inzwischen weniger für den Konsum von Tabakprodukten, nach wie vor jedoch insbesondere für den Konsum von Alkohol und illegalen Drogen: Jungen und Männer haben hier signifikant höhere Prävalenzen. Substanzkonsum und -missbrauch sind jedoch nicht nur vom Geschlecht, sondern auch von Umwelteinflüssen, der sozialen Situation, familiären Bedingungen und individuellen Faktoren abhängig. „Schlechteres Gesundheitsverhalten“ von Jungen und Männern kann also sowohl strukturell als auch individuell bedingt sein.

138. Welche Präventionskonzepte und Gesundheitsförderprogramme sind nach Ansicht der Bundesregierung geeignet, besonders Jungen und Männer zu erreichen?

Welche dieser Maßnahmen hat die Bundesregierung mit welchem Erfolg umgesetzt, und welche sind geplant?

Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?

Gesundheitsfördernde Angebote für Jungen und Männer müssen in ihrer Ausrichtung am Rollenverständnis und -verhalten, an den Lebenswelten, Lebenssituationen und den spezifischen Bedarfen der Zielgruppen ansetzen. Ansätze und Strategien müssen die Interessen und Motive sowie das Informations- und Kommunikationsverhalten der Zielgruppen berücksichtigen. Um die Erreichbarkeit von Jungen und Männern zu verbessern, ist eine sensible und passgenaue Angebotsentwicklung und Zielgruppenansprache erforderlich.

Die BZgA berücksichtigt diese Anforderungen in ihren Angeboten, die sich an Jungen und Männer richten. So nehmen die Angebote eine spezifische bei Jungen und Männern vielfach vorhandene Gesundheitsvorstellung auf, dass Gesundheit sich u. a. in körperlicher Fitness ausdrückt. In dieser Weise gehen sozialwissenschaftliche Befunde selbstverständlich in die Umsetzung ein.

Im Bereich „Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung“, der unter Fachaufsicht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) steht, ist die Geschlechterspezifität besonders ausgeprägt. Mit dem Angebot zur Sexualaufklärung „Wie geht’s – wie steht’s“ werden männliche Jugendliche und junge Erwachsene adressatengerecht erreicht. Evaluationen haben dies bestätigt. Auch das Internetangebot der BZgA www.loveline.de zur Sexualaufklärung Jugendlicher stellt in einer eigenen Rubrik spezifische Informationen für Jungen zur Verfügung. Im Bereich der Tabakprävention steht für Jungen mit der Broschüre „Stop smoking – Boys“ ein zielgruppenspezifisches Material zur Verfügung.

Im Bereich der AIDS-Aufklärung hält die BZgA umfangreiches Aufklärungsmaterial für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), vor. Zu diesem Thema fördert sie insbesondere seit vielen Jahren in großem Umfang die Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe. Die Prävention von HIV und AIDS bei MSM ist einer der Arbeitsschwerpunkte der Deutschen AIDS-Hilfe.

Zur Bereitstellung männerspezifischer, qualitätsgesicherter Gesundheitsinformationen baut die BZgA das Internetportal Männergesundheit auf (www.maennergesundheitsportal.de). Bereits im Vorfeld informiert die BZgA mit einem Newsletter und hat einen beratenden Arbeitskreis Männergesundheit eingerichtet.

Das RKI wird im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes einen Bericht zur Männergesundheit erstellen, der auch männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung beinhalten wird.

139. Wie bewertet die Bundesregierung die von der Europäischen Kommission festgestellte Tatsache, dass europaweit bei Männern die sozial bedingten Unterschiede in der Lebenserwartung deutlich höher sind als bei Frauen?

Welche Informationen liegen der Bundesregierung diesbezüglich für Deutschland vor?

Die vorhandenen Datenquellen in Europa, die bisher zur Analyse sozialer Unterschiede in der Mortalität herangezogen wurden, haben deutliche methodische Unterschiede, die ihre Vergleichbarkeit einschränken. Sie wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mit unterschiedlichen methodischen Zugängen erhoben. Demgegenüber sind die Differenzen zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Ausmaßes sozialer Unterschiede in der Mortalität in den vorhandenen Studien relativ gering und variieren in Abhängigkeit von den verwendeten Sozialindikatoren und im Vergleich von West- und Osteuropa.

Verschiedene Studien für Deutschland – z. B. die Ergebnisse des Sozio-oekonomischen Panels – weisen darauf hin, dass die allgemeine Lebenserwartung von Männern und von Frauen durch eine Reihe sozialer, aber auch durch andere individuelle Unterschiede beeinflusst wird. Auf die Antwort zu Frage 36 wird verwiesen.

140. Welche Gesundheitskampagnen der Bundesregierung weisen eine unterschiedliche Ansprache von Männern und Frauen bzw. Jungen und Mädchen aus?

Wie groß ist ihr Anteil an allen Gesundheitskampagnen der Bundesregierung?

In die zielorientierte Kampagnen-, Programm-, Maßnahmen- und Medienplanung der BZgA gehen immer relevante Zielgruppenmerkmale wie Geschlecht, Alter, Bildung, kultureller Hintergrund etc. ein. Auf der Grundlage differenzierter Analysen erfolgt die Entscheidung, in welchem Umfang geschlechterdifferenzierende, spezifische Maßnahmen zielführend und realisierbar sind oder ob beide Geschlechter gemeinsam, aber geschlechtersensibel angesprochen werden. Im Rahmen der Maßnahmen und Medien der „Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung“ ist die Ansprache grundsätzlich geschlechtersensibel.

Der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ (www.in-form.de) richtet sich an die gesamte Bevölkerung. Mit Maßnahmen und Aktivitäten in den Lebenswelten sollen möglichst viele Menschen erreicht werden, um eine Verhaltensänderung hin zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu bewirken. Der Fokus der in diesem Rahmen initiierten Maßnahmen liegt auf verschiedenen Handlungsfeldern sowie Zielgruppen. Dabei erfolgt – wo angezeigt – auch eine geschlechtsspezifische Ansprache. So hat das Netzwerkprojekt „Bewegung und Gesundheit – mehr Migrantinnen in den Sport“ des Deutschen Olympischen Sportbundes das Ziel modellhaft die gesundheitspräventiven Potenziale des Sports für Mädchen und Frauen mit Zuwanderungsgeschichte zu erschließen. Das Berliner Modellprojekt der KINDERLEICHT-REGIONEN „Gesund sind wir stark!“ erprobt Wege, wie insbesondere junge Mütter vorwiegend türkischer oder arabischer Herkunft bei der Umstellung von Ernährungs- und Lebensgewohnheiten unterstützt werden können. Mit einer anderen Maßnahme werden innovative, qualitätsgesicherte Konzepte zur Förderung und Bewegung bei Frauen in schwierigen Lebenslagen im großstädtischen und ländlichen Raum erprobt.

Immer mehr junge Menschen weisen ein gestörtes Essverhalten auf und leiden an Essstörungen wie Magersucht, Bulimie und Fresssucht. Die 2007 vom BMG, dem BMFSFJ sowie dem Bundesministerium für Bildung und Forschung gegründete Initiative „Leben hat Gewicht. Gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“ macht die Öffentlichkeit auf dieses Thema aufmerksam und stößt damit eine breite gesellschaftliche Debatte an, mit der Kindern und Jugendlichen, aber auch jungen Frauen und Männern, ein positives Körperbild vermittelt und das Selbstwertgefühl gestärkt werden soll. Nach den aktuellen Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) weisen Mädchen fast doppelt so häufig Merkmale von Essstörungen wie Jungen auf. Dies wird in den Aktivitäten entsprechend berücksichtigt (www.leben-hat-gewicht.de).

141. Wie bewertet es die Bundesregierung, dass Frauen deutlich öfter zu Lebendorganspenden bereit sind, aber deutlich seltener Organspenden erhalten (in Deutschland spenden Frauen fast zwei Drittel der Organe, während Männer sie zu zwei Dritteln empfangen; ein solches Phänomen ist, wenn auch weniger ausgeprägt, auch bei Postmortalspenden zu beobachten – vgl. Winter, 2009)?

Wie wird dieses Missverhältnis in der vom Bundesminister für Gesundheit, Dr. Philipp Rösler, im Februar dieses Jahres gestarteten Informationskampagne zur Organspende berücksichtigt?

Durch das Transplantationsgesetz (TPG) ist eine Bevorzugung von Männern gegenüber Frauen bei der Transplantation ausgeschlossen. Das Gesetz enthält klare Vorgaben für eine transparente und patientenbezogene Verteilung postmortal gespendeter Organe durch die unabhängige Vermittlungsstelle Eurotransplant. Die Vergabe von postmortal gespendeten vermittlungspflichtigen Organen erfolgt nach § 12 TPG ausschließlich nach medizinischen Kriterien, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit. Die Vermittlungsregeln werden in Richtlinien der Bundesärztekammer festgelegt und auf Grund der vertraglichen Verpflichtung nach § 12 TPG von Eurotransplant zur Grundlage jeder Vermittlungsentscheidung gemacht. Eine Verteilung der nur beschränkt zur Verfügung stehenden postmortalen Spenderorgane nach nichtmedizinischen Kriterien, z. B. Geschlecht, Herkunft oder Einkommen, ist damit rechtlich ausgeschlossen. Die DSO veröffentlicht auf ihrer Homepage regelmäßig die seitens der Transplantationszentren erstellten Tätigkeitsberichte nach § 11 Absatz 5 TPG. Dazu gehören auch geschlechtsspezifische Angaben zu transplantierten Patientinnen und Patienten. Nach Angaben der DSO ist die Anzahl der weiblichen und männlichen postmortalen Organspender in den letzten Jahren ausgewogen.

Die Lebendspende ist nach dem Transplantationsgesetz nur zulässig, wenn ein geeignetes Organ einer verstorbenen Person zum Zeitpunkt der Organentnahme nicht zur Verfügung steht. Die Spende eines nicht regenerierungsfähigen Organs, z. B. einer Niere, darf nur erfolgen zwischen Verwandten ersten oder zweiten Grades, Ehegatten oder anderen Personen, die sich in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen. Grundvoraussetzung jeder Lebendspende ist die gesundheitliche Eignung sowie die freiwillige Einwilligung der Person in die Organentnahme. Der Beobachtung, dass die Zahl weiblicher Lebendorganspender die der männlichen übersteigt, liegen keine wissenschaftlichen fundierten Begründungsansätze zu Grunde. Diskutiert werden in diesem Zusammenhang beispielsweise auch soziokulturelle Aspekte.

Insgesamt treten Krankheiten, die zu Aufnahme auf die Warteliste führen, in geschlechtsunterschiedlicher Häufigkeit auf. Beispielsweise leiden Männer häufiger an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder der Leber.

Im Zentrum der Kampagne der BZgA steht angesichts des Mangels an Spenderorganen weiterhin, wie die Zahl der postmortal gespendeten Organe gesteigert werden kann, damit möglichst viele betroffene Patienten und Patientinnen mit einer lebensrettenden Transplantation versorgt werden können. Die Möglichkeiten der Lebendspende von Organen werden unter Hinweis auf die engen gesetzlichen Vorgaben in den Aufklärungsunterlagen der BZgA angesprochen.

142. Wie viele Menschen gibt es in Deutschland, die von Arzneimitteln abhängig sind, und wie setzen sie sich im Hinblick auf die Verteilung von Sozialstatus, Geschlecht und Alter im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung zusammen?

Die Erfassung von Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit stellt eine besondere Herausforderung dar, da die Unterscheidung zwischen indikationsgerechter Anwendung und Missbrauch von Medikamenten schwer zu erheben ist. Eine eindeutige Bestimmung von Medikamentenabhängigkeit ist durch Befragungen nicht möglich.

Nach Schätzungen, die auf den Verkaufsdaten beruhen, leben in Deutschland 1,4 bis 1,9 Millionen arzneimittelabhängige Menschen (DHS, Jahrbuch Sucht 2010). Der Epidemiologische Suchtsurvey (2006) weist einen problematischen Gebrauch von Arzneimitteln bei knapp 4,7 Prozent der erwachsenen Bevölkerung nach, einen täglichen Konsum von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln gaben 1,8 Prozent der Befragten an. Die Prävalenz des problematischen Gebrauchs von Medikamenten bezogen auf alle Befragten verteilt sich laut Epidemiologischem Suchtsurvey 2006 wie folgt:

	Geschlecht		Altersgruppen						
	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Gesamtstichprobe (7 473)									
4,7 Prozent	4,0 Prozent	5,6 Prozent	3,7 Prozent	3,5 Prozent	2,6 Prozent	3,9 Prozent	4,7 Prozent	5,9 Prozent	8,4 Prozent

Problematischer Medikamentenkonsum ist in der Tendenz häufiger bei geringerem als bei hohem Sozialstatus (gemessen an Bildung, Beruf und Einkommen).

143. Wie erklärt sich nach Ansicht der Bundesregierung der weit überproportionale Anteil von Frauen, die von Arzneimitteln abhängig sind?
 Welche Maßnahmen will die Bundesregierung dagegen ergreifen?
 Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?

Sucht ist eine Erkrankung, die mit Geschlechterrollen und geschlechtsspezifischer Sozialisation eng verknüpft ist und daher immer geschlechtsspezifische Häufigkeiten aufweist. Während mehr Männer als Frauen alkoholabhängig sind, nehmen mehr Frauen auf problematische Weise Medikamente. Die Ursachen dafür sind vielschichtig und liegen einerseits in unterschiedlichen sozialen Belastungsfaktoren. Andererseits sind Frauen von bestimmten psychischen Beschwerden häufiger betroffen, die in der Regel der ursprüngliche Anlass für den Gebrauch entsprechender Medikamente und somit ein zentraler Risikofaktor bei der Entstehung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit sind. Allerdings ist die absolute Zahl von medikamentenabhängigen Frauen auch deshalb deutlich höher, weil die Erkrankungshäufigkeit mit zunehmendem Alter steigt und Frauen ein höheres Lebensalter erreichen.

Da Alter ein deutlich stärkerer Prädiktor für Medikamentenabhängigkeit ist als Geschlecht, hat das BMG 2010 einen Förderschwerpunkt zu „Sucht im Alter“ ausgeschrieben, der zum Ziel hat, die Sensibilität und Handlungskompetenzen der Alten- und Suchthilfe für Medikamentenabhängigkeit und schädlichen Alkoholkonsum im Alter durch innovative Projekte und Kooperationen zu steigern. Im Oktober und November 2010 haben acht lokale bzw. regionale Modellprojekte ihre Arbeit aufgenommen. Die Projekte werden auch geschlechterspezifische Aspekte aufgreifen.

Menschen mit Migrationshintergrund

144. Wie hat sich in den letzten zehn Jahren die Armut von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland entwickelt, und wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung?

Die Armutsrisikoquote von Personen mit Migrationshintergrund ist nach den Daten des Mikrozensus 2009 mit 26,6 Prozent mehr als doppelt so hoch wie bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (11,7 Prozent). Allerdings zeigt der Vergleich der Migrationsgruppen (ausländische Bevölkerung, Eingebürgerte bzw. als Deutsche Geborene (Spät-)Aussiedler/Aussiedlerinnen) beträchtliche Unterschiede. Im Zeitraum 2005 bis 2009 hat sich die Armutsrisikoquote von Personen mit Migrationshintergrund von 28,2 Prozent auf 26,6 Prozent verringert.

Insgesamt ist die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund sehr heterogen und umfasst Menschen mit sehr unterschiedlichen Lebenslagen und Chancenstrukturen. Die Herausforderung an die Politik besteht darin, Teilhabe und soziale Integration für alle Personen mit Migrationshintergrund zu ermöglichen, um den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft zu sichern. Insbesondere fehlende berufliche Qualifikationen bzw. nicht anerkannte berufliche Abschlüsse, Sprachbarrieren, Branchenabhängigkeiten sowie unterschiedliches Erwerbsverhalten führen im Durchschnitt zu geringeren Einkommen und einem höheren Armutsrisiko. Ziel der Integrationspolitik der Bundesregierung ist es, Personen mit Migrationshintergrund die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben zu ermöglichen. Schwerpunkte werden dabei insbesondere in den Bereichen Sprachförderung, soziale Beratung, Ausbildung und berufliche Integration sowie Familie und gesellschaftliche Integration gesetzt.

145. Welche Zusammenhänge sieht die Bundesregierung zwischen der gesundheitlichen Situation von Menschen und dem Umstand ihrer (freiwilligen) Migration bzw. (erzwungenen) Flucht, und welche Mängel sieht sie bei Berücksichtigung interkultureller Aspekte der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland?

Eine Migration beinhaltet Chancen und Risiken, und zwar nicht nur in sozialer und ökonomischer, sondern auch in gesundheitlicher Hinsicht. Positive Gesundheitspotenziale einer Migration ergeben sich aus der Chance auf bessere Lebensbedingungen, unter anderem hinsichtlich der Gesundheitsversorgung. Ein Migrationshintergrund kann auch mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko verbunden sein. Dabei ist es nicht die Migration als solche, die krank macht. Es sind vielmehr die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können (Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit, Robert Koch-Institut, 2008(c)).

Migrantinnen und Migranten sind insgesamt eine heterogene Gruppe, sowohl hinsichtlich des Herkunftslandes und der Wanderungsmotive als auch des ethnischen und kulturellen Hintergrunds, sozioökonomischen Status und Gesundheitsverhaltens. Dies führt zu unterschiedlichen Erkrankungsrisiken. Auch bei Kindern lassen sich je nach Herkunftsland, Geschlecht, Alter, sozialer Lage der Familie, Aufenthaltsdauer und Einwanderergeneration deutliche Unterschiede konstatieren. Die gesundheitliche Situation und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen aus binationalen Familien mit einem einheimischen Elternteil sind mit der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund vergleichbar (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS 2003 bis 2006): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, 2008(d)).

Wenn Migrantinnen und Migranten erkranken, dann leiden sie im Wesentlichen unter den gleichen Krankheiten und Störungen wie die gleichaltrige deutsche Bevölkerung, zum Teil jedoch mit je nach Herkunftsland und Migrationserfahrung unterschiedlichen Häufigkeiten. Gehäuft treten unter anderem Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates auf (oft durch berufsbedingte starke körperliche Belastungen) sowie chronische Erkrankungen der Atemwege (oft im Zusammenhang mit Rauchen und/oder beruflichen Belastungen) und Unfälle, insbesondere Arbeitsunfälle (RKI 2008(c)). Einzelne Migrantengruppen haben erhöhte Risiken für Gesundheitsprobleme, die in der deutschen Bevölkerung selten geworden sind, unter anderem Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt und im ersten Lebensjahr, Tuberkulose und einige andere Infektionskrankheiten sowie einzelne (seltene) erbliche Stoffwechselerkrankungen. Darüber hinaus sind Menschen mit Migrationshintergrund spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, die bei Deutschen ohne Migrationshintergrund nicht oder nur in Ausnahmefällen vorkommen: psychosoziale Belastungen durch Trennung von der Familie, durch politische Verfolgung oder Folter im Herkunftsland und durch Fremdenfeindlichkeit.

Des Weiteren kann ein Migrationshintergrund die Chance beeinträchtigen, eine adäquate Therapie zu erhalten. Menschen mit Migrationshintergrund nehmen bestimmte gesundheitliche Leistungen in geringerem Maße in Anspruch als die Mehrheitsbevölkerung. Ein Beispiel ist die geringere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (RKI 2008(d)). Mögliche Ursachen für Unterschiede in der Inanspruchnahme können Kommunikationsprobleme sein, ein unterschiedliches Krankheitsverständnis, ein unterschiedliches Nutzungsverhalten sowie strukturelle Vorgaben (z. B. aufenthaltsrechtlicher Status) und Unterschiede im Versicherungsstatus (RKI 2008(c)). Während der sprachlichen und kulturellen Heterogenität von Patientinnen und Patienten beziehungsweise Pflegebedürftigen vielerorts in begrüßenswerten Einzelinitiativen Rechnung getragen wird, ist eine generelle Berücksichtigung migrationspezifischer Besonderheiten (Diversity Management) im Gesundheitswesen Deutschlands noch nicht zu verzeichnen. Von Fachleuten wird in diesem Zusammenhang gefordert, dass „interkulturelle Kompetenz“ eine Basisqualifikation in den Gesundheitsberufen sein müsse. Im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes, die sich auf die Erstzulassung zu den Heilberufen erstreckt, sind die geforderten Basisqualifikationen im Wesentlichen berücksichtigt. Die Behebung von möglichen Umsetzungsdefiziten ist Aufgabe der Länder.

Die gesundheitliche Situation von Personen mit Migrationshintergrund ist in Kapitel 9 des 8. Berichtes der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (Juni 2010) detailliert beschrieben. Der Bericht geht auch auf Aspekte der Versorgung von Migranten ein. Der GBE-Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ (2008(c)) gibt speziell zu allen Aspekten der Gesundheit Auskunft, sowohl zur gesundheitlichen Lage, als auch zu Gesund-

heitsverhalten und Risikofaktoren sowie zur Inanspruchnahme von Prävention und Kuration. Informationen zur Gesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund enthält der GBE-Beitrag „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS 2003 bis 2006): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland“ (2008(d)).

146. Welche Forschungen bzw. Ergebnisse gibt es zu der Frage einer Gesundheitsversorgung, die interkulturellen Aspekten gerecht wird?

Der von einer wissenschaftlichen Sachverständigenkommission erstellte 13. Kinder- und Jugendbericht widmete sich besonders der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung der Kinder- und Jugendhilfe. Auf ihn wird in anderen Antworten dieser Großen Anfrage mehrfach Bezug genommen. Begleitend zur Erstellung des Berichts wurde eine Anhörung abgehalten zum Thema „Konzepte und Strategien zur Gesundheitsförderung, speziell in Bezug auf Familien mit Armut- und/oder Migrationshintergrund“.

Im Bereich der Altenpflegeausbildung ist die Berücksichtigung interkultureller Aspekte in den entsprechenden Ausbildungsvorschriften verankert. Mit dem Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung ist eine wichtige Grundlage geschaffen worden, um diesen Unterrichtsauftrag auszufüllen. Auch für die anstehende Weiterentwicklung der Pflegeberufe wird dieses Thema zu beachten sein.

Wichtige Erkenntnisse zur Verbesserung einer kultursensiblen frauenspezifischen Gesundheitsversorgung ergeben sich aus Forschungsvorhaben, die mit Mitteln des BMFSFJ im Bereich der Frauengesundheit gefördert werden. Dazu gehören insbesondere die 2008 veröffentlichte Studie „Gesundheit – Gewalt – Migration“ und die von der BZgA in Auftrag gegebene Untersuchung „Frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf – Eine Städtestudie zu Frauen mit türkischem, ost- oder südosteuropäischem Hintergrund“, deren Ergebnisse jetzt vorliegen.

Ein Kapitel über die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten enthält der in der Forschungsreihe des BMFSFJ erschienene Band „Der Mikrozensus im Schnittpunkt von Geschlecht und Migration“ (April 2009); ein Kapitel über Körperbewusstsein und Sexualität enthält ebenfalls die von BMFSFJ geförderte Studie „Viele Welten leben. Zur Lebenssituation von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund“ (Münster 2005).

Von weiterführender Bedeutung sind auch die Ergebnisse der Repräsentativbefragung „Sexualität und Migration. Milieuspezifische Zugangswege für die Sexualaufklärung Jugendlicher“, die 2010 als Broschüre der BZgA erschienen sind.

Der Forschungsauftrag des BMAS „Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland“ ging der Frage nach, inwiefern sich Personen mit Migrationshintergrund hinsichtlich der Häufigkeit von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, der Inanspruchnahme beruflicher und medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen, des Rehabilitationserfolges sowie der Frühberentung von Menschen ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Zu den Ursachen von Wirksamkeitsbarrieren medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund zählen insbesondere sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und kulturelle Unterschiede, welche die Anamnese und die Verordnung von Maßnahmen dieser Personengruppe beeinflussen können und somit weist der Bericht auf die besondere Bedeutung der interkulturellen Aspekte in der Gesundheitsversorgung hin.

Interkulturelle Aspekte spielen auch in der Ressortforschung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine wichtige Rolle. So werden im Rahmen aktuell laufender Projekte vom BMG in den Jahren 2007 bis 2012 rund 5,7 Mio. Euro in diesen Forschungszweig investiert. Unter anderem werden Projekte zur Unterstützung von Migrantinnen und Migranten zu den Themen Suchtselbsthilfe, Bewegung und Gesundheit, HIV/AIDS-Prävention, zur pflegerischen Versorgung sowie zur Steigerung der Impfquote bei Kindern unterstützt. Von der Gesamtsumme entfielen allein rund 2,1 Mio. Euro in dem Zeitraum 2009 bis 2012 auf den Förderschwerpunkt „Migration und Sucht“. Die Ergebnisse der Projekte tragen zum allgemeinen Erkenntnisgewinn bei und können somit wichtige Impulse für die weitere Entwicklung der Gesundheitsversorgung geben.

Im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung unterstützt das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in zahlreichen Förderschwerpunkten eine Reihe von Forschungsprojekten, die sich mit einer zielgruppenorientierten Gesundheitsversorgung beschäftigen, die auch interkulturellen Aspekten gerecht wird. So werden z. B. im Förderschwerpunkt „Präventionsforschung“ in enger Kooperation mit Präventionsträgern (z. B. Krankenkassen, Vereinen) neue Konzepte und Programme zur Prävention von Krankheiten entwickelt und erprobt. Darüber hinaus werden Wirksamkeit und Qualität von bestehenden Präventionsmaßnahmen evaluiert. Damit soll die Entwicklung und Identifikation von evidenzbasierten, wirksamen sowie zielgruppenspezifischen Präventionsangeboten erreicht werden.

Insgesamt wurden und werden in dem Förderschwerpunkt „Präventionsforschung“ zwölf Vorhaben mit Fördermitteln in Höhe von insgesamt 9,6 Mio. Euro unterstützt, die sich speziell mit der Entwicklung und/oder Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe von Menschen mit Migrationshintergrund befassen. Darüber hinaus werden auch in anderen Förderschwerpunkten (z. B. „Allgemeinmedizin“, „Gesundheit im Alter“, „Nutzen und Risiken der Hormonersatztherapie“, „Krankheitsbezogene Kompetenznetze Diabetes und Adipositas“, „Versorgungsnahe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“, „Pflegeforschung“ sowie „Gesundheitsregionen der Zukunft“) Projekte gefördert, die sich mit der Frage bzw. Problematik der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigen. Insgesamt erhalten diese Projekte eine finanzielle Unterstützung von rund 6,2 Mio. Euro.

Somit trägt die Bundesregierung durch die Förderung von Forschungsprojekten in diesem Bereich entscheidend dazu bei, die Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Gruppen zu verbessern und somit die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern.

147. Welche Gründe gibt es für die höhere Erwerbsquote von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern gegenüber zugezogenen und in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländern (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 108)?

Es wird auf die Studie „Ungenutzte Potentiale – Zur Lage der Integration in Deutschland“ des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung aus dem Jahre 2009 verwiesen, aus der hervorgeht, dass die Gruppe der Aussiedler insgesamt gute Integrationswerte aufweist. Demnach „sind die Aussiedler mit einem vergleichsweise hohen Bildungsstand nach Deutschland gekommen. Sie finden sich relativ gut auf dem Arbeitsmarkt zurecht. Viele Faktoren weisen darauf hin, dass sie sich aktiv um die Integration in die Gesellschaft bemühen.“ Darüber hinaus ist bei den Spätaussiedlern eine hohe Bereitschaft festzustellen, Arbeiten unter ihrer Qualifikation anzunehmen.

148. Was unternimmt die Bundesregierung gegen die Armutsquote bei Kindern mit Migrationshintergrund, die laut dem Zwölften Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung 2005 bei 40 Prozent lag?

Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?

Die Bundesregierung verfolgt unterschiedliche Maßnahmen, um die Situation aller Kinder in armutsgefährdeten Haushalten zu verbessern. Dabei wird nicht zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund unterschieden. Diese Maßnahmen richten sich zum Teil unmittelbar an die Kinder, zum Teil an die Familien.

Wie die Analysen des im November 2010 vom BMFSFJ vorgelegten Dossiers „Familien mit Migrationshintergrund“ zeigen, sind Familien mit Migrationshintergrund mehr als doppelt so häufig armutsgefährdet wie Familien ohne Migrationshintergrund. In den Fällen, in denen kein oder kein ausreichendes Einkommen erwirtschaftet werden kann, hilft die Bundesregierung den Familien mit Transferzahlungen. Die Analysen zeigen weiterhin, dass die Transferabhängigkeit bei Erwerbstätigkeit der Mutter sinkt: Nur 17 Prozent der Familien, in denen die Mutter mit Migrationshintergrund regulär erwerbstätig ist, sind von Transferleistungen abhängig, während es bei denen mit nicht erwerbstätigen Müttern 32 Prozent sind. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist es daher, die Erwerbstätigkeit der Mütter zu unterstützen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu fördern. Denn die Motivation von Müttern mit Migrationshintergrund, eine Erwerbsarbeit aufzunehmen, ist hoch.

Mit der Vorlage des Entwurfs eines Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch hat die Bundesregierung das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 9. Februar 2010 umgesetzt. Zukünftig werden die Regelbedarfe für Kinder nicht mehr vom Regelbedarf des Einpersonenhaushaltes abgeleitet, sondern eigenständig bemessen werden. Den besonderen Belangen von Kindern wird somit Rechnung getragen. Mit Blick auf die vom Gericht als Bestandteil des Existenzminimums von Kindern und Jugendlichen hervorgehobenen Bedarfe für Bildung und gesellschaftliche Teilhabe wird zusätzlich ein Leistungspaket Bildung und Teilhabe zur Verfügung gestellt, das für Kinder und Jugendliche bestimmte Leistungen neben den Regelbedarfen vorsieht. Dazu gehören Lernförderung für Kinder mit schulischen Defiziten, ein Schulbasispaket in Höhe von 100 Euro im Jahr, das die materiellen Schulbedarfe abdeckt, die Aufwendungen für Schulausflüge, die Übernahme der Mehraufwendungen für Mittagessen in Schulen und Kitas und ein Budget in Höhe von insgesamt 10 Euro monatlich, das gesellschaftliche Teilhabe insbesondere in Sportvereinen und Musikschulen ermöglicht.

Das neue Bildungs- und Teilhabepaket ist eine wichtige Grundlage dafür, dass rund 2 Millionen Kinder und Jugendliche in der Grundsicherung für Arbeitssuchende und in der Sozialhilfe und zusätzlich über 300 000 Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Erwerbseinkommen, die den Kinderzuschlag beziehen, mehr Bildungs- und Teilhabechancen erhalten.

149. Welche Unterschiede im Gesundheitsverhalten sind der Bundesregierung zwischen Menschen mit bzw. ohne Migrationshintergrund bekannt (bitte einzeln auflisten)?

In Bezug auf das Gesundheitsverhalten und die damit verbundenen Risikofaktoren zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Beispielsweise liegen nach Daten des Mikrozensus 2005 die mittleren BMI-Werte und die Adipositasprävalenzen bei Frauen

mit Migrationshintergrund im mittleren Lebensalter über denen gleichaltriger Frauen ohne Migrationshintergrund ((RKI 2008(c)) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes).

Bei Frauen im jungen Erwachsenenalter sind diesbezüglich keine Unterschiede festzustellen. Bei Männern besteht weder im jungen noch im mittleren Erwachsenenalter ein Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und der Verbreitung von Adipositas.

Der Mikrozensus ermöglicht zudem Aussagen über das Rauchverhalten von Migranten und Migrantinnen. Im Jahr 2005 rauchten demnach 35 Prozent der Männer mit Migrationshintergrund im Vergleich zu 32 Prozent der Männer ohne Migrationshintergrund (Lampert 2010(b)). Frauen mit Migrationshintergrund rauchten mit 19 Prozent seltener als Frauen ohne Migrationshintergrund, die zu 24 Prozent rauchten. Eine Betrachtung nach Herkunftsland bzw. Herkunftsregion weist auf große Unterschiede hin: Beispielsweise rauchen Frauen aus Polen und dem ehemaligen Jugoslawien deutlich häufiger als deutsche Frauen.

Das Präventionsverhalten von Migrantinnen und Migranten in Deutschland kann derzeit nur lückenhaft beschrieben werden, da bevölkerungsbezogene Daten zu diesem Themenfeld noch weitgehend fehlen (RKI 2008(c)). In regionalen Untersuchungen zeigte sich für Frauen eine niedrigere Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsangeboten, insbesondere der Krebsfrüherkennung (Zeeb et al. 2004; Borde 2002). Bei Männern wurden kaum Unterschiede beobachtet (Zeeb et al. 2004).

Das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund kann mit Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey nachgezeichnet werden. Zahlreiche Unterschiede hinsichtlich des Gesundheits- und Risikoverhaltens wurden festgestellt, teils in eine positive, teils in eine negative Richtung. Exemplarisch seien hier nur fünf Punkte benannt: Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund rauchen seltener als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund, haben einen geringeren Alkoholkonsum, weisen ein ungünstigeres Mundgesundheitsverhalten auf, sind seltener in ihrer Freizeit körperlich aktiv und nehmen deutlich seltener die empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen wahr. Unter Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund sind diejenigen zu verstehen, bei denen beide Eltern nicht in Deutschland geboren und/oder nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben oder die selbst zugewandert sind und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder nicht die deutsche Staatsangehörigkeit hat (RKI 2008(d)).

150. Welche Unterschiede sind auch dann noch konsistent, wenn die Einkommens- und Vermögensdifferenzen berücksichtigt werden?
151. Welche Unterschiede sind auch dann noch konsistent, wenn nicht nur Einkommens- und Vermögensdifferenzen, sondern auch unterschiedliche Alters- und Wohnstrukturen, Bildungsstandards, Arbeitsbedingungen usw. berücksichtigt werden (z. B. schlechtere Wohnungen, belastendere Arbeitsplätze, höherer Migrationsanteil in Großstädten usw.)?

Die Fragen 150 und 151 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Menschen mit Migrationshintergrund haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigen sozioökonomischen Status, gehen einer die Gesundheit gefährdenden beruflichen Tätigkeit nach oder sind arbeitslos oder leben in einer ungünstigen Wohnsituation ((RKI 2008(c)) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes).

Jeder einzelne dieser Faktoren kann eine Beeinträchtigung der Gesundheit nach sich ziehen, ganz besonders gilt dies aber für das Zusammentreffen mehrerer dieser Faktoren. Obwohl die Zusammenhänge zwischen einer ungünstigen sozialen Lage und geringeren Gesundheitschancen bekannt und vielfach belegt sind, stehen differenzierte Analysen für die Gruppe der Migrantinnen und Migranten noch weitgehend aus. Nur sehr wenige derzeit verfügbare Datenquellen enthalten sowohl detaillierte Angaben zur Gesundheit als auch zum Migrationsstatus und zur sozioökonomischen Lage, inkl. Informationen zu Einkommen, Vermögen, Wohnsituation, Bildungsniveau, Arbeitsbedingungen usw.

Lampert (2010(b)) konnte bezüglich des Rauchverhaltens mit Daten des Mikrozensus 2005 zeigen, dass in der multivariaten Analyse bei statistischer Kontrolle für Einkommen und Bildung kein signifikanter Effekt des Migrationshintergrundes auf das Rauchverhalten von Männern bestehen bleibt. Die höhere Rauchquote bei Männern mit Migrationshintergrund könnte demnach mit der schlechteren sozialen Lage zusammenhängen. Bei Frauen nahm der Effekt des Migrationshintergrundes hingegen zu, wenn die Bildungs- und Einkommensunterschiede kontrolliert werden, was auf die Bedeutung kultureller Unterschiede schließen lässt. Für Kinder und Jugendliche wurde auf Basis der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ermittelt, dass die oben genannten Unterschiede im Rauch- und Trinkverhalten sowie im Mundgesundheitsverhalten auch nach Kontrolle für die soziale Lage bestehen bleiben.

152. Worin sieht die Bundesregierung die Ursachen für das migrationsabhängig unterschiedliche Gesundheitsverhalten, und was gedenkt die Bundesregierung dagegen zu tun?

Zu den Ursachen des unterschiedlichen Gesundheitsverhaltens wird auf die Antworten zu den Fragen 145, 146, 149, 150 und 151 verwiesen.

Die Bundesregierung richtet ihre Präventionsmaßnahmen zielgruppenspezifisch aus. Grundlage hierfür sind die Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitssurveys des RKI und die darauf aufbauenden Präventionsmaßnahmen der BZgA.

Im Rahmen des Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat die BZgA Kriterien für die Konzeption zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen erarbeitet, mit denen auch Menschen mit Migrationshintergrund erreicht werden können. Vorbildliche Praxisbeispiele sind auf der Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de mit dem Ziel dargestellt, solche Maßnahmen zu verbreiten.

153. Wie reagiert die Bundesregierung auf Erkenntnisse, dass Migrantinnen und Migranten besonders selten an Früherkennungsmaßnahmen teilnehmen (Rosenbrock 2009)?

Das Präventionsverhalten von Migrantinnen und Migranten in Deutschland kann derzeit nur lückenhaft beschrieben werden, da bevölkerungsbezogene Daten zu diesem Themenfeld noch weitgehend fehlen. In regionalen Untersuchungen zeigte sich für Frauen eine niedrigere Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsangeboten, insbesondere der Krebsfrüherkennung. Bei Männern wurden kaum Unterschiede beobachtet. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey liefert Informationen bezüglich der Teilnahme von Familien mit Migrationshintergrund an den Kinderuntersuchungen. In Hinblick auf Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V wird auf die Antwort zu Frage 80 verwiesen.

154. Inwieweit sind Migrantinnen und Migranten häufiger bzw. eher von Pflegebedürftigkeit betroffen, welche Auswirkung hat dies ggf. auf deren Versorgung, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus diesem Umstand?

Zur Frage, ob Migranten häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, liegen der Bundesregierung keine statistischen Angaben vor.

155. Wie hoch ist der Anteil derjenigen Migrantinnen und Migranten, welche nicht in die soziale Pflegeversicherung einbezahlt haben und daher bei eintretender Pflegebedürftigkeit auf Hilfe zur Pflege (SGB XII) angewiesen sind?

Die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung ist an dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ ausgerichtet worden. Dies bedeutet: Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung Mitglied ist, wird versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung. Wer bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert ist, wird in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Nachdem das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 1. April 2007 eine Versicherungspflicht für in der gesetzlichen Krankenversicherung bisher nicht Versicherte eingeführt hat und seit 1. Januar 2009 auch eine Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung gilt, sind nahezu alle Menschen in Deutschland nicht nur in der Krankenversicherung sondern auch in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert.

Aufgrund der allgemeinen Versicherungspflicht und der nur 2-jährigen Vorversicherungszeit als Leistungsvoraussetzung in der sozialen und privaten Pflegeversicherung dürften nur sehr wenige Migrantinnen und Migranten im Falle der Pflegebedürftigkeit keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

156. Welche Auswirkungen hat ggf. die Angst vor möglichen Repressionen auf das Verhalten von Migrantinnen und Migranten bei einer notwendigen Beantragung von Hilfe zur Pflege (SGB XII)?
Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung ggf. aus diesem Umstand?

Die Bundesregierung hat keine Erkenntnisse, dass es im Zusammenhang mit der Beantragung von Leistungen der Hilfe zur Pflege zu Repressionen kommen könnte.

157. Wie ist die Einschränkung der medizinischen Versorgung bei „akute[n] Erkrankungen und Schmerzzustände[n]“ bzw. bei zur „Sicherung [...] der Gesundheit unerlässliche[n]“ Leistungen (§§ 4 und 6 AsylbLG) mit dem nach dem Sozialpakt bestehenden „Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ vereinbar?

Die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Versorgung nach den §§ 4, 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) ist mit Artikel 12 des VN-Pakts für wirtschaftliche, kulturelle und soziale Rechte vereinbar, da bei Krankheit, Schwangerschaft oder Geburt die medizinisch notwendigen Hilfen geleistet werden (s. hierzu auch: Vierter Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland nach Artikel 16 und 17 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, 2000, S. 61). § 4 AsylbLG beinhaltet einen Rechtsanspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung von akuten Erkrankungen

und Schmerzzuständen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung und zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlicher Leistungen. Hinzu kommen amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen. Damit sind die medizinische Versorgung und die Dienstleistungen, die während des Asylverfahrens typischerweise notwendig sind, gewährleistet. Darüber hinausgehende Leistungen können nach § 6 AsylbLG gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind.

158. Wie ist die Einschränkung der medizinischen Versorgung bei „akute[n] Erkrankungen und Schmerzzustände[n]“ bzw. bei zur „Sicherung [...] der Gesundheit unerlässliche[n]“ Leistungen (§§ 4 und 6 des AsylbLG) mit dem Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention vereinbar?

Nach Artikel 24 Absatz 2 Nummer 2 der UN-Kinderrechtskonvention (KRK) bemühen sich die Vertragsstaaten, die volle Verwirklichung des Rechts aus Artikel 24 Absatz 1 KRK auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sicherzustellen, und treffen insbesondere geeignete Maßnahmen, um sicherzustellen, dass alle Kinder die notwendige ärztliche Hilfe erhalten. Asyl begehrende Kinder haben, soweit kein Anspruch aus einer Krankenversicherung besteht, wie Erwachsene Anspruch auf Leistungen nach den §§ 4, 6 AsylbLG. Damit ist sichergestellt, dass alle Kinder die notwendige medizinische Hilfe erhalten. Zudem können nach § 6 AsylbLG darüber hinausgehende Leistungen für Kinder nicht nur gewährt werden, wenn sie im Einzelfall unerlässlich sind, sondern auch wenn sie zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten sind. Die dafür zuständigen Behörden sind gesetzlich verpflichtet, diese Leistungen von Amts wegen sicherzustellen und auf die besondere Schutzbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen, für die das AsylbLG gilt, Rücksicht zu nehmen.

159. Welche Untersuchungen bzw. Ergebnisse sind der Bundesregierung dazu bekannt, welche negativen Auswirkungen auf die Gesundheit die eingeschränkte medizinische Versorgung nach dem AsylbLG aber auch z. B. die jahrelange Unterbringung von Einzelpersonen und Familien in sog. Gemeinschaftsunterkünften unter engsten Bedingungen und nur eingeschränkter Wahrung der Persönlichkeitssphäre der Betroffenen oder auch eine erzwungene jahrelange Untätigkeit infolge ausländer- oder arbeitsrechtlicher Verbote bzw. Beschränkungen beim Arbeitsmarktzugang haben?

Falls keine Daten vorliegen, strebt die Bundesregierung die Erhebung solcher Daten an?

Nach Kenntnis der Bundesregierung liegen derzeit keine allgemeinen Untersuchungen zu Gesundheitsdaten über Flüchtlinge im Zusammenhang mit den in der Frage genannten Indikatoren zur Unterbringungs- und Beschäftigungssituation vor. Ausgehend davon, dass Studien einen Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und der individuellen Gesundheitssituation bestätigen, wird in der Literatur zwar die Auffassung vertreten, dass die besondere Situation von Asylbewerbern (z. B. traumatische Erfahrungen, Stressbelastungen im Asylverfahren) zu – insbesondere psychischen – Erkrankungen führen kann. Inwieweit dabei auch das Zusammenleben in räumlicher Enge und Passivität durch fehlende Arbeitsmöglichkeiten als Indikatoren eine Rolle spielen, ist durch wissenschaftlich-empirische Untersuchungen jedoch nicht belegt. Umfassende und verlässliche Daten liegen hierzu nicht vor. Die Bundesregierung beabsichtigt derzeit nicht, derartige Daten zu erheben.

160. Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um eine optimale und möglicherweise auch präventive Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Aufenthaltstitel sicherzustellen, wie ist der aktuelle Stand der Dinge, und inwieweit berücksichtigt die Bundesregierung dabei, dass es in der Praxis häufig die Angst vor einer Abschiebung ist, die Betroffene davon abhält, die medizinisch erforderliche gesundheitliche Versorgung in Anspruch zu nehmen?

Aus Sicht der Bundesregierung sind die gesetzlichen Regelungen zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Aufenthaltstitel ausreichend. Die Erläuterungen zu der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (AVV-AufenthG) weisen darauf hin, dass Abrechnungsstellen öffentlicher Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte solcher Krankenhäuser, die Kostenträger von Gesundheitsleistungen nach § 4 AsylbLG nicht dazu verpflichtet sind, personenbezogene Angaben über illegal hier lebende Ausländer weiterzugeben. Die praktische Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zur Gesundheitsversorgung ist Aufgabe der Kommunen und der Länder.

Bei der Entscheidung über einen Asylantrag oder eine Abschiebung spielt es keine Rolle, in welchem Ausmaß die Betroffenen in Deutschland eine medizinische Versorgung in Anspruch genommen haben.

Eigenbeteiligungen/private Gesundheitsausgaben

161. Für welche Gesundheitsleistungen müssen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Zuzahlungen und andere Selbstbeteiligungen leisten, und wie hoch sind diese jeweils?

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, müssen sich an den Kosten bestimmter Leistungen beteiligen. Der Eigenanteil leistet einen Finanzierungsbeitrag und soll bewirken, dass die Versicherten im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine kostenbewusste und verantwortungsvolle Inanspruchnahme von Leistungen Wert legen. Grundsätzlich leisten Versicherte 10 Prozent der Kosten einer Leistung, mindestens 5 Euro, höchstens jedoch 10 Euro als Zuzahlung. Es sind jedoch nie mehr als die Kosten der jeweiligen medizinischen Maßnahme zu entrichten. Zudem haben Versicherte je Quartal bei jedem ersten Arzt- und bei jedem ersten Zahnarztbesuch eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro, die so genannte Praxisgebühr, zu entrichten.

Besondere Zuzahlungsregelungen bestehen für die Bereiche der stationären Behandlung (stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sowie Krankenhausbehandlung einschließlich Anschlussheilbehandlung) und der Heil- und Hilfsmittel, bei häuslicher Krankenpflege sowie bei den Fahrkosten. Für stationäre Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro für maximal 28 Tage pro Jahr erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 Prozent des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

Kinder und Jugendliche sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich von Zuzahlungen befreit. Für alle anderen Versicherten gilt generell eine Belastungsgrenze von 2 Prozent des Bruttohaushaltseinkommens; chronisch Kranke werden maximal mit 1 Prozent des Bruttohaushaltseinkommens durch Zuzahlungen belastet. Zudem gilt eine Befreiung von der Praxisgebühr bei Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Früherkennung von Erkrankungen und für Präventionsleistungen wie z. B. Schutzimpfungen.

162. Wie viel Geld nimmt die GKV durch Zuzahlungen jährlich ein, und wie vielen Beitragssatzpunkten entspricht diese Summe (bitte aufschlüsseln in Zuzahlungen für Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz, Krankenhausaufenthalte sowie Praxisgebühr)?

Im Jahr 2009 betrug das in der GKV statistisch ausgewiesene Zuzahlungsvolumen insgesamt 4,9 Mrd. Euro. Dies entspricht rechnerisch knapp 0,5 Beitragssatzpunkten. Die Zuzahlungen für Arzneimittel betragen rund 1,7 Mrd. Euro, für Heil- und Hilfsmittel rund 0,5 Mrd. Euro, für Krankenhausbehandlungen rund 0,6 Mrd. Euro, für ärztliche Behandlung rund 1,5 Mrd. Euro und für zahnärztliche Behandlung rund 0,4 Mrd. Euro.

163. Welche Gehaltsklassen werden nach Ansicht der Bundesregierung durch die einkommensunabhängigen Pauschalen in Form von Zuzahlungen am meisten belastet?

Wie bereits in der Antwort auf Frage 161 dargestellt, handelt es sich bei den Zuzahlungen nicht um einkommensunabhängige „Pauschalen“. Gemäß § 62 SGB V haben Versicherte während eines jeden Kalenderjahres außerdem nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest eines Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind.

164. Gibt es Studien, welche die Kosten für das Gesundheitssystem aufgrund von unterlassenen Arztbesuchen bzw. Therapien (inklusive Arzneimitteltherapien) aufgrund von Zuzahlungen untersucht haben, und was sind die Ergebnisse?

Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

Der Bundesregierung sind keine entsprechenden Studien bekannt.

165. Welche Studien haben bisher den Einfluss der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch Menschen unterschiedlicher Einkommensschichten untersucht, und was sind die Ergebnisse?

Die Auswirkung der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen wurde in verschiedenen Studien untersucht.

Die Bertelsmann Stiftung hat im Herbst 2005 eine Studie veröffentlicht, nach der eine Reduzierung der Arztbesuche bei den unteren Einkommen etwas häufiger festgestellt wurde als im Durchschnitt aller Einkommen.

Durch eine Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) im Sommer 2005 stellte sich heraus, dass im zweiten Jahr nach Einführung die Praxisgebühr immer seltener zur Vermeidung von Arztbesuchen führte. Bei Versicherten mit einem Nettohaushaltseinkommen von bis zu 1 000 Euro und bei den Beschäftigungslosen sei der Anteil der vermiedenen Arztbesuche von 20 Prozent im Jahr 2004 auf 8,2 bzw. 10 Prozent im Jahr 2005 gesunken.

Eine Untersuchung des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) im Jahr 2006 ergab, dass die Einführung der Praxisgebühr in der Regel nur zu einer zeitlichen Verschiebung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen führte.

Eine gemeinsame Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) und der Technischen Universität Berlin aus dem Jahr 2005 belegte, dass es mit der Einführung der Praxisgebühr nicht zur Vermeidung „medizinisch notwendiger Behandlungen“ gekommen ist. Vielmehr habe sich die Anzahl vermeintlich unnötiger Arztbesuche vermindert. Dies führten die Autoren auf die gleichzeitige Einführung von Überweisungsscheinen zurück. Zu einer Benachteiligung der „unteren sozialen Gruppen“ komme es hingegen nicht, da der Rückgang der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in allen Einkommensschichten nahezu identisch sei.

In der zweiten Studie des DIW zur Wirksamkeit der Praxisgebühr aus dem Jahr 2008 wurden Daten aus den Jahren 2000 bis 2003 und Daten aus den Jahren 2005 bis 2006 ausgewertet. Die Daten aus dem Jahr 2004 blieben aufgrund der Einführungsphase der Praxisgebühr unberücksichtigt. Im Ergebnis konnte, nach Einführung der Praxisgebühr, kein statistisch signifikanter Rückgang bei der Zahl der Arztbesuche der GKV-Versicherten festgestellt werden.

Eine erneute Versichertenbefragung des WIdO aus Mai und Juni 2010 ergab, dass die Versicherten sich mit der Praxisgebühr arrangiert hatten. So sprachen sich 68,4 Prozent für die Beibehaltung der Praxisgebühr und 26,5 Prozent für eine Abschaffung der Praxisgebühr bei Anhebung des Krankenkassenbeitrags aus.

166. Welche Studien haben bisher den Einfluss der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand untersucht, und was sind die Ergebnisse?

Bekannt ist der Bundesregierung hier die Studie der Bertelsmann Stiftung (2005). Bei Versicherten, die sich im Jahr 2003 gesund oder sehr gesund fühlten ist mit Einführung der Praxisgebühr die Anzahl der Arztbesuche spürbar zurückgegangen. Anders bei Versicherten mit schlechtem Gesundheitsbefinden: Hier ist die Anzahl der Arztbesuche leicht rückgängig, aber nach wie vor oberhalb des Durchschnittsniveaus. Chronisch Kranke haben dagegen nicht auf eine Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen verzichtet. Nach Ansicht der Autoren führte neben der Einführung von Überweisungsscheinen (vgl. die Antwort zu Frage 165) der Ausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu Lasten der GKV zu einer verminderten Zahl an Arztkontakten. Versicherte wenden sich häufiger (beispielsweise bei kleineren Infekten) direkt an eine Apotheke. Dies würde belegen, warum gerade bei den sich gesund fühlenden Versicherten ein Rückgang an Arztkontakten festzustellen war.

Weitere Studien, die die Wirkung der Praxisgebühr abhängig vom Gesundheitszustand untersucht haben, sind dem BMG nicht bekannt. Dies liegt vor allem daran, dass aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht eine Datenerhebung nur auf freiwilliger Basis durch Selbstauskunft möglich ist.

167. Hat die Praxisgebühr nach Ansicht der Bundesregierung die erwünschten Steuerungswirkungen entwickelt?
168. Wie hoch sind die erwünschten im Vergleich zu den unerwünschten Steuerungswirkungen anzusehen, und wie viel Geld spart die GKV jährlich in der Summe aus beiden (bitte mit Zahlen belegen)?

Die Fragen 167 und 168 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die Einführung der Praxisgebühr die Zahl der Arztbesuche im Jahr 2004 sinken lassen. Auch in den darauffolgenden Jahren (bis 2006) wurde ein Rückgang der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen festgestellt. Dies ergibt sich aus einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Die Studie hat zudem belegt, dass sich Versicherte, wie von der Politik gewünscht, zunehmend den Hausarzt als Lotsen im Gesundheitswesen ausgesucht haben. Über die finanziellen Auswirkungen der veränderten Inanspruchnahme liegen der Bundesregierung keine konkreten Erkenntnisse vor.

169. Wurden Veränderungen bei der Inanspruchnahme von Rettungsstellen seit der Einführung der Praxisgebühr festgestellt?

Falls ja, welche sozialen Schichten betrafen diese Änderungen?

Ist nach Ansicht der Bundesregierung diese Entwicklung wünschenswert?

Zur Inanspruchnahme von Rettungsdiensten seit Einführung der Praxisgebühr liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

170. Mit welchen Begründungen haben die Regierungen in Österreich und in den Niederlanden Zuzahlungen für Arztbesuche wieder abgeschafft?

In Österreich wurde 2001 eine Ambulanzgebühr eingeführt. Mit ihr sollten die Krankenversicherungsträger finanziell entlastet und die Patientinnen und Patienten von den Krankenhausambulanzen zu den niedergelassenen Ärzten gelenkt werden. Weil eine finanzielle Entlastung in der erwarteten Weise ausblieb, wurde die Gebühr 2003 wieder abgeschafft. Eine so genannte Krankenscheingebühr wird seit 2006 nicht mehr erhoben. Stattdessen ist für die Krankenversicherungskarte – unabhängig von der Anzahl der Arztbesuche – ein jährliches Serviceentgelt zu entrichten.

In den Niederlanden gab es zu keinem Zeitpunkt Zuzahlungen zu Arztbesuchen. Allerdings bezahlen alle Versicherten über 18 Jahre einen obligatorischen Selbstbehalt (2009: 155 Euro) auf sämtliche medizinischen Leistungen mit Ausnahme von Leistungen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung, der Schwangerenversorgung und der zahnärztlichen Versorgung für unter 22-Jährige. Seit 2009 können Krankenversicherungen auf die Erhebung des Selbstbehalts verzichten, wenn die Versicherten Leistungserbringer, Medikamente oder Hilfsmittel wählen, mit denen bzw. über welche die Kasse im Vorfeld Verträge abgeschlossen hat.

171. Welche Studien haben die Auswirkungen von Zuzahlungen für Arznei- und Hilfsmittel auf die Therapietreue (Compliance) untersucht, und was sind die Ergebnisse?

172. Welche Auswirkungen von Zuzahlungen für Arznei- und Hilfsmittel sind für die unterschiedlichen sozialen Schichten festgestellt worden?

Wie bewertet die Bundesregierung die diesbezüglichen Studienergebnisse, und welche Konsequenzen zieht sie daraus?

173. Welche Studien haben die Auswirkungen von Zuzahlungen für stationäre Aufenthalte und Heilmittel auf deren Inanspruchnahme untersucht, und was sind die Ergebnisse?

Wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse, und welche Konsequenzen zieht sie daraus?

Die Fragen 171 bis 173 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen in § 62 Absatz 5 SGB V verpflichtet, für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkungen zu evaluieren und dem Deutschen Bundestag hierzu über das BMG bis spätestens zum 30. Juni 2007 einen Bericht vorzulegen. Wie bereits in der Bundestagsdrucksache 16/8652 dargelegt wurde, ist die Bundesregierung der Auffassung, dass sich aus dem im Januar 2008 von den Spitzenverbänden vorgelegten Bericht weder Schlussfolgerungen über Fehlsteuerungen der Zuzahlungsregelungen ableiten lassen, noch der Bericht die gegenwärtige Ausgestaltung der Ausnahmeregelung als einen sachgerechten Ansatz bestätigt. Daher wurde der Spitzenverband der Krankenkassen vom BMG gebeten, den gesetzlichen Auftrag des § 62 Absatz 5 SGB V zu übernehmen und bis zum Jahresende 2010 einen Bericht vorzulegen. Der GKV-Spitzenverband informierte das BMG darüber, dass aus seiner Sicht aufgrund fehlender Erkenntnisse über die Datenlage die Durchführung eines entsprechenden Forschungsvorhabens zur Evaluierung der Steuerungswirkungen der Zuzahlungsregelungen zum jetzigen Zeitpunkt zu keinem Ergebnis kommen könne. Um weitere unnötige Kosten zu vermeiden, sehe sich der GKV-Spitzenverband daher gezwungen, derzeit von einer Ausschreibung eines solchen Forschungsvorhabens abzusehen.

Das BMG prüft derzeit, welche Konsequenzen und möglichen Handlungsoptionen sich aus diesem Sachstand ergeben.

Im Übrigen lassen sich aus den vorliegenden Studien aus Sicht der Bundesregierung keine eindeutigen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Auswirkungen von Zuzahlungen auf die Therapietreue und die Inanspruchnahme der Leistungen ableiten. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die nach geltendem Recht zu entrichtenden Zuzahlungen die Versicherten grundsätzlich nicht davon abhalten, medizinisch notwendige Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auch die Ausgabenentwicklung seit Einführung der geltenden Zuzahlungsregelungen liefert keine Anhaltspunkte für entsprechende Fehlentwicklungen.

174. In welcher Höhe zahlen Versicherte jährlich Beträge, um medizinische Dienstleistungen oder Arznei- und Hilfsmittel, deren Preise oberhalb des Erstattungsbetrages liegen, zu beziehen, und wie vielen Beitragssatzpunkten entspricht dieser Betrag?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, da die Mehrkosten der Versicherten oberhalb von Festbeträgen nicht in den Statistiken der Krankenkassen erfasst werden. Auch die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes sieht keine entsprechende Differenzierung vor.

175. In welcher Höhe zahlen Versicherte jährlich Beträge für Dienstleistungen oder Produkte, die in den letzten zehn Jahren aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen wurden, und wie vielen Beitragssatzpunkten entspricht dieser Betrag?

Der Bundesregierung liegen keine konkreten Daten über die Ausgaben der Versicherten für Produkte und Dienstleistungen vor, die in den letzten zehn Jahren aus dem Leistungskatalog gestrichen wurden. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der GKV-Finanzierungsreform keine Kürzungen von Leistungen der GKV vorgesehen sind.

176. Wie hoch sind die privaten Gesundheitsausgaben außerhalb der Krankenvollversicherung in Deutschland, und wie haben sie sich in den letzten fünf Jahren prozentual entwickelt?

Die jährlich aktualisierte Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes stellt die Gesundheitsausgaben u. a. differenziert nach Ausgabenträgern dar. Gemäß dieser Datenbasis wurden im Jahr 2008 – neuere Daten liegen noch nicht vor – insgesamt rund 35,34 Mrd. Euro von den privaten Haushalten/privaten Organisationen ohne Erwerbszweck für Gesundheit aufgewandt. Das waren 13,4 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Dieser Anteilswert ist in den letzten Jahren sehr stabil geblieben: Im Jahr 2007 belief er sich auf 13,7 Prozent, im Jahr 2006 auf 13,8 Prozent, im Jahr 2005 auf 13,6 Prozent und im Jahr 2004 auf 13,7 Prozent.

177. Wie hat sich relativ zum jeweiligen Einkommen die finanzielle Belastung für Gesundheitsausgaben (Beiträge plus Zuzahlungen) für abhängig Beschäftigte (ohne Beamte), für Beamte, für Rentnerinnen und Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung (getrennt für Altersrenten und Erwerbsminderungsrenten) und für Pensionäre von 1970 bis heute entwickelt (bitte insgesamt und nach Einkommensquintilen aufgeschlüsselt und nach privater und gesetzlicher Krankenversicherung getrennt angeben)?

Die Frage kann auf Basis amtlicher Statistiken nicht in der gewünschten Differenzierung und nicht für den gewünschten Zeitraum beantwortet werden. Das Statistische Bundesamt verfügt zwar mit der im Fünfjahresabstand durchgeführten Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) und den jährlich durchgeführten Laufenden Wirtschaftsrechnungen (LWR) über Erhebungen, die die finanzielle Belastung der Haushalte durch Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung, durch freiwillige Beiträge zu einer Krankenversicherung sowie durch Ausgaben für Gesundheitspflege (hierunter fallen z. B. Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen, Ausgaben für rezeptfreie Arzneimittel usw.) erfassen. Allerdings werden dort die Haushalte von Alters- und Erwerbsminderungsrentnern nicht differenziert erfasst; eine Aufschlüsselung nach Einkommensquintilen oder dem Versicherungsstatus im gewünschten Sinne ist ebenfalls nicht möglich. Haushalte von Rentnern und Pensionären werden in der EVS zudem erst seit 1998 differenziert ausgewiesen; in früheren Jahren wurden sie in der Gruppe der Nichterwerbstätigen, zu der u. a. auch Studenten gehören, erfasst. Schließlich liegen differenzierte Angaben zur Höhe der Ausgaben für Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung nach sozialer Stellung des Haushalts in der EVS nur seit der vorletzten Erhebung vor (in den LWR weiterhin nicht).

In der folgenden Tabelle werden die entsprechenden Ergebnisse der EVS 2008 berichtet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich um Durchschnittswerte zu Einkommen und Ausgaben von Haushalten, nicht von Personen handelt.

Tabelle: Durchschnittliches Haushaltsbruttoeinkommen¹ und durchschnittliche Ausgaben für Gesundheit nach sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers des Haushalts im Jahr 2008 (je Haushalt in Euro/Monat)

	Beamte	Angestellte	Arbeiter	Rentner	Pensionäre
Haushaltsbruttoeinkommen (bereinigt ¹)	5 059	4 847	4 051	2 287	4 345
Ausgaben für Gesundheit insgesamt	351	407	320	271	480
davon:					
Pflichtbeiträge zur GKV	41	199	229	129	21
Pflichtbeiträge zur sozialen Pflegeversicherung	8	35	31	28	7
Pflichtbeiträge zur privaten Pflegeversicherung	20	3	0	1	32
Freiwillige Beiträge zur GKV	15	64	7	10	35
Versicherungsprämie für PKV	239	60	14	28	276
Ausgaben für Gesundheitspflege (bereinigt ¹)	28	46	39	75	109
Finanzielle Belastung (Ausgaben für Gesundheit in Prozent des bereinigten Haushaltsbruttoeinkommens ¹)	6,9	8,4	7,9	11,8	11,0

Quelle: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008 des Statistischen Bundesamtes.

¹ Haushaltsbruttoeinkommen und Ausgaben für Gesundheitspflege jeweils bereinigt um Beihilfen im öffentlichen Dienst sowie Erstattungen und Leistungen privater Versicherungen.

Zudem ist auf Folgendes hinzuweisen: In der EVS werden die Ausgaben für die Begleichung von Rechnungen für medizinische Leistungen bei den Ausgaben für Gesundheitspflege erfasst. Kostenerstattungen durch die Beihilfe im öffentlichen Dienst bzw. durch private Krankenversicherungen werden hingegen bei den Haushaltsbruttoeinkommen berücksichtigt und erhöhen dieses entsprechend. Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zur finanziellen Belastung unterschiedlicher Haushalte mit Gesundheitsausgaben zu gewährleisten, mussten in der Tabelle daher das Haushaltsbruttoeinkommen der EVS sowie die Ausgaben für Gesundheitspflege jeweils um diese Positionen bereinigt werden.

178. Wie stark ist in den letzten fünf Jahren in Deutschland der Anteil für private Gesundheitsausgaben im ALG-II-Regelsatz absolut und prozentual gestiegen?

Der Bundesregierung liegen keine Angaben dazu vor, in welchem Umfang Bezieher von ALG II private Gesundheitsausgaben haben. Für die Bemessung der Regelsätze sind die Verbrauchsausgaben derjenigen maßgeblich, die keine Fürsorgeleistungen beziehen.

179. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung darüber, wie viele Beziehende von SGB-II-Leistungen die Zuzahlungshöchstgrenze erreichen (bitte in absoluten Zahlen und als Quote angeben)?

Nach Auskunft der Bundesagentur für Arbeit (BA) liegen hierzu aus der Statistik keine Erkenntnisse vor.

180. Welche Erkenntnisse besitzt sie darüber, wie viele Leistungsbeziehende Schwierigkeiten haben, das bürokratische Procedere zu bewältigen, das bei Erreichen der Belastungsgrenze von weiteren Zuzahlungen befreit?
181. Wie hoch schätzt sie den Anteil derer ein, die zwar Anspruch auf eine Befreiung hätten, diese aber nicht beantragen?
182. Wie hoch schätzt sie den Anteil derer ein, die zwar Anspruch auf eine Befreiung hätten, diese aber aufgrund von Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Prozederes nicht erwirken?

Die Fragen 180 bis 182 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Zuzahlungsbefreiung wird von den gesetzlichen Krankenkassen einheitlich nach der Verwaltungsvereinbarung zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V vom 22./23. Januar 2008 der ehemaligen Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen gehandhabt. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse dazu vor, dass diese Verfahren für die Versicherten zu bürokratisch und nicht handhabbar sind. Die gesetzlichen Krankenkassen sehen für ihre Versicherten die Möglichkeit vor, dass insbesondere dann, wenn innerhalb kurzer Zeiträume die Belastungsgrenze erreicht würde, bereits zu Jahresbeginn eine Befreiungsbescheinigung gegen Vorauszahlung der maximalen Zuzahlung ausgestellt werden kann. So entfällt beispielweise für die mit regelmäßig hohen Zuzahlungen belasteten Personenkreise eine ggf. über die Belastungsgrenze hinausgehende vorläufige finanzielle Überforderung bei späterer Antragstellung sowie das Sammeln und Einreichen der Zuzahlungsquittungen.

183. Welche Untersuchungen zu den Auswirkungen von Werbung für Lebensmittel und Fastfoodrestaurants gibt es, und welche Ergebnisse haben sie geliefert?

Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

Ein direkter ursächlicher Zusammenhang zwischen Lebensmittelwerbung und der Entstehung von Übergewicht ist wissenschaftlich nicht abgesichert. Werbung für Lebensmittel und Fastfood-Restaurants kann jedoch Einfluss auf die Ausbildung von Ernährungspräferenzen haben. Die Bundesregierung hat mit dem Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ eine übergreifende Strategie mit vielfältigen Maßnahmen beschlossen. Dabei soll insgesamt ein gesünderer Lebensstil mit einem ausgewogenen Ernährungsverhalten in Verbindung mit ausreichend Bewegung gefördert werden. Zahlreiche Maßnahmen unterstützen daher insbesondere die Vermittlung von theoretischem und auch praktischem Ernährungs- und Bewegungswissen, u. a. auch im Hinblick auf einen bewussteren und kritischeren Umgang mit Werbung, als Basis für ein gesünderes Verhalten.

184. Wie beurteilt die Bundesregierung die 2007 im Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland dargestellte Tatsache, dass der schulische Leistungsdruck eine wesentliche Ursache für psychische Probleme der Kinder und Jugendlichen darstellt und Kinder einkommensschwacher Familien hier verstärkt betroffen sind, und welche Konsequenzen zieht sie daraus?

In dem Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland (KIGGS) wird mehrmals darauf hingewiesen, dass die Ursachen von Verhaltensstörungen vielfältig sind. In Kapitel 2.2 werden zwei Faktoren benannt, die als beson-

ders wichtig dargestellt werden: die Überbeanspruchung durch Schule und Defizite im Erziehungsverhalten. In diesem Zusammenhang werden mehrere repräsentative Studien zitiert, die zeigen, dass Kinder bzw. Schülerinnen und Schüler wenig zufrieden mit ihrer Schulsituation, den Lehrkräften und dem Schulklima sind. Die benannten Studien belegen, dass die Anforderungen an die Schülerinnen und Schüler im Zeitverlauf gestiegen sind und sich deren Einstellung verschlechtert hat; es können jedoch keine Rückschlüsse auf ursächliche Zusammenhänge zwischen schulischem Leistungsdruck und psychischen Problemen der Kinder und Jugendlichen insbesondere in einkommenschwachen Familien gezogen werden. Die in dem Bericht zitierte bundesweit repräsentative Bella-Studie zeigt, dass psychische Auffälligkeiten bei Kindern aus Familien mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status signifikant häufiger vorkommen; eine Ursachenanalyse kann allerdings auch mit dieser Querschnittsuntersuchung nicht durchgeführt werden. Hierzu bedarf es Längsschnittstudien wie der Weiterführung des KiGGS im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI. Ergebnisse aus der zurzeit laufenden Studie sind nach 2012 zu erwarten. Für Maßnahmen im schulischen Bereich liegt die Zuständigkeit bei den Ländern.

185. Welche Daten liegen der Bundesregierung über die Verteilungswirkung der Zusatzbeiträge vor?

Der Bundesregierung liegen hierüber keine Daten vor.

186. Liegen der Bundesregierung Daten über die Morbidität und das Einkommen der Gruppe derjenigen gesetzlich Versicherten vor, die wegen Zusatzbeiträgen die Krankenkasse gewechselt haben?

Wie beurteilt die Bundesregierung Aussagen (z. B. Süddeutsche Zeitung vom 31. März 2010), nach denen Krankenkassenwechsel aus finanziellen Gründen häufiger von gesunden und besser verdienenden Versicherten wahrgenommen werden als von kranken und gering verdienenden Versicherten?

Sieht die Bundesregierung einen Handlungsbedarf, und wie will die Bundesregierung vorgehen, um einer Verstärkung der dadurch bedingten sozialen Schieflage entgegenzuwirken?

Der Bundesregierung liegen keine konkreten Daten über den Morbiditätsstatus und das Einkommen von Kassenwechslern im Zusammenhang mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen vor. Aus den monatlichen Versichertenstatistiken der Krankenkassen lassen sich solche Schlussfolgerungen nicht ableiten.

187. Hat nach Ansicht der Bundesregierung die Halbierung des Zuschusses für eine künstliche Befruchtung dazu geführt, dass sozial benachteiligte Paare von dieser Form der Familienplanung weitgehend ausgeschlossen sind?

Der Anspruch von Versicherten der GKV auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V ist durch das GKV-Modernisierungsgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 2004 eingeschränkt worden. Seit diesem Zeitpunkt werden nur noch drei statt vier Versuche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft von den Krankenkassen anteilig übernommen. Zugleich gelten Altersgrenzen zwischen 25 und 40 Lebensjahren für Frauen bzw. 50 Lebensjahren bei Männern. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen beträgt 50 Prozent, so dass die Versicherten mit einer Eigenbeteiligung von ebenfalls 50 Prozent an den Kosten der künstlichen Befruchtung beteiligt werden.

Die Einschränkungen wurden für erforderlich gehalten, um die Ausgaben der GKV für künstliche Befruchtung zu begrenzen. Auch wurden sie auf Fälle medizinischer Notwendigkeit konzentriert. Die erwarteten Einsparungen wurden (zusammen mit den Einsparungen bei Sterilisation) auf ca. 100 Mio. Euro beziffert. Für die Begrenzung der Versuchszahl (von vier auf drei) und die Einführung von oberen Altersgrenzen hat auch gesprochen, dass die Erfolgsaussichten der künstlichen Befruchtung nach dem dritten Versuch und mit zunehmendem Alter der Frau immer geringer werden. In zwei Ländern (Sachsen und Sachsen-Anhalt) gibt es eine darüber hinausgehende staatliche Förderung.

Der Bundesregierung liegen keine belastbaren Erkenntnisse darüber vor, inwieweit die diesbezügliche Gesetzesänderung zu einer besonderen Benachteiligung von sozial benachteiligten Paaren geführt hat.

188. Haben die Kürzungen des Zuschusses für zahnmedizinische Behandlungen und die den Versicherten daraus entstehenden, teils immensen Selbstbeteiligungen nach Ansicht der Bundesregierung zu gesundheitlichen Ungleichheiten geführt?
189. Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass die genannten hohen Selbstbeteiligungen in der Zahnmedizin und deswegen unterlassene Behandlungen zu Ungleichheiten in den sozialen Teilhabemöglichkeiten, beispielsweise am Arbeitsmarkt, führen?

Die Fragen 188 und 189 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Mit den seit dem 1. Januar 2005 geltenden Festzuschüssen für Zahnersatz sind grundsätzlich keine Kürzungen der von den Krankenkassen gewährten Zuschüsse verbunden.

Die Festzuschüsse zum Zahnersatz umfassen 50 Prozent der für die zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Herstellung festgesetzten Beträge für die Regelversorgung. Die Bonusregelungen bleiben im früheren Umfang erhalten. Sie sind lediglich an die Festzuschusskonzeption angepasst worden. Daraus folgt, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen 60 bzw. 65 Prozent der Beträge für die jeweilige Regelversorgung von der gesetzlichen Kasse zu zahlen sind.

Versicherte, die sich für die Regelversorgung entscheiden, erhalten eine gute zahnmedizinische Versorgung und müssen nicht mehr zuzahlen als im Rahmen der zuvor geltenden prozentualen Bezuschussung. Auch Härtefallregelungen, die Versicherte vor unzumutbarer Belastung schützen, sind erhalten geblieben. In Fällen einer unzumutbaren Belastung erhalten Versicherte die Regelversorgung deshalb kostenfrei.

Vor diesem Hintergrund haben Festzuschüsse beim Zahnersatz nicht zu gesundheitlichen oder sozialen Ungleichheiten geführt. Entsprechende Gefahren sieht die Bundesregierung auch für die Zukunft nicht.

Finanzierung/Wahltarife

190. Wie viel Prozent der Menschen mit eigenem Einkommen beteiligen sich nicht am Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung, und welche Gehaltsklassen betrifft dies vor allem?

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stützt sich derzeit in ihrer Finanzierung auf die Beitragseinnahmen und den Bundeszuschuss. An der Mittelaufbringung für diesen Bundeszuschuss beteiligen sich über die Steuerfinanzierung alle Menschen gemäß ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Entspre-

chendes gilt künftig auch hinsichtlich des mit dem Zusatzbeitrag verbundenen Sozialausgleichs, der grundsätzlich aus Steuermitteln finanziert werden soll.

191. Welcher allgemeine Beitragssatz würde sich errechnen, wenn sich alle Menschen, die heute privat versichert sind, gesetzlich versichern würden (bitte getrennt angeben für den Fall der Beibehaltung der Familienmitversicherung nach dem Recht der GKV und für den Fall, dass jede Person individuell auf ihr Einkommen Beiträge entrichten müsste)?
193. Welcher allgemeine Beitragssatz würde sich errechnen, wenn beide Maßnahmen, Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze und Beitritt aller Privatversicherten in die GKV, verwirklicht würden (bitte getrennt angeben für den Fall der Beibehaltung der Familienmitversicherung nach dem Recht der GKV und für den Fall, dass jede Person individuell für ihr Einkommen Beiträge entrichten müsste)?

Die Fragen 191 und 193 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zu diesen Fragen liegen der Bundesregierung keine belastbaren Erkenntnisse vor. Eine Beantwortung der Fragen setzt detaillierte Kenntnisse über die Einkommensverteilung und Morbidität von privat Versicherten voraus. Solche Daten liegen der Bundesregierung nicht vor.

Es kann geschätzt werden, dass in der GKV etwa 5 Millionen Ehepartner beitragsfrei mitversichert sind. Zur Beantwortung der Frage, welche Beitragseinnahmen durch die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung erzielt werden könnten, wäre zunächst festzulegen, welche beitragspflichtigen Einnahmen bei den bislang beitragsfrei Mitversicherten zu unterstellen wären.

192. Welcher allgemeine Beitragssatz würde sich errechnen, wenn alle Menschen, die derzeit gesetzlich versichert sind, auch für ihr Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze Beiträge entrichten müssten?

In der GKV liegen keine Informationen zu der Einkommensverteilung von Mitgliedern der GKV über der Beitragsbemessungsgrenze vor. Die Anzahl der freiwillig versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der GKV, also der Personen, die ein Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE) (im Jahr 2009 betrug die JAE 4 050 Euro/Monat) erzielen, lag im Jahr 2009 bei 1,7 Millionen.

194. Über welche Informationen bezüglich der Einsparungen der GKV durch Wahltarife verfügt die Bundesregierung angesichts der Tatsache, dass die GKV verpflichtet ist, regelmäßig darüber Bericht zu erstatten?

Gemäß § 53 Absatz 9 SGB V müssen die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle 3 Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Die konkrete Durchführung der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung durch die Aufsichtsbehörden ist – je nachdem, um welche Art Wahltarif es sich handelt – kassenindividuell sehr unterschiedlich, da nicht nur die Tarife von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich ausgestaltet sind, sondern auch der Wirtschaftlichkeitsnachweis auf verschiedene Art und Weise geführt werden kann.

Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Krankenkassen hat mitgeteilt, dass die Satzungsgenehmigungen für neue Wahltarife zunächst nur auf der Grundlage von Plausibilitätsdarstellungen erteilt werden können. Es hat die von den seiner Aufsicht unterstehenden Krankenkassen vorgelegten Kalkulationen deshalb in der Startphase mit dem Vorbehalt des Widerrufs versehen für den Fall, dass die nachträgliche Prüfung der Rechnungsergebnisse ergibt, dass die Finanzierung der Aufwendungen für die Tarife nicht den Anforderungen des Gesetzes entspricht. Für die Versicherten ist damit derzeit nicht sichergestellt, ob die Tarife den gesetzlichen Vorgaben entsprechen und auf Dauer angeboten werden können.

Angesichts der Unsicherheiten bezüglich ihrer Wirtschaftlichkeit und langfristigen finanziellen Tragfähigkeit sieht der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vor, bei den Wahlтарифen die Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung klarer auszugestalten und die Möglichkeiten ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen zu erweitern. Mit dem am 12. November 2010 vom Deutschen Bundestag beschlossenen GKV-Finanzierungsgesetz werden die Wahlтарифe vor diesem Hintergrund im Hinblick auf die Wahlfreiheit der Versicherten weiterentwickelt. Die Mindestbindungsfrist für die Tarife „Prämienzahlung“, „Kostenerstattung“ und „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ wird auf ein Jahr reduziert. Das Sonderkündigungsrecht zu Beendigung der Mitgliedschaft in der Krankenkasse im Falle der Einführung oder Anhebung eines Zusatzbeitrags bzw. im Falle der Verringerung von Prämienzahlungen nach § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V gilt künftig auch für Mitglieder in Wahlтарифen (Ausnahme: Krankengeld). Im Hinblick auf das Verbot der Quersubventionierung ist künftig mindestens alle drei Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen.

195. Stellt die Tatsache, dass in Kostenerstattungstarifen das finanzielle Risiko für nicht erstattungsfähige Leistungen auf die Versicherten übertragen wird, die Versicherten aber andererseits kaum Möglichkeiten besitzen, erstattungsfähige von nicht erstattungsfähigen Leistungen zu unterscheiden, nach Ansicht der Bundesregierung eine akzeptable Belastung für die Versicherten dar?

Ist die von Krankenkassen praktizierte gehaltsabhängige Obergrenze an Selbstbehalt nach Einschätzung der Bundesregierung ausreichend, um Härten zu meiden?

Bei der Wahl der Kostenerstattung ist gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 und 4 SGB V der Versicherte durch den Leistungserbringer darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, durch ihn zu tragen sind. Insofern ist dem Versicherten vor der Behandlung bekannt, welche Kosten auf ihn zukommen.

Es wird zu prüfen sein, ob im Rahmen der beabsichtigten Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung bei den Wahlтарифen entsprechende klarstellende Regelungen in einem kommenden Gesetzgebungsverfahren erfolgen können.

Soweit Krankenkassen in ihrer Satzung Wahlтарифe vorsehen, bei denen die Höhe des wählbaren Selbstbehalts abhängig vom Einkommen ist, ist dies geeignet, Härten für die Mitglieder zu vermeiden. Im Übrigen hat die Satzung der Krankenkasse nach gesetzlicher Regelung ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen (§ 53 Absatz 8 Satz 3 SGB V).

196. Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass Selbstbehalttarife und Beitragsrückerstattungstarife Versicherte dazu verleiten könnten, notwendige Arztbesuche aufzuschieben oder ganz zu unterlassen?

Nein. Darüber hinaus bleiben bei dem Wahltarif nach § 53 Absatz 2 Satz 3 SGB V beispielsweise die Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, unberührt.

197. Ist es im Sinne der Bundesregierung, dass ärmere Menschen durch Selbstbehalttarife und Beitragsrückerstattungstarife benachteiligt werden, da diese aufgrund ihrer durchschnittlich höheren Morbidität seltener die Möglichkeit haben, durch Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife Geld zu sparen?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, was unternimmt die Bundesregierung dagegen?

198. Ist es im Sinne der Bundesregierung, dass vor allem gesunde Gutverdiener am meisten von Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarifen profitieren?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, was unternimmt die Bundesregierung dagegen?

199. Ist es im Sinne der Bundesregierung, dass chronisch kranken Menschen, beispielsweise Menschen mit angeborenem Typ-1-Diabetes, gegenüber Gesunden durch die Einführung von Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarifen stärker durch Beiträge belastet werden?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, was unternimmt die Bundesregierung dagegen?

Die Fragen 197 bis 199 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

CDU, CSU und FDP haben sich in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt, dass die individuellen Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten erweitert werden sollen. Der auch durch diese Maßnahmen intensivierter Wettbewerb um Leistungen, Preise und Qualität ermöglicht eine an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtete Krankenversicherung sowie eine gute medizinische Versorgung. Im Übrigen gilt für entsprechende Tarife die gesetzliche Vorgabe, dass diese sich finanziell selbst tragen müssen; eine Quersubventionierung von Wahlтарifen aus dem allgemeinen Haushalt der Krankenkassen und damit durch von nicht in diesen Wahlтарifen versicherte Mitglieder ist ausdrücklich nicht erlaubt. Mit dem am 12. November 2010 vom Deutschen Bundestag beschlossenen GKV-Finanzierungsgesetz wurde unter anderem die Mindestbindungsfrist für den Tarif „Prämienzahlung“ auf ein Jahr reduziert. Ferner gilt das Sonderkündigungsrecht bei der Erhebung oder Erhöhung von Zusatzbeiträgen bzw. Verringerung von Prämienzahlungen künftig auch für Teilnehmer an Wahlтарifen (Ausnahme: Krankengeld). Schließlich sind die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben zum Verbot der Quersubventionierung nochmals verstärkt worden. Auf die Antwort zu Frage 194 wird verwiesen.

Zugang zum Gesundheitssystem, Patientensicherheit

200. Hat der weitgehende Ausschluss der Fahrtkosten aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nach Ansicht der Bundesregierung zu einer Verschlechterung der Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem für weitgehend immobile Patientinnen und Patienten geführt?

Der Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten richtet sich nach § 60 SGB V. Danach haben Versicherte Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten, wenn dies aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist. Die Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung werden nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen übernommen, die durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt werden.

In der Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten werden in § 8 Absatz 2 die Voraussetzungen für die Übernahme der Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung bestimmt. Danach muss der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapiechema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz aufweist und diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf muss den Patienten in einer Weise beeinträchtigen, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden für Leib und Leben unerlässlich ist (z. B. Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie und onkologische Chemotherapie).

Darüber hinaus bestimmt § 8 Absatz 3 Satz 1, dass eine Fahrt zu einer ambulanten Behandlung verordnet und genehmigt werden kann, wenn ein Schwerbehindertenausweis mit dem Markenzeichen „aG“, „BI“ oder „H“ oder ein Einstufungsbescheid nach dem SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorliegt.

Bezüglich der angesprochenen Immobilität bestimmt § 8 Absatz 3 Satz 2 der o. g. Richtlinie, dass Fahrten auf ärztliche Verordnung von den Krankenkassen zu genehmigen sind, wenn die Versicherten in ihrer Mobilität vergleichbar einem Schwerbehinderten oder einer in die Pflegestufe 2 oder 3 eingestuften Person eingeschränkt sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

Dabei anfallende Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V werden ihrer Höhe nach gemäß § 62 SGB V durch die Belastungsgrenze beschränkt.

Durch diese rechtlichen Festlegungen wird der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für immobile Patientinnen und Patienten gewährleistet.

201. Besteht nach Erkenntnissen der Bundesregierung die Gefahr, dass die niedrige Honorierung der ärztlichen Hausbesuche die Versorgung von immobilen Patientinnen und Patienten verschlechtert?

Die vertragsärztliche Versorgung ist vertraglich von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Nach Auffassung der Bundesregierung brauchen Ärztinnen und Ärzte einen gesicherten Rahmen für ihre Arbeit. Eine Grundvoraussetzung ist ein einfaches, verständliches Vergütungssystem, das die Leistungen adäquat abbildet. Hierzu ist geplant, dass die Honorarreform der vergangenen Legislaturperiode zeitnah überprüft werden soll. Dazu gehört auch, dass die ärztlichen Hausbesuche angemessen honoriert werden.

202. Welche Informationen liegen der Bundesregierung bezüglich der unterschiedlichen Beeinflussung von Menschen unterschiedlicher sozialer Schichten mittels gesundheitsbezogener Produktwerbung (z. B. Arzneimittelwerbung) vor?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse bezüglich der unterschiedlichen Beeinflussung von Menschen unterschiedlicher sozialer Schichten mittels gesundheitsbezogener Produktwerbung (z. B. Arzneimittelwerbung) vor.

203. Welche Unterschiede sind der Bundesregierung im Arzneimittelkonsum unterschiedlicher sozialer Schichten bekannt?

Woraus erklären sich etwaige Unterschiede, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Der Bundesregierung liegen darüber keine Erkenntnisse vor, da Angaben zum Einkommen der Versicherten nicht in den Verordnungsstatistiken der Krankenkassen erfasst werden. Auch die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes sieht keine entsprechende Differenzierung vor.

204. Ist die Bundesregierung der Meinung, dass die jetzigen Gebrauchsinformationen zu Arzneimitteln geeignet sind, bei allen Bevölkerungsgruppen, auch bildungsfernen Schichten, einen rationalen und verantwortungsbewussten Umgang herbeizuführen?

Falls nein, welche Probleme sieht sie, und welche Bevölkerungsgruppen sind hier benachteiligt?

Falls ja, auf welche Daten stützt sich die Bundesregierung?

Die Packungsbeilagen von Arzneimitteln sind nach Auffassung der Bundesregierung geeignet, allen Patientinnen und Patienten die notwendigen Informationen für einen sachgerechten Umgang mit den betreffenden Arzneimitteln zu vermitteln.

Die Gestaltung der Packungsbeilagen ist europaweit verbindlich harmonisiert und in Deutschland im Arzneimittelgesetz geregelt. Danach müssen die Aussagen in der Packungsbeilage in einer bestimmten Reihenfolge, allgemein verständlich, in deutscher Sprache und in gut lesbarer Schrift gemacht werden. Bei der Formulierung der Texte in den Packungsbeilagen müssen mehrere Aspekte bedacht werden. Einerseits sind Lesbarkeit und Verständlichkeit sehr wichtig. Andererseits dürfen Inhalte nicht so verallgemeinernd dargestellt werden, dass eine Patientin oder ein Patient durch die Lektüre nicht mehr wirklich informiert wird. In den Packungsbeilagen stehen daher für die Einnahme des Arzneimittels wesentliche Informationen, die zuerst gelesen werden sollen, am Anfang und eher formale Angaben am Ende des Textes.

Als Hilfestellung für die Arzneimittelhersteller ist am 12. Januar 2009 eine EU-Leitlinie⁸ für die geforderte Lesbarkeit der Kennzeichnung und Packungsbeilage veröffentlicht worden. Bei der Zulassung eines Arzneimittels müssen im Übrigen seit 2005 Auswertungen von Patientenbefragungen zur Packungsbeilage vorgelegt werden. Bei diesen so genannten Readability Tests wird in Zusammenarbeit mit Patientenzielgruppen überprüft, inwieweit der Text tatsächlich lesbar und verständlich ist. Diese Vorgaben werden bei bereits bestehenden Zulassungen schrittweise umgesetzt.

⁸ http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-2/c/2009_01_12_readability_guideline_final_en.pdf.

Unabhängig davon steht Patientinnen und Patienten, denen die Lektüre des Beipackzettels Verständnisprobleme bereitet, die Beratung in der Apotheke zur Verfügung. Apotheken sind nach § 20 der Apothekenbetriebsordnung gesetzlich zu einer solchen Beratung verpflichtet.

205. Plant die Bundesregierung, leicht verständliche Informationen zu Risiken und richtiger Anwendung von Arzneimitteln allen Menschen zur Verfügung zu stellen?

Falls ja, welche, und wie sollen sie verfügbar sein?

Im Rahmen des Aktionsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit wurde unter Mitwirkung der Ärzteschaft, der Apothekerschaft, von Patientenvereinigungen und anderen am Gesundheitswesen Beteiligten ein Patientenmerkblatt mit acht leicht verständlichen Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie entwickelt. Das Merkblatt ist auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit abrufbar und wird zusätzlich im Dezember 2010 in einem Umfang von knapp 5 Millionen Exemplaren u. a. über die öffentlichen Apotheken verteilt werden. Darüber hinaus wird dieses Merkblatt den Ärzten und Apothekern als Poster über die jeweiligen berufsständischen Zeitschriften zur Verfügung gestellt, um eine weite und dauerhafte Verbreitung der Informationen zu befördern.

206. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung bezüglich der Unterschiede in der Selbstmedikation zwischen verschiedenen sozialen Schichten vor?

Sieht die Bundesregierung hier einen Zusammenhang mit dem unterschiedlichen Ansprechen auf Werbung?

Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

Der Bundesregierung liegen keine empirischen Erkenntnisse bezüglich der Unterschiede in der Selbstmedikation zwischen verschiedenen sozialen Schichten vor. Die Daten der letzten beiden Surveys des RKI (Bundes-Gesundheits-survey, Kinder- und Jugendgesundheits-survey), bei denen eine umfassende und standardisierte Erfassung der Arzneimittelanwendung in den letzten 7 Tagen vor Surveyteilnahme erfolgte, zeigen allerdings einen positiven Zusammenhang zwischen Selbstmedikation und höherer Schulbildung bzw. höherem Haushaltseinkommen.

Ob ein Zusammenhang mit dem unterschiedlichen Ansprechen der verschiedenen sozialen Schichten auf Werbung besteht, ist der Bundesregierung nicht bekannt.

207. Inwiefern hat die Bundesregierung auf die Aufnahme sozialer Schutzkriterien in den Richtlinienentwurf über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe gedrängt?

Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass die Organe verstärkt von Menschen mit geringem Einkommen gespendet und von Menschen mit höherem Einkommen verstärkt empfangen werden könnten, falls die Unentgeltlichkeit und Freiwilligkeit nicht auf europäischer Ebene geregelt werden sollte?

Die Richtlinie 2010/45/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. Juli 2010 über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe (ABl. L 207 vom 6.8.2010, S. 14) beruht auf

der in Artikel 168 Absatz 4 Buchstabe a des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union enthaltenen Ermächtigung zum Erlass von Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe. Nach Artikel 13 Absatz 1 der Richtlinie stellen die Mitgliedstaaten sicher, dass Spenden von Organen von lebenden und verstorbenen Spendern freiwillig und unentgeltlich sind. Im Gesetzgebungsverfahren zur EU-Richtlinie wurde klargestellt, dass diese Festlegung zur Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Organspende in Zusammenhang mit Qualität und Sicherheit steht, weil bei entgeltlichen oder unfreiwilligen Organspenden das Risiko besteht, dass wesentliche Informationen zur Qualität und Sicherheit eines Spenderorgans verschwiegen werden könnten. Darüber hinausgehende ethische Festlegungen sind europarechtlich aufgrund der beschränkten Kompetenz der Europäischen Gemeinschaft für Maßnahmen zur Qualität und Sicherheit für Organe nicht möglich.

208. Wird die Bundesregierung einen erneuten Anlauf für eine Richtlinie für grenzüberschreitende Patientenmobilität unterstützen, und teilt die Bundesregierung die zahlreichen Bedenken, dass dadurch eine Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie auf den Weg gebracht würde und die weitere Verschärfung einer Zweiklassenmedizin europaweit vorangetrieben würde?

Die Bundesregierung unterstützt seit 2008 das Gesetzgebungsverfahren zum Richtlinienvorschlag über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (so genannte Patientenmobilitätsrichtlinie). In den aktuell laufenden Verhandlungen der zweiten Lesung versuchen Mitgliedstaaten und das Europäische Parlament, sich auf einen Text zu einigen. Die Bundesregierung ist an einem erfolgreichen Abschluss der Verhandlungen interessiert, und wird dabei die Anliegen berücksichtigen, die u. a. vom Deutschen Bundestag vorgebracht wurden. Da die europäische Rechtsprechung zur Stärkung der Rechte aller Patientinnen und Patienten in der EU die inhaltliche Grundlage der Patientenmobilitätsrichtlinie bildet, ist es unzutreffend, von einer Verschärfung einer Zweiklassenmedizin durch das Legislativvorhaben auszugehen.

209. Wie bewertet die Bundesregierung die Anregung der Europäischen Kommission, im Gesundheitswesen auf EU-Ebene einen neuen Mechanismus der „verstärkten Zusammenarbeit“ einzuführen?

Würde dies aus Sicht der Bundesregierung zu einer erheblichen Ausweitung der EU-Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspolitik führen?

Wäre dies mit den Grundsätzen der Subsidiarität und der Verhältnismäßigkeit vereinbar?

Sämtliche Kompetenzen der Europäischen Union (EU), auch im Gesundheitsbereich, sind durch die europäischen Verträge abschließend geregelt. Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, dass die Grundsätze der Subsidiarität und Verhältnismäßigkeit uneingeschränkt gewahrt bleiben. Eine Ausweitung der EU-Kompetenzen im Gesundheitswesen steht derzeit nicht zur Debatte.

