

Antwort

der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Kroll-Schlüter, Frau Dr. Neumeister, Dr. Faltlhauser, Burger, Kalisch, Braun, Frau Karwatzki, Sauer (Stuttgart), Müller (Wesseling), Hartmann, Breuer, Conrad (Riegelsberg), Frau Verhülsdonk, Dr. Kunz (Weiden), Dr. George, Pohlmann, Horstmeier und der Fraktion der CDU/CSU

— Drucksache 9/703 —

Gesundheit und Eigenverantwortung

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit — 014 — GA — 9 — 25 — hat mit Schreiben vom 17. Februar 1982 die Große Anfrage namens der Bundesregierung wie folgt beantwortet:

Einleitung

Die vorliegende Große Anfrage zielt nicht wie jene zur „Situation des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland“ aus dem Jahre 1975 (Drucksache 7/2421) auf eine Gesamtdarstellung gesundheitspolitischer Probleme ab, sie will vielmehr einen speziellen Aspekt aus allen sich dabei ergebenden Perspektiven ausgeleuchtet wissen, nämlich den der Eigenverantwortung des Bürgers innerhalb der Gesundheitspolitik.

Der Gesundheitsschutz hat in den letzten Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit und Bedeutung gewonnen. Sein Ansatzpunkt ist, daß es eine große Zahl von Erkrankungen gibt, die durch geeignete Maßnahmen verhindert, im Ablauf gemildert oder im Ausbruch verzögert werden können.

Um dieses Ziel zu erreichen, hält die Bundesregierung es für erforderlich:

1. mehr noch als bisher die für die Gesundheit unzutraglichen Einflüsse aus der belebten und unbelebten Umwelt und aus der individuellen Lebensführung wissenschaftlich zu erforschen,
2. gemäß dieser Erkenntnisse dem Bürger durch Verbesserungen von Gesetzen und Verordnungen, aber auch durch Entwicklung, Demonstration und Verbreitung von weniger belastenden Be- und Ver-

arbeitungsverfahren sowie verbesserte hygienische Maßnahmen in den verschiedensten Lebensbereichen einen wirksameren Gesundheitsschutz zu bieten,

3. den Bürger durch Aufklärung und Erziehung, über Beratungsangebote und sonstige Hilfen instand zu setzen und zu motivieren, schädigende Einflüsse in seinem Leben weitgehend zu vermeiden.

Im letztgenannten Punkt dieses Vorsorgekonzepts kommt die Eigenverantwortlichkeit des Bürgers für seine Gesundheit deutlich ins Spiel. Sie ist der Bereich, der in dieser Großen Anfrage als „Eigenvorsorge“ bezeichnet wird.

Die Bundesregierung geht in ihrer Gesundheitspolitik davon aus, daß Vorsorge nur dann wirklich erfolgreich sein kann, wenn Gesundheitsschutz und Eigenvorsorge zusammenwirken, denn beiden Bereichen sind bei isoliertem Einsatz Grenzen gesetzt. Deshalb erscheint es der Bundesregierung nicht angemessen, die Forderung nach mehr Gesundheitsschutz auf der einen oder nach mehr Eigenvorsorge auf der anderen Seite nur an der jeweiligen wirtschaftlichen Lage, z. B. jetzt an der Kostendämpfungsdiskussion auszurichten.

Die Bemühungen um Kostendämpfung sind nicht zu Lasten der Förderung von Eigenvorsorge gegangen, wie man aus dem Vorspann der Großen Anfrage vermuten könnte. Vielmehr zeigt die Analyse der Gesundheitsverhältnisse in unserem Lande, daß sich in unterschiedlichen Organisationsformen und Ansprüchen ein

deutlich aktiviertes Gesundheitsbewußtsein der Bürger manifestiert. Diese Entwicklung wird von der Bundesregierung begrüßt und gefördert. Noch unbefriedigende Erfolge bei der Wahrnehmung von Früherkennungsmaßnahmen von Krankheiten und Behinderungen, bei der Aufklärung über falsche Eß- und Trinkgewohnheiten oder beim Mißbrauchsverhalten widerlegen diese Tendenz nicht. Es ist nicht zu erwarten, daß ein verbessertes Gesundheitsbewußtsein schlagartig eingefahrene Verhaltensweisen und Voreingenommenheiten überwindet.

Die Tatsache, daß nach Ansicht namhafter Experten 20 bis 30 v. H. und mehr der Krebserkrankungen entscheidend auf das Rauchen zurückzuführen sind, ist Beispiel für die Bedeutung der Eigenvorsorge. Wie auch in anderen Bereichen steht die Gesundheitspolitik hier vor der Schwierigkeit, statt der von manchen erwarteten drastischen Verbote gemäß unserem Verständnis von der freien Entscheidung des Bürgers an seine Eigenverantwortung zu appellieren und auf seine Eigenvorsorge zu setzen. Dieser Weg ist zwar langwieriger und mühsamer, aber auf die Dauer — wie u. a. die Geschichte der Prohibition lehrt — erfolgversprechender.

Ein umfassender Gesundheitsschutz ist ohne Eigenaktivität allerdings nicht denkbar. Der Staat hat weder alles zu verantworten, noch kann er alles heilen, was die Gesundheit der einzelnen Bürger schädigt. Die abstrakte Forderung nach Abbau der „überzogenen Anspruchshaltung“ hilft nicht weiter. Im einzelnen scheiden sich die Geister dann, wenn es gilt, bestimmte Ansprüche als berechtigt oder als überzogen zu qualifizieren. Die Anfrage macht nicht deutlich, wessen Ansprüche hier gemeint sind: die von Patienten, von Ärzten, von Arzneimittel- oder Geräteherstellern, von Apothekern, von Krankenhausträgern oder wessen sonst? Eine allgemeingültige Antwort kann nicht gegeben werden. Sie läßt sich nur in ernster, konkreter Diskussion um die richtige gegenseitige Ergänzung individueller und staatlicher Verantwortung finden.

I. Ansätze zu einer qualitativen Gesundheitspolitik

- I. 1. Welchen Stellenwert mißt die Bundesregierung der Eigenvorsorge und der Eigenverantwortung des Bürgers im Gesundheitswesen zu, und welche Maßnahmen gedenkt sie zu ergreifen, um diese Eigenvorsorge und Eigenverantwortung zu fördern und verstärkt bei gesundheitspolitischen Entscheidungen zu berücksichtigen?

Bereits in der Einleitung ist dargestellt, wie die Bundesregierung die Rolle der „Eigenverantwortung und Eigenvorsorge des Bürgers für seine Gesundheit“ sieht. Daraus geht hervor, daß sie ihr im Rahmen umfassender Gesundheitsvorsorge einen hohen Stellenwert zuerkennt.

Es hat in den zurückliegenden Jahren durchaus Stimmen gegeben, das Schwergewicht der Bemühungen recht einseitig dem Gesundheitsschutz oder der Eigenvorsorge zuzuweisen. Gesundheitsvorsorge muß sowohl die Beseitigung der Ursachen gesundheitsschädigender Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen

als auch die Beeinflussung personenbezogenen Gesundheitsverhaltens zum Ziele haben.

Gesundheitsschutz hat das zu regeln, was außerhalb der persönlichen Steuerungsmöglichkeiten liegt. Der Bürger kann mit seinem Verhalten im täglichen Leben nicht unmittelbar bestimmen, wie gefährlich oder ungefährlich seine Umwelt z. B. im Hinblick auf Chemikalien ist, wie die Lebensmittel und Bedarfsgegenstände beschaffen sind, die er einkauft, wie rein die Luft ist, die er einatmet, wie sein Arbeitsplatz beschaffen ist, wie es um die Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität der Arzneimittel ist, die ihm gereicht werden, wie das Wasser beschaffen ist, das aus seiner Leitung kommt.

Sicherheit im Hinblick auf gefährliche Chemikalien, Immissionsschutz, Hygiene des Arbeitsplatzes, Arzneimittelsicherheit, Wasserhygiene, gesundheitlicher Verbraucherschutz im Hinblick auf Lebensmittel, kosmetische Mittel und Bedarfsgegenstände sind beeindruckende Beispiele der Aufgaben des Gesundheitsschutzes.

Dieser hat im Lebensraum des Bürgers einen Rahmen zu schaffen, der gesundheitliche Gefährdungen weitgehend vermeidet, und innerhalb dessen dann Eigenverantwortung und Eigenvorsorge als unverzichtbare Ergänzung erst umfassende Vorsorge ermöglichen.

Natürlich steht Eigenverantwortung auch in unmittelbarer Beziehung zum Gesundheitsschutz. Auch hier ist das Gesundheitsbewußtsein der Bürger gewachsen. Sie haben mehr Wissen von den schädigenden Einflüssen aus belebter und unbelebter Umwelt. Mit großer Empfindlichkeit reagieren sie auf bekanntgewordene oder in Verdacht stehende Schädigungsquellen und sind vermehrt bereit, sich für ihr Anliegen auch zu organisieren. So sind die Ansprüche an den Gesundheitsschutz in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Am Beispiel des Chemikaliengesetzes ist dies erkennbar. Der auf diese Weise engagierte Bürger will sich nicht mit Lösungen abfinden, bei denen für ihn trotz aller getroffenen Regelungen noch ein erkennbares Risiko bestehen bleibt.

In einer großen Zahl von Aktivitäten erschöpft sich die aufkeimende Eigenverantwortung der Bürger nicht in Maßnahmen zur konkreten Gefahrenabwehr, also im Gesundheitsschutz, sondern tritt als Engagement für gesundheitsbewußte Lebensweisen in Erscheinung und findet sich damit im Kerngebiet der Eigenvorsorge für Gesundheit. Über die Angebote traditionellerer Organisationen hinaus spannt sich ein Bogen von spontaner und organisierter Selbsthilfe über gezielte Hilfsmaßnahmen für spezielle Krankheiten und Behinderungen bis hin zu alternativen Lebensweisen und sogar zu alternativer Medizin.

Die Bundesregierung ist der Ansicht, daß sich hier ein Sektor des Gesundheitswesens entfaltet, der trotz einer gewissen Unübersichtlichkeit nicht nur wegen seines unkonventionellen Charakters Aufmerksamkeit verdient und bei günstiger Weiterentwicklung eine wichtige Rolle unter den Angeboten des Gesundheitswesens spielen können wird. Andererseits wird man nicht in den Fehler verfallen dürfen, in den neueren Ansätzen nun ein Allheilmittel zu sehen.

Es wird Aufgabe der Bundesregierung sein, einer vorteilhaften Entwicklung dieser Art ohne dirigistische und perfektionistische Maßnahmen im Gesundheitswesen Raum zu geben. Es gilt, diese — traditionelle und neue — Ausdrucksformen von Selbstverantwortung, Selbstvorsorge und Selbsthilfe sinnvoll in Konzepte von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation einzubauen.

In der Gesundheitserziehung und -aufklärung heißt dies, dem Bürger Hilfen für eine gesundheitsbewußte Lebensführung anzubieten, ihn für eine solche zu motivieren. In ihren Maßnahmen auf diesem Felde ist die Bundesregierung bemüht, in Zusammenarbeit mit den Bundesländern sowie Vereinen und Organisationen gleicher Aufgabenstellung, unter ständiger Überprüfung der zugrunde liegenden erziehungswissenschaftlichen Ansätze, diesem Ziel gerecht zu werden.

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten fördert die Bundesregierung eine große Zahl von Modellen der Beratung und Betreuung, etwa auf dem Gebiete des Mißbrauchsverhaltens, der psychischen Störungen oder der Nachsorge, wo in der Regel auch Eigenverantwortlichkeit und Eigenvorsorge der hilfe- und ratsuchenden Bürger herausgefordert und angesprochen werden.

In der Arzneimittelgesetzgebung und im Gesetzesvollzug ist die Bundesregierung bemüht, bei Wahrung größtmöglicher Sicherheit, der Selbstmedikation einen angemessenen Platz im Versorgungssystem zu belassen, was sich bisher bewährt. Auch durch die Schaffung einer zweckdienlich gestalteten Packungsbeilage bei Fertigarzneimitteln soll eine bessere Mitarbeit des Patienten in der Therapie erreicht werden, eine Problematik, die unter dem Begriff „compliance“ bekannt ist.

Im Rahmen ihrer Kompetenz für die Ausbildung vieler im Gesundheitswesen beteiligter Berufe ist die Bundesregierung darum bemüht, über die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen Rolle und Bedeutung der Eigenverantwortung des Bürgers für seine Gesundheit zu vermitteln, zuletzt so geschehen bei der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen, wo gerade das Anliegen der Vorsorge ein mitentscheidender Grund für die Neufassung war.

- I. 2. Wo sieht die Bundesregierung mittel- und langfristig die Schwerpunkte im Bereich der Gesundheitspolitik, und wie gedenkt sie diese zu verwirklichen?

Aus der Systematik dieser Großen Anfrage heraus versteht die Bundesregierung diese Frage ebenfalls als aus dem Blickwinkel von Vorsorge und Verantwortlichkeit des Bürgers für seine Gesundheit gestellt. Nachdem entscheidende Positionen dazu bereits in der Antwort auf Frage I. 1. behandelt sind, andere in den folgenden Antworten gründlicher dargestellt werden, sollen hier nur noch einige Ergänzungen allgemeiner Natur angefügt werden.

1. Da, wie gezeigt wird, kurativen *) Versorgungskonzepten im Hinblick auf ihre Wirkung auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung Grenzen gesetzt sind, bleibt die Gesundheitsvorsorge weiter ein Schwerpunkt der Gesundheitspolitik.
2. Vorsorge umfaßt Gesundheitsschutz und den hier als Eigenvorsorge bezeichneten Bereich mit ihren fließenden Übergängen zueinander.
3. Unter den Schwerpunkten des Gesundheitsschutzes ragt derzeit als neues Gesetz das Chemikaliengesetz mit seinem breiten Wirkungsspektrum (Umwelt, Arbeitsplatz und Giftbereich) heraus. Sein Vollzug und die sich daraus ergebenden Erfahrungen werden zu gegebener Zeit eine erneute Befassung mit diesem Gesetz und seinen Regelungen erforderlich machen. Die letztgenannte Phase ist jetzt für ein anderes Gesetz von großer Bedeutung für den Gesundheitsschutz erreicht, nämlich für das Arzneimittelgesetz. Mit dem Bericht über dieses Gesetz beschreibt die Bundesregierung derzeit dem Parlament, welche Erfahrungen bisher vorliegen. Der entsprechende Erfahrungsbericht über die Gesamtreform des Lebensmittelrechts liegt dem Deutschen Bundestag zur Beratung vor. Eine Reihe weiterer Maßnahmen des Gesundheitsschutzes, neben dem Vollzug und der Weiterentwicklung bereits getroffener, werden diskutiert, befinden sich in Vorbereitung und werden je nach Erfordernissen und Umständen kurz-, mittel- oder langfristig einzuführen sein. Die Sicherheit bei Bedarfsgegenständen, die Novellierung der Trinkwasserordnung und der Lärmschutz seien beispielhaft genannt.
4. Wenn der Bereich der Eigenvorsorge auch an vielen anderen Stellen dieser Anfrage angesprochen ist, soll hier dennoch vermerkt werden, daß sich bei der Vorsorge die Aufmerksamkeit mehr und mehr jenem gewichtigen Teilaspekt zuwendet, der Prä-märprävention **) genannt wird und auf den Gesunden abstellt, dem ungünstige Einflüsse und Entwicklungen erspart bleiben sollen. Zwar zwingt der Eintritt von Schäden oft, zu Maßnahmen im unmittelbaren Umfeld anzusetzen, dennoch stehen zwangsläufig kurative Maßnahmen notgedrungen im Vordergrund. Primäre Prävention ist nach allgemein vorherrschender Ansicht aber unverzichtbar, wenn gesundheitliche Probleme grundsätzlicher gelöst werden sollen. Sie ist aber nicht minder schwierig als die anderen Maßnahmen, weil in einem sehr frühen, weiten und oft schwer bestimm-baren Vorfeld gearbeitet werden muß, wo die Verquickung der verschiedensten Einflußfaktoren und deren Wirksamkeit zum Teil sehr unübersichtlich ist. Die Notwendigkeit entsprechender Forschung wird im Zusammenhang mit den konkreten Fragen dazu erörtert.
5. Einige Bereiche im Gesundheitswesen, so die Krebserkrankungen, rheumatische Erkrankungen, die Psychiatrie oder das Gebiet des Mißbrauchsverhaltens (Alkohol, Drogen, Nikotin) fordern auf-

*) Erkennung und Behandlung von Krankheiten

**) Gesundheitsvorsorge

grund besonderer Schwierigkeiten über die allgemeinen Rahmenbedingungen für Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation, auch Forschung, spezielle Initiativen heraus.

- a) Ausgehend von der „Großen Krebskonferenz“ im Jahre 1979 wird derzeit ein Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung entwickelt und in Teilen schon umgesetzt. Dieses dient dem Ziel, zumindest mittel- und langfristig zu besseren Ergebnissen bei der Krebsbekämpfung zu gelangen.
- b) Der von der Bundesregierung erarbeitete und dem Parlament vorgelegte Rheumabericht aus dem Jahre 1980 kann in vieler Hinsicht als richtungsweisend für die politische Sicht der Rheumabekämpfung der vor uns liegenden Jahre gelten.
- c) Der Mißbrauch von Alkohol und Drogen hat zu vielschichtigen Abwehrmaßnahmen von Bund und Ländern unter Beteiligung in Betracht kommender Ressorts geführt. Angesichts der enormen Schäden durch Alkohol und Drogen ist es unerlässlich, diese Programme konsequent weiterzuentwickeln und zu befolgen. Mit dem Betäubungsmittelgesetz hat die Bundesregierung einen wichtigen Beitrag im Bündel der Maßnahmen in der Drogenmißbrauchsbekämpfung geliefert, bei dem insbesondere die dort eingeräumten therapeutischen Möglichkeiten von gesundheitspolitischem Gewicht sind.

- I. 3. Welchen Rang räumt die Bundesregierung der Gesundheitsforschung im Rahmen ihrer gesundheitspolitischen Zielvorstellungen ein, und welche besonderen Forschungsvorhaben gedenkt sie für präventive Maßnahmen durchzuführen?

Die Bundesregierung hat den Begriff „Gesundheitsforschung“ in ihrem „Programm zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978 bis 1981“ zur Abgrenzung gegenüber den zwei anderen Schwerpunkten Krankheitsforschung (Forschung zur Bekämpfung von Krankheiten) und Strukturforschung (Forschung zur strukturellen Verbesserung des Gesundheitswesens) verwendet. Der hohe Rang, den die Bundesregierung der Gesundheitsforschung einräumt, ergibt sich aus dieser Schwerpunktsetzung und den inhaltlichen Aussagen in diesem Programm, auf die hier ausdrücklich Bezug genommen wird. Die Bundesregierung beabsichtigt, dieses Programm für die Jahre 1982 bis 1985 fortzuschreiben.

Wesentliche Teile aus anderen Forschungsprogrammen dienen auch der Gesundheitsforschung. Dazu gehören das Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung und die Programme zur Humanisierung des Arbeitslebens, Umweltforschung, Verkehrsunfallforschung und Kommunale Technologien.

Im Hinblick auf die bereits in der Einleitung dargelegte Beschränkung der Antwort auf den Komplex „Gesund-

heit und Eigenverantwortung“ wird auf die in diesen Programmen geförderten Vorhaben nicht näher eingegangen.

Für die Gesundheitsforschung bestehen folgende Schwerpunkte:

1. Untersuchungen der Motive, die zu gesundheitlichem Fehlverhalten führen.
2. Entwicklung und Bewertung von Interventionsmaßnahmen *) und -programmen mit dem Ziel der kurzfristigen Senkung von Risikofaktoren und langfristigen Senkung von Mortalität **) und Morbidität ***) bei einzelnen Krankheiten.
3. Erprobung von Interventionsmaßnahmen in Gemeinden sowie in Schulen, Betrieben und anderen sozialen Organisationen.
4. Ermittlung von Indikatoren zur Bestimmung von Risikofaktoren, der entsprechenden Meßinstrumente und der dafür erforderlichen Datengrundlagen (Health Surveys).
5. Entwicklung von Parametern zur Bestimmung der Effizienz (Kosten/Nutzen-Analysen) von Maßnahmen der primären Prävention.
6. Entwicklung und Erprobung eines qualitativ und quantitativ verbesserten Systems der Kooperation, Koordination und Arbeitsteilung der Gesundheits-erziehung.

Diese Ziele sollen insbesondere durch die nachfolgend genannten, laufenden, in Vorbereitung befindlichen oder geplanten Forschungsvorhaben und -projekte erreicht werden:

1. Durch Motivationsforschung sollen die Motive und Einflüsse geklärt werden, die zu gesundheitlichem Fehlverhalten führen. Dazu gehören folgende Schwerpunkte:
 - a) die Entstehung von gesundheitsrelevantem Verhalten bei Jugendlichen,
 - b) Gesundheitsverhalten und psychosoziale Belastung insbesondere in der Arbeitswelt und im sozialen Umfeld,
 - c) frauenspezifische Belastungen und Gesundheitsverhalten.
2. Durch eine „Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie“, an der acht Forschungsinstitutionen beteiligt sind, sollen Interventionsprogramme, die sich gleichzeitig auf die wesentlichen Risikofaktoren des Herz-Kreislauf-Systems (Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, Bluthochdruck) konzentrieren und in Schulen und Betrieben sowie von Selbsthilfeeinrichtungen und von Ärzten angewendet werden können, entwickelt werden. Im Rahmen eines probeweisen Einsatzes dieser Interventionsprogramme in mehreren Gemeinden soll eine Reduktion der entsprechenden Krankheitshäufigkeit und Sterb-

*) Eingriffe, um gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu fördern bzw. gesundheitsschädigende abzubauen

**) Todesfälle auf Bevölkerungszahl gerechnet

***)) Krankheitsfälle auf Bevölkerungszahl gerechnet

lichkeit erreicht und nachgewiesen werden. In Verbindung mit diesem Vorhaben werden die strukturellen Einflußgrößen in den betreffenden Gemeinden sowie der Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland hinsichtlich seiner Entwicklungstendenzen beobachtet. Mittelfristig wird die Effektivität der Intervention daran gemessen, inwieweit sich die Risikofaktoren in der Studienpopulation vermindern lassen.

3. Durch eine Schülerstudie soll die Kenntnis derjenigen Einflußgrößen, die die Entstehung und Aufrechterhaltung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen bei Jugendlichen im Hinblick auf Zigarettenrauchen, Bewegungsarmut und falsche Ernährung bestimmen, soweit verbessert werden, wie sie für effektivere Interventionsmaßnahmen Voraussetzung sein könnten.
4. Durch Untersuchungen über die Einbeziehung des Sports als Instrument der Prävention bei Kindern im Schulalter sowie zur präventiv gesundheitsfördernden Wirkung des Breitensports soll geklärt werden, ob und inwieweit sportliche Betätigung zu einer Verbesserung der Gesundheit beitragen kann.
5. Durch Studien zur Klärung der Zusammenhänge zwischen Ernährungsgewohnheiten und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Untersuchungen über die volkswirtschaftlichen Kosten ernährungsbedingter Krankheiten und Studien zur Ernährungseinstellung, Ernährungswissen und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen sowie Studien zur Ernährungsbeeinflussung im Rahmen von Gemeinschaftsverpflegung sollen die Möglichkeiten und Grenzen, Gesundheit durch Ernährungsgewohnheiten zu erhalten, geklärt werden.
6. Durch die Entwicklung von Risikobefundkatalogen für einzelne Tumorformen soll die individuelle Krebsvorsorge verbessert werden, damit Risikoträger eine verbesserte und gezieltere Vorsorgebetreuung angeboten werden kann.
7. Durch ein Forschungsvorhaben zur zahnmedizinischen Vorsorge soll geklärt werden, welche Verbesserungen des Gebiß- und Zahnfleischgesundheitszustandes durch den Einsatz eines Prophylaxeprogramms, von Fluoridanwendung, verbesserter Mundhygiene und günstiger Ernährung sowie einer entsprechenden Organisation der Zusammenarbeit aller Beteiligten erreicht werden kann; bei der Durchführung des Vorhabens in Schulen und Kindergärten soll gleichzeitig der notwendige Bedarf an Finanzmitteln für Personal- und Sachausgaben ermittelt und die Effektivität derartiger Maßnahmen nachgewiesen werden.
8. Durch einen Forschungsverbund „Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe“, an dem sechs Forschungsinstitutionen beteiligt sind, sollen die Möglichkeiten der Aktivierung von Laien und Patienten untersucht werden, um die Voraussetzungen und Chancen einer Stärkung und Weiterentwicklung der Selbsthilfe, Mithilfe und Mitgestaltung der Bürger im Gesundheitssystem zu klären.

9. Durch ein Forschungsvorhaben zur Bedeutung der Prävention für eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik sollen neben einer umfassenden Bestandsaufnahme über ergriffene Maßnahmen und bestehende Organisationsformen der gegenwärtig praktizierten präventionsorientierten Maßnahmen in unterschiedlichen Bereichen unterschiedliche Modelle für ein koordiniertes, arbeitsteiliges und kooperatives Vorgehen in der Praxis entwickelt werden.

(Zu den ebenfalls zur Gesundheitsforschung zu rechnenden Bereichen der Früherkennung von Krankheiten, der Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie frühkindlicher Behinderungen wird auf die Beantwortung der Fragen IV. 1. und IV. 2. verwiesen, wo auch auf die entsprechenden Forschungsvorhaben eingegangen wird.)

- I. 4. In welcher Weise ist seitens der Bundesregierung sichergestellt, daß gesundheitliche Forschungsvorhaben koordiniert und entsprechend für die praktische Anwendung ausgewertet werden?

Die Bundesregierung ist bemüht, durch die ressortübergreifende Abstimmung bei den von ihr geförderten Programmen insbesondere im Rahmen ihres „Programms zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978 bis 1981“ die erforderliche Koordinierung sicherzustellen. Bei dem genannten Programm wird über die übliche Ressortabstimmung hinaus folgendes Verfahren durchgeführt:

Die im Aktionsprogramm genannten Forschungs- und Entwicklungsmaßnahmen werden weiter konkretisiert und in der Regel öffentlich bekanntgegeben oder ausgeschrieben. Anschließend werden die Förderungsanträge und -angebote beraten bzw. wissenschaftlich begutachtet. Bei diesem Prozeß werden Wissenschaftler und andere Förderungsorganisationen beteiligt um sicherzustellen, daß die Projekte des Aktionsprogramms und Maßnahmen von dritter Seite einander ergänzen.

Das Aktionsprogramm wird von den beteiligten Ressorts gemeinsam und arbeitsteilig durchgeführt. Zur laufenden Abstimmung und Zusammenarbeit der beteiligten Ressorts ist ein Koordinierungsgremium eingerichtet worden, dessen Aufgaben insbesondere die Abstimmung der Förderschwerpunkte, die Festlegung des für die Durchführung und für die fachliche Betreuung verantwortlichen Ressorts und die Fortschreibung des Aktionsprogramms sind. In regelmäßigen Abständen wird eine „Übersicht über die Forschungsvorhaben zur Durchführung des Aktionsprogramms“ erstellt und den entsprechenden Ausschüssen des Bundestages sowie allen interessierten Stellen zugeleitet. Die letzte Übersicht, die alle laufenden und geplanten Vorhaben enthält, ist vom 31. März 1981.

Darüber hinaus findet eine enge Zusammenarbeit der Ressorts bei allen Vorhaben statt, bei denen die fachliche Zuständigkeit mehrerer Ressorts berührt wird. Diese Zusammenarbeit beinhaltet sowohl die gesund-

heitspolitische Klärung und Absicherung der Vorhabenziele als auch die Präzisierung der Voraussetzungen, unter denen Forschungs- und Entwicklungsergebnisse später in Routinemaßnahmen umsetzbar sind.

- I. 5. Was gedenkt die Bundesregierung zur Verbesserung der Qualität der Ausbildung der Ärzte zu unternehmen, und welche Zielvorstellung wird sie dabei zugrundelegen?

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) hat in einem Positionspapier vom 31. Juli 1981, das den Beteiligten und auch dem Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit zugeleitet worden ist, seine grundsätzlichen Vorstellungen zu Fragen der ärztlichen Ausbildung zusammengefaßt.

An dem die Bundesärzteordnung bestimmenden Prinzip des einheitlichen Arztberufs soll festgehalten werden. Das Medizinstudium, das auch künftig sechs Jahre einschließlich des „Praktischen Jahres“ umfassen und mit dem Erwerb der zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigten Approbation als Arzt abschließen soll, muß verbessert werden. Hierfür ist eine Stabilisierung der Studentenzahlen Grundvoraussetzung. Möglichkeiten für eine Verbesserung werden gesehen in

1. einer Intensivierung der praktischen Ausbildung, u. a. durch verstärkte Einbeziehung außeruniversitärer Krankenhäuser in die klinische Ausbildung vor dem „Praktischen Jahr“, eine längere Famulatur von sechs Monaten in Krankenhäusern und Arztpraxen und fortschreitende Verbesserungen der Ausbildung im „Praktischen Jahr“;
2. einer verbesserten inhaltlichen Gestaltung des Medizinstudiums insbesondere durch eine verstärkte Ausrichtung der Lehre auf die für den Arzt erforderlichen Grundkenntnisse, -fertigkeiten und -fähigkeiten, die Vermittlung des notwendigen Verständnisses für medizinische Zusammenhänge und den Bedarf der Praxis, insbesondere durch eine stärkere Berücksichtigung der Allgemeinmedizin;
3. einer Verbesserung des Prüfungswesens nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) durch die Einführung weiterer mündlicher und mündlich-praktischer Prüfungen unter Reduzierung der schriftlichen Prüfungen.

In bezug auf das Leitthema der Anfrage „Gesundheit und Eigenverantwortung“ ist festzustellen, daß Ärzte durch Aufklärung und Beratung ihrer Patienten über gesundheitsfördernde Lebens- und Verhaltensweisen wesentlich zur Eigenvorsorge und Eigenverantwortung beitragen können. Sachgerechte Aufklärung und Beratung setzen fundierte Kenntnisse über die Entstehung von Krankheiten und ihre Verhütung voraus.

Es ist daher notwendig, daß sich Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte in ausreichendem Maße auf diese Bereiche erstrecken.

Die Krankheitslehre ist unabdingbar von jeher Gegenstand der ärztlichen Ausbildung. Der Prävention wird zunehmend Raum gegeben. Sie wird in den Prüfungsstoffkatalogen der ÄAppO, an denen sich auch die Lehre orientiert, bei zahlreichen Stoffgebieten genannt. Für das Ökologische Stoffgebiet *)), das im Zweiten Abschnitt geprüft wird, sind die Verhütung, Beseitigung und Bewertung ökologischer Schadensfaktoren, Methoden und Erkenntnisse ausdrücklich als Prüfungsstoff erwähnt.

Bei der Neuordnung des Prüfungswesens wird zu prüfen sein, ob es notwendig ist, die Prävention stärker als bisher im Prüfungsgeschehen zu verankern.

Die Bundesregierung wird unter Auswertung der zum Positionspapier eingehenden Stellungnahmen in diesem Jahr einen Entwurf für eine Änderungsverordnung zur ÄAppO erarbeiten.

Maßnahmen zum Zweck einer verbesserten Durchführung des Medizinstudiums liegen im Zuständigkeitsbereich der Länder und der Hochschulen, mit denen diese Fragen erörtert werden. In diesem Rahmen werden auch Fragen der Ausbildung in Prävention und Gesundheitsaufklärung eine Rolle spielen.

Auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Zahnärzte muß sich in ausreichendem Maße auf die Vermittlung des Wissens von der Entstehung der Krankheiten und der Kenntnisse und Fähigkeiten in bezug auf ihre Verhütung erstrecken. Gegenstände der zahnärztlichen Ausbildung sind dementsprechend auch Präventivmedizin, Epidemiologie und Präventive Zahnheilkunde. Bei einer künftigen Änderung der Prüfungsordnung für Zahnärzte sollen entsprechende ausdrückliche Hinweise in die Verordnung aufgenommen werden. Die Prüfungsordnung für Zahnärzte erwähnt ausdrücklich die Kariesprophylaxe, über die Kenntnisse in der Zahnärztlichen Prüfung nachzuweisen sind.

- I. 6. Welche Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung zur Verbesserung der Qualifikation der übrigen Berufe des Gesundheitswesens zu ergreifen, und in welchem Zeitraum beabsichtigt sie, diese Maßnahmen zu verwirklichen?

Die bundeseinheitlich geregelten Ausbildungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe (Ausbildungsregelungen für die Krankenpflege sowie für die Ausübung der Berufe der Hebammen, der Masseure, der Masseure und medizinischen Bademeister, der Krankengymnasten, der pharmazeutisch-technischen Assistenten, der technischen Assistenten in der Medizin, der Diätassistenten, der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten und der Logopäden **) gewährleisten weitgehend einen hohen und auch international anerkannten Standard. Verbesserungen können grundsätzlich laufend in die Ausbildungen einbezogen werden, da die

*) Lehr- und Prüffächer der Medizin mit ökologischem Bezug
 **) Nichtärztlicher Heilberuf für die Behandlung von Stimm-, Sprach- und Hörstörungen

jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen die Anpassung an die Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft und Praxis ermöglichen. Tiefgreifende strukturelle Änderungen, die eine Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen oder – darüber hinausgehend – der Berufsgesetze erfordern, sind daher im allgemeinen nur in Ausnahmefällen erforderlich. Gleichwohl hat die Bundesregierung selbstverständlich dort, wo die Entwicklung im Rahmen des geltenden Rechts nicht mehr aufgefangen werden kann, sowohl eine Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen als auch ggf. der gesetzlichen Vorschriften eingeleitet. Sie wird in dieser Weise auch in der Zukunft verfahren.

Anpassungen des bestehenden Rechts sind insbesondere im Hinblick auf die von den Europäischen Gemeinschaften (EG) erlassenen Richtlinien zur Koordinierung und zur gegenseitigen Anerkennung bestimmter nichtärztlicher Gesundheitsberufe (Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, sowie Hebammen) erforderlich geworden. Durch die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen vom 3. September 1981 (BGBl. I S. 923) ist die Koordinierungsrichtlinie für Hebammen in das nationale Recht transformiert worden; zur Umsetzung der übrigen Richtlinien bedarf es noch der Änderungen des Krankenpflegegesetzes und des Hebammengesetzes sowie der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer. Es werden gegenwärtig eingehend die Möglichkeiten geprüft, auf welche Weise über die Umsetzung der EG-Richtlinien in das nationale Recht hinaus die Ausbildungen dieser Berufe entsprechend den Anforderungen der modernen Bildungspolitik weiterentwickelt werden können. Abgesehen von den erwähnten und kurzfristig notwendig werdenden Anpassungen an das Gemeinschaftsrecht hängt es im übrigen von dem Ablauf und dem Ausgang der hierzu erforderlichen umfassenden Abstimmungen ab, wann die Bundesregierung ihre Absicht, zu den genannten nichtärztlichen Gesundheitsberufen Gesetzgebungsverfahren einzuleiten, verwirklichen kann.

Wegen der besonderen Bedeutung, die auch die Bundesregierung der Gesundheitsvorsorge und der Mitwirkung des einzelnen Bürgers an seiner eigenen Gesunderhaltung beimißt, wird in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, soweit dies für ihre zukünftige berufliche Tätigkeit wesentlich ist, auf die Vermittlung entsprechender Kenntnisse und Fähigkeiten großer Wert gelegt. Gesundheitserziehung, Gesundheitsvorsorge, Früherkennung von Krankheiten, die Beratung zu gesunder Lebensweise einschließlich gesunder Ernährung sind deshalb ausdrücklich als Gegenstände der theoretischen und praktischen Teile der Ausbildung in die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen übernommen worden. Als Beispiel seien die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für Hebammen sowie die für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten genannt.

Entsprechend den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und Praxis haben diejenigen Gegenstände der Ausbildung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, die die Fähigkeit zur Beratung des Bürgers über gesunde Lebensweise und Stärkung der Eigenverantwortung für die Gesundheit betreffen, gegenüber früher in diesen Ausbildungen einen wesentlich größeren Anteil erhalten, auch soweit die betreffenden Ausbildungs- und Prüfungsordnungen noch nicht angepaßt worden sind. Die Bundesregierung unterstreicht aber die Notwendigkeit, in diesen Fällen bei künftigen Änderungen den für die Gesundheitsvorsorge, die Gesundheitsberatung, die Gesundheitsaufklärung und die Gesundheitserziehung sowie den sonst für die Stärkung der Eigenverantwortung maßgeblichen Teilen der Ausbildungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe das ihrer Bedeutung zukommende Gewicht zu geben.

II. Gesundheitsbewußte Lebensweise

- II. 1. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, die Selbstverantwortung des einzelnen Bürgers für ein gesundheitsgerechtes Verhalten mehr als bisher zu stärken?

Die Bundesregierung wird wie bisher weiterhin darum bemüht sein, im konkreten Zusammenhang und am Beispiel bürgernaher Situationen deutlich zu machen, daß gesundheitsgerechtes Verhalten Teil des Sozialverhaltens schlechthin ist, Gesundheit nicht von Dritten zugeteilt, sichergestellt oder durch Schonung bewahrt werden kann, sondern bewußt und aktiv ständig neu erworben werden muß. Dies gilt ausnahmslos und lebensbegleitend. Sie wird sicher noch stärker als bisher das Recht auf körperliche Unversehrtheit einbinden müssen in ein Verständnis von Gesundheit, bei dem nicht nur dem Staat Rechte abverlangt und Aufgaben zugewiesen werden, sondern der einzelne Bürger auch erkennt, daß dieser Anspruch verbunden sein muß mit der berechtigten Erwartung der Gesellschaft an ihn, sich gesundheitsgerecht zu verhalten.

Teile der Bevölkerung, die dazu nicht im Stande sind (z. B. Alte, Behinderte, Kinder, Kranke) will die Gesundheitserziehung durch ihre Aktivitäten besser befähigen, sich im Einklang mit ihren gesundheitlichen Interessen zu verhalten und ggf. auch auf die Änderung der Lebensverhältnisse einzuwirken, die sie derzeit daran hindern.

Um dieses Selbstverständnis von Gesundheit zu verallgemeinern muß Gesundheitserziehung nicht ein Unterrichtsfach in der Schule werden – wie mancherorts gefordert – sondern Bestandteil der gesamten schulischen Erziehung. Dabei ist Erziehung zu gesundheitsgerechtem Verhalten nicht auf den Bereich der Schule beschränkt, sie hat vielmehr ein integrierter Bestandteil der allgemeinen lebenslangen Erziehung und Bildung zu sein.

Dieser zunächst abstrakte Ansatz läßt sich konkretisieren durch konsequente Nutzung gegebener Möglich-

keiten, Erziehungs- und Gesundheitshilfen anzubieten oder einzuflechten. Appelle allein, gar moralisierende Appelle mit Schuldzuweisung bei Nichtbefolgung gesundheitlicher Gebote sind dazu keine geeigneten Instrumente. Schriftliche Informationen und Aufforderungen reichen ebenfalls nicht aus. Andere Medien wie Film und Fernsehen werden nur dann erfolgreicher als bisher sein können, wenn sie dem Prinzip der persönlichen Ansprache folgen mit dem Ziel, dem einzelnen Bürger die Identifikation als Teil der Gemeinschaft zu erleichtern. Der Dualismus sich selbst als Individuum, zugleich aber auch eingebunden als Teil der Gemeinschaft zu sehen und damit ein besseres Verständnis für die Abhängigkeit des Anspruchs auf Gesundheitsschutz und Gesundheitshilfe von eigenverantwortlichem gesundheitsgerechtem Verhalten zu erhalten ist möglich, wenn die heute schon gegebenen Kontaktpunkte konsequent genutzt werden.

Mehr als bisher sind Eltern zu befähigen, ihre Kinder — durch Vorbild — zu gesundheitsgerechtem Verhalten zu motivieren. Kontaktpunkte für derartige Erziehungs- und Gesundheitshilfen lassen sich in den Elternschulen sehen bei einer entsprechend ausgerichteten Schwangerenvorsorge, im Zusammenhang mit einer darauf ausgerichteten Mütter- und Säuglingsberatung, mit dem Angebot von Vorsorgeprogrammen im Kleinkindalter etc. Ansätze im Schulunterricht, insbesondere bei der Sozial- und Gemeinschaftskunde, können ergänzt werden durch eine verstärkte Zusammenarbeit auch mit den Eltern und durch eine Verbesserung der schulärztlichen und schulpsychologischen Betreuung. Die ebenfalls gesetzlich verankerten Vorsorgemaßnahmen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes können dazu ebenso nutzbar gemacht werden, wie die vorgeschriebenen Überwachungsuntersuchungen und die Vorsorge durch den sozialärztlichen Dienst. Bislang sind alle diese Ansätze zu sehr beschränkt auf ganz spezielle Aufgaben. Die Aufnahmeuntersuchung für Schulen, die die „Schulreife“ feststellen soll, ermittelt dabei zwangsläufig gesundheitliche Auffälligkeiten und gibt damit die Möglichkeit gesundheitserzieherischer Hilfestellung für die Eltern. Dieses Beispiel läßt sich auf nahezu alle Vorsorgeangebote übertragen und zeigt, daß die von der Bundesregierung seit Jahren verfolgte Umstellung der Gesundheitserziehung auf primär-präventive Hilfen möglich ist durch Nutzung und Ausbau schon vorhandener Hilfen zur Gesundheitsführung.

Ergänzt werden können diese auf den einzelnen ausgerichteten Angebote durch die Mobilisierung der schon vorhandenen und bereits erwähnten Selbsthilfeaktivitäten. Hier wird es darauf ankommen, nicht nur die bereits institutionalisierten Vereinigungen und Organisationen kooperativ stärker miteinander zu verknüpfen, sondern auch neue Aktivitäten auf eine mögliche Einbeziehung zu prüfen.

Diese sich derzeit erst abzeichnenden Ansätze sollten nicht gering geachtet, sondern als Anzeichen dafür gewertet werden, daß es in der Bevölkerung insgesamt ein stärkeres und empfindlicheres Gesundheitsbewußtsein gibt. Wie anders wäre es zu verstehen, daß eine Aktion wie „Trimm Dich“ nicht nur Millionen von Bürgern tatsächlich bewegen konnte, körperlich aktiv

zu werden, sondern auch im Stande war, bei den anderen so etwas wie einen leichten Selbstvorwurf zu wecken, gäbe es diese Bereitschaft zur Gesundheit nicht? Dieses Gesundheitsbewußtsein artikuliert sich derzeit auch gegen gesundheitliche Gefährdungen, ist aber — wie die Hinwendung zu „biologischen“ Nahrungsmitteln belegt — möglicherweise die Basis für eine „Gesundheitsbewegung neuer Form“.

Diese Chance darf nicht dadurch vertan werden, daß konventionelle Maßstäbe zur Ablehnung des überwiegend unkonventionellen Auftretens und Begehrens dieser Aktivitäten führen. Alternative Gesundheitsbewegungen waren und sind nicht frei von durchaus kritisch zu bewertenden Ideologien. Das gilt für die dadurch ungerechtfertigt in die Position von Außenseitern gedrängten Abstinenzverbände mit ihrer berechtigten Forderung nach einer nicht diskreditierten, alkoholfreien Lebensform ebenso, wie für den Kneipp-Bund, als der wohl mitgliederstärksten Gesundheitsorganisation.

Die Bundesregierung wird diese Ansätze und Möglichkeiten sehr genau beobachten. Sie teilt die Auffassung, daß es im Bereich des eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens vor allem um die Überwindung der Risiken einer passiven Lebenshaltung — in breitester Auslegung dieses Begriffs — geht und diese Risiken zwar auch im eigenen Verhalten verankert sind, der Mensch aber immer zugleich auch der Risikofaktor seines Mitmenschen ist, wie es Schaefer formulierte. Daraus ergibt sich, daß neue Formen gesundheitsbezogener Solidargemeinschaften gerade für den Bereich eigenverantwortlicher Vorsorge nützlich sein können.

Die Bundesregierung verfolgt eine Vielzahl von Maßnahmen, die richtungsweisend sein sollen, um Eigenverantwortung und Eigenvorsorge für die Gesundheit zu stärken. Diese reichen von so speziellen Ansätzen wie der Annahme des Angebots genetischer Beratung bis hin zu einem so allgemeinen und umfassenden Angebot der Gesundheitserziehung, wie es von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vorgelegt wird. Die Bundesregierung verfolgt diese Maßnahmen nicht nur im nationalen Bereich, sondern auch abgestimmt international, wie das kürzlich verabschiedete „Programm über Maßnahmen der Gesundheitserziehung und Lebensweise“ des Regionalkomitees für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WGO) zeigt.

Entsprechend der Grundauffassung, daß gesundheitsgerechtes Verhalten Bestandteil des allgemeinen Sozialverhaltens als Produkt des Erziehungs- und Entwicklungsprozesses ist, legt die Bundesregierung das Hauptgewicht auf Maßnahmen, die miteinander verbunden als lebensbegleitende Gesundheitserziehung und -hilfe verstanden werden müssen, so wie sich auch Erziehungs- und Bildungsarbeit lebensbegleitend vollzieht. Die erkannten Aufgaben — und daraus folgend die Maßnahmen — haben sich in den letzten Jahren gewandelt. Sie sind nicht mehr überwiegend oder ausschließlich auf die Verhütung von Unfällen und Krankheiten gerichtet. Sie sind sehr viel breiter abgestellt auf eine allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes schlechthin. Eigenverantwortliche Gesundheits-

vorsorge ist damit nach Auffassung der Bundesregierung umfassender sicherzustellen als durch eine, jeweils nur auf spezielle Sachverhalte ausgerichtete Aufklärung über Gefährdungen und Krankheiten. Diese umfassenderen Maßnahmen sollen verstärkt und ausgebaut werden, ohne die notwendigen speziellen Gesundheitshilfen, etwa des Verbraucherschutzes oder des Schutzes vor Gefahren am Arbeitsplatz, dabei zu vernachlässigen, die ihrerseits auch Eigenverantwortung und Eigenvorsorge zu stärken vermögen. So eingebunden bekommen letztlich auch jene Maßnahmen eine andere Bedeutung, die im Zusammenhang mit der Kostenentwicklung eine nur scheinbare Priorität bekommen haben. Auch sie sind als spezielle Maßnahmen im Kontext der genannten Ansätze als Förderungsaktivitäten für Eigenverantwortung und Eigenvorsorge zu sehen.

Die Bundesregierung wird wie bisher Dachverbände und Spitzenorganisationen solcher Vereinigungen und Selbsthilfeeinheiten im Rahmen ihrer Möglichkeiten fördern. Sie wird bedacht sein, daß diese Förderung auf den anderen Ebenen ebenfalls erfolgt. Sie wird dazu, in Abstimmung mit den Zuwendungsempfängern, zunehmend solche Projekte nutzen und anregen, die das Selbstverständnis des einzelnen von Gesundheit als Funktion und Teil des Sozialverhaltens stärken.

- II. 2. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, in welchem Umfang Ernährungsgewohnheiten dazu beitragen, auf die Gesundheit des einzelnen Bürgers einzuwirken?

Die Bundesregierung hält eine Erweiterung der wissenschaftlichen Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Ernährungsgewohnheiten und dem Entstehen von Krankheiten im Rahmen der Forschung für notwendig. Der jeweils letzte Stand dieser Erkenntnisse wird seit 1969 mit den Ernährungsberichten veröffentlicht, die auf Grund eines Beschlusses der Bundesregierung in jeder Legislaturperiode von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) als unabhängiger Organisation erarbeitet werden. Der Umfang dieser Erkenntnisse zwingt dazu, die Antwort auf die hier gestellte Frage auf ganz wenige Ausschnitte von besonderer Bedeutung zu beschränken und gleichzeitig auf diese Ernährungsberichte zu verweisen.

Ausreichende und vollwertige Ernährung ist unentbehrlich für das Wachstum und Gedeihen des Kindes von seinen ersten Lebensäußerungen an, für die Entwicklung und Erhaltung der vollen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit des Jugendlichen und des Erwachsenen, für den normalen Verlauf der Schwangerschaft und für die Erreichung eines hohen Lebensalters bei voller Gesundheit. Richtige Ernährung verhütet frühkindliche Sterblichkeit und bewahrt Menschen jeden Lebensalters vor einer großen Zahl von Krankheiten, auch solchen, deren Zusammenhang mit der Ernährung nicht ohne weiteres erkennbar ist. Sie ist also eine wesentliche Vorbedingung für die Gesundheit des einzelnen.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheitsstörungen und der Ernährung ist mehrschichtig: Wenn man von der Ernährung ausgeht, so können verschiedene Formen von Fehlernährung zu Gesundheitsstörungen führen oder ihren Verlauf beeinflussen. Eine Unterversorgung an Kalorien kommt in der Bundesrepublik Deutschland kaum vor; eine solche an bestimmten Nährstoffen ist nur bei gefährdeten Gruppen nachweisbar. Als vorherrschendes Ernährungsproblem in der Bundesrepublik Deutschland ist die Überernährung anzusehen. Die Beseitigung von Übergewicht in der Bevölkerung würde die Lebenserwartung nachhaltig verbessern.

Die Ursachen der Überernährung sind bekannt: Eine positive Energiebilanz durch leicht, überall und jederzeit erreichbare schmackhafte Nahrungsmittel, die Bevorzugung von Mahlzeiten mit hoher kalorischer Dichte und notorischer Bewegungsmangel in Beruf und Freizeit. Besteht erst Übergewicht, wird die körperliche Bewegung weiter eingeschränkt.

Wenn man bei der Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen Ernährung und Gesundheitsstörungen von letzteren ausgeht, so sind drei Punkte zu nennen:

- Gesundheitsstörungen können durch Fehlernährung verursacht werden. Ein Beispiel hierzu ist die Blutarmut infolge ungenügender Eisenzufuhr oder die Leberschrumpfung infolge langdauernden erhöhten Alkoholkonsums.
- Gesundheitsstörungen können durch Ernährungseinflüsse verschlimmert werden. Hierzu gehören die Stoffwechselstörungen, für deren Zutreten (Manifestation) das Zusammentreffen von anlagebedingten und umweltbedingten Faktoren erforderlich ist (multifaktorielle Entstehung). Ein Beispiel ist die Zuckerkrankheit. Ihre Häufigkeit betrug noch um die Jahrhundertwende etwa zwei pro Tausend und ist jetzt durch Umwelt- und insbesondere Ernährungsbedingungen auf das 20- bis 30fache gestiegen.
- Ein Einfluß der Ernährung auf Gesundheitsstörungen kann auch insofern gegeben sein, als Ernährungsmaßnahmen (Diät) zur Behandlung von Krankheiten Einsatz findet.

Wichtige Ernährungsgewohnheiten, welche auf die Gesundheit der einzelnen Bürger nachteilig einwirken, sind folgende:

Ernährungsfaktor	Gesundheitsstörung	Häufigkeit
Überernährung, insbesondere zu hohe Fettzufuhr, Cholesterin	Coronare Herz- erkrankungen	?
Überernährung, Kochsalz	Bluthochdruck	10 v.H. bis 20 v.H.
Überernährung	Zuckerkrankheit	3 v.H. bis 5 v.H.
Überernährung, Cholesterin	Gallensteine	10 v.H.

Ernährungsfaktor	Gesundheits- störung	Häufigkeit
Überernährung, Purine, Alkohol	Gicht	5 v.H. bis 9 v.H.
haftende Süßigkeiten	Karies	15 000 000 kariöse Zähne, p.a.
Alkohol	Leber- schrumpfung	?
Alkohol	Bauchspeichel- drüsenentzün- dung	?
Jodmangel	Kropf	ca. 13 v.H.
Fett und Cholesterin	Hyperlipidämie	10 v.H. bis 20 v.H.

Im Ernährungsbericht 1976 wird darauf hingewiesen, daß nach einer Schätzung in der Bundesrepublik Deutschland durch ernährungsabhängige Krankheiten pro Jahr Kosten in Höhe von fast 2 v. H. des Bruttosozialprodukts oder etwa 17 Milliarden DM entstehen. Diese Zahl ist seit Erscheinen des Ernährungsberichtes ständig in einschlägigen Veröffentlichungen übernommen und diskutiert worden, wobei zuletzt überwiegend wesentlich höhere Beträge genannt wurden. Die Bundesregierung hat daher nach Anhörung des Bundesgesundheitsrates Ende 1980 zwei namhaften Wissenschaftlern den Auftrag erteilt, eine derartige Berechnung auf der Basis aktueller Angaben erneut durchzuführen. Das Ergebnis dieses Auftrages wird voraussichtlich Ende dieses Jahres vorliegen.

Unter Berücksichtigung der großen gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Bedeutung der ernährungsabhängigen Krankheiten sieht die Bundesregierung die verstärkte Aufklärung über eine gesunde Ernährung und die Entwicklung wirksamerer Methoden auf diesem Gebiet als eine Schwerpunktaufgabe ihrer gesundheitlichen Aufklärung an. Verbesserungen können hier nur erreicht werden, wenn es gelingt, das Ernährungsverhalten zu ändern. Daher werden als Zielgruppen vor allem die Klein- und Schulkinder und die Familie angesprochen.

- II. 3. In welcher Weise beeinflussen Alkohol- und Nikotingenuß das gesundheitliche Befinden eines Menschen, und wie hoch sind die kostenmäßigen Auswirkungen von durch Alkohol- und Nikotinmißbrauch hervorgerufenen Krankheiten zu beziffern?

Während alkoholische Getränke für den Gesunden in geringen Mengen gesundheitlich unbedenklich sind, führt auch der scheinbar maßvolle Konsum von Tabakerzeugnissen zu ungesunden Belastungen, weil das Einatmen des Tabakrauches immer zugleich mit der Aufnahme von Schadstoffen verbunden ist. Auf die

gesundheitsschädlichen Wirkungen des Zigarettenrauchens hat die Bundesregierung im Rahmen ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage schon früher hingewiesen (vgl. Drucksache 7/2070). Hierbei wurde auf ausländische Langzeituntersuchungen zurückgegriffen, die in ihrem Ergebnis von der WGO als Richtwerte ausgegeben worden sind, um überhaupt eine Überschlagsberechnung der Folgekosten bei Schädigungen durch das Rauchen anstellen und in ihrer Größenordnung quantifizieren zu können. Das in der Antwort wiedergegebene Ergebnis dieser Überlegungen ist jedoch für die derzeitige Situation nicht mehr verwendbar. Die zugrundeliegenden Untersuchungen wurden schon in den 60er Jahren durchgeführt, das Konsumverhalten und das Tabakwarenangebot haben sich seither wesentlich verändert. Neuere Untersuchungen liegen nicht vor.

Alkoholfolgeschäden durch übermäßigen Konsum treten an verschiedenen menschlichen Organen auf. Besonders gefährdet durch die beim Abbau des Alkohols entstehenden Stoffwechselprodukte ist die Leber. Auch das Gehirn und die Körpernerven sind gefährdet, daneben die Magenschleimhaut und die Bauchspeicheldrüse; bei großen Trinkmengen kommt es auch zur Schädigung des Herzens. Zu erwähnen sind auch die Mißbildungen, mit denen jährlich schätzungsweise 1 000 bis 2 000 Kinder geboren werden, deren Mütter gewohnheitsmäßig viel Alkohol trinken. Weitere indirekte Gesundheitsschäden entstehen durch Arbeits- und Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluß. Regelmäßiger hoher Alkoholkonsum führt bei einem Teil der Konsumenten zu Alkoholabhängigkeit.

Der Risikofaktor Rauchen steht im Zusammenhang mit chronischen Atemwegserkrankungen, chronischer Magenschleimhautentzündung, Durchblutungsstörungen und mit einer Reihe von Krebskrankheiten, so z. B. Bronchial-, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs. Mütter schädigen ihre Kinder durch Rauchen in der Schwangerschaft; das durchschnittliche Geburtsgewicht solcher Kinder liegt niedriger als im Falle der Mütter, die in der Schwangerschaft nicht rauchen.

Um die Frage nach den durch die Folgeschäden von Alkohol- und Nikotinmißbrauch verursachten Kosten beantworten zu können, müßte eine genaue, analysierbare Krankheitsstatistik vorliegen, die jedoch in der Bundesrepublik Deutschland fehlt. Zumindest wären hierzu Angaben über die erhöhte Krankheitsanfälligkeit und die Übersterblichkeit von Rauchern und solchen Personen, die alkoholische Getränke über längere Zeit im Übermaß konsumieren, erforderlich. Um wenigstens einen Grobüberblick zu bekommen, hat die Bundesregierung versucht, sowohl die Auswertung eines sog. „Hospitalindex“, also einer prozentualen Auswahl aller Krankenhausfälle, als auch die Möglichkeit zur Felduntersuchung ganzer Bevölkerungsgruppen durch mobile Untersuchungseinheiten hierfür zu nutzen. Leider ist das nicht gelungen. Im Rahmen sehr unterschiedlicher Erhebungen und Untersuchungen ist auch immer wieder versucht worden, wenigstens die Zahl der Raucher nach Konsummenge und -art, Alter, Geschlecht und Zeitdauer des Rauchens zu erfassen, ebenso für das Konsumverhalten bei alkoholischen

Getränken. Die Ergebnisse sind ebenfalls unbefriedigend, die immer wieder genannten Schätzzahlen lassen sich nicht nachprüfen.

Auch die Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren oder anderer Vereinigungen werden von der Bundesregierung immer wieder daraufhin überprüft, ob sich aus ihnen brauchbare Ansätze für eine genauere Bestandsaufnahme mit Situationsanalyse gewinnen lassen. Das Ergebnis war, daß diese Angaben letztlich nur Schätzungen darstellen, bei denen es fraglich ist, ob sie einer Methodenkritik standhalten.

Mit dieser Aussage wird der durch solche Mitteilungen angenommene Umfang des Bestandes an alkoholkranken Bürgern oder solchen, die durch Rauchen gesundheitlichen Schaden genommen haben, nicht bestritten, dieser kann nur nach den der Bundesregierung vorliegenden Unterlagen nicht bestätigt werden.

Um wenigstens in der Größenordnung eine Antwort zu geben, wird wiederholt, daß die Bundesregierung von Folgekosten durch Alkohol- und Nikotinmißbrauch ausgeht, die bei weitem die Einnahme des Bundes aus der Tabaksteuer, der Branntwein- und Sektsteuer übersteigen.

- II. 4. Wie beurteilt die Bundesregierung die gegenwärtige Situation auf dem Gebiet des Drogen-, Rausch- und Arzneimittelmißbrauchs, und welche konkreten Maßnahmen hält sie für geboten?

Die Bundesregierung beurteilt die gegenwärtige Situation des Mißbrauchs von illegalen Drogen, von Rauschmitteln und Arzneimitteln weiterhin als ernst, wenngleich in Teilbereichen eine gewisse Beruhigung der Entwicklungen eingetreten zu sein scheint. Im Bereich des Mißbrauchs illegaler Drogen konnte die expansive Entwicklung der Jahre 1978/79 bereits 1980 abgefangen werden; es gibt Anzeichen dafür, daß für 1981 von einer leicht rückläufigen Entwicklung gesprochen werden kann. Die Zahl der Drogentodesfälle ist ebenso rückläufig wie die der polizeilich erfaßten Erst- und Wiederholungstäter, die Verbraucher harter Drogen sind. Zurückgegangen ist auch der von den Ländern geschätzte Bestand „harter Konsumenten“ illegaler Drogen. Einen derart wellenförmigen Verlauf hat es auch in früheren Jahren schon gegeben. Es wäre deshalb falsch anzunehmen, daß sich mit dieser Entwicklung schon eine Lösung des Problems auf Dauer anzeigt, dazu bedarf es weiterhin intensiver Anstrengungen.

Im Bereich des Mißbrauchs von Arzneyspezialitäten besteht der Eindruck, daß davon mehr Bürger betroffen sind, als von den in der öffentlichen Diskussion im Vordergrund stehenden illegalen Drogen. Hinsichtlich der Zahl der Betroffenen und des Umfangs der Folgeschäden steht der Alkoholmißbrauch an erster Stelle.

Die Bundesregierung hat wiederholt auf die inneren Verknüpfungen des Mißbrauchs von Drogen, Alkohol und Arzneimitteln mit tieferliegenden Schwierigkeiten in der Person des Betroffenen hingewiesen, die häufig direkt oder mittelbar mit Störungen seines sozialen Nahraumes in der Familie, im Freundeskreis oder am Arbeitsplatz, aber auch mit bestimmten Strukturänderungen der Gesellschaft verbunden zu sein scheinen. Aus diesen komplexen Zusammenhängen wird erkennbar, weshalb es schwierig ist, in den Einzelbereichen durchgreifende Erfolge zu erzielen. Auch das Verhalten von Eltern kann Konfliktsituationen herbeiführen, in denen Kinder und Jugendliche glauben, sie lösen oder zumindest besser ertragen zu können, wenn sie Drogen nehmen. Gleiches gilt für Erwachsene in unterschiedlichen Lebenssituationen, wenn sie Arzneimittel mißbräuchlich verwenden. Anders ist es wohl beim Mißbrauch alkoholischer Getränke. Hier stellt die Gruppe der Problemtrinker möglicherweise eher eine Minderheit. Das allgemeine Konsumverhalten, der hohe soziale Rang alkoholischer Getränke, die Sitte, bei jeder Gelegenheit alkoholische Getränke anzubieten, dies alles sind Auslöser für den Umfang des Mißbrauchs alkoholischer Getränke durch übermäßigen Konsum.

Noch immer sind die wirklichen Zusammenhänge, die zum Mißbrauchsverhalten führen, nicht eindeutig definiert. Die Maßnahmen der Bundesregierung werden nach dem Stand der gesicherten Erkenntnisse fortgeschrieben, sie bedürfen der ständigen Anpassung.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß nach wie vor Maßnahmen erforderlich sind, um präventiv die Mißbrauchsbereitschaft als Folge bestimmter Lebenskonstellationen erkennbar und damit korrigierbar werden zu lassen. Andererseits gilt es weiterhin, die „Griffnähe“ des Angebots, die freie Verfügbarkeit von Drogen und Rauschmitteln zu bedenken und ggf. dort weiter zu beschränken, wo bereits jetzt Beschränkungen erfolgen, etwa durch die Rezeptpflicht für Arzneimittel oder Abgabeverbot alkoholischer Getränke an Kinder.

Auch die Werbung für alkoholische Getränke muß im Auge behalten werden. Wenn die Werbung auch nicht zum Mißbrauch alkoholischer Getränke verleiten will, setzt sie aber möglicherweise einen Anreiz, alkoholische Getränke bei jeder sich bietenden Gelegenheit anzubieten oder zu konsumieren. Die Bundesregierung mißt hier freiwilligen Selbstbeschränkungsmaßnahmen der Alkoholwirtschaft den Vorrang vor gesetzgeberischen Maßnahmen bei, solange hierdurch Mißständen wirksam begegnet werden kann.

Zur Eindämmung und Verhütung des Mißbrauchsverhaltens wurden von der Bundesregierung Aktionsprogramme vorgelegt: 1975 gemeinsam mit den für das Gesundheitswesen zuständigen Ministern und Senatoren der Bundesländer ein Aktionsprogramm gegen den Alkoholmißbrauch und in Fortschreibung des Aktionsprogramms vom 12. November 1970 im Januar 1980 ein Aktionsprogramm zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs. Hinsichtlich der Vielzahl der Einzelmaßnahmen wird auf den Text der Aktionsprogramme verwiesen. Ein vergleichbares Programm

zur Eindämmung und Verhütung des Arzneimittelmisbrauchs konnte wegen fehlender Grunddaten bislang noch nicht erarbeitet werden.

Während der Konsum von illegalen Drogen oder der Überkonsum alkoholischer Getränke sich bestimmten Handlungsabläufen zuordnen läßt, auf die Einfluß zu nehmen sich die Maßnahmen der Aktionsprogramme der Bundesregierung bemühen, unterliegt der Mißbrauch von Arzneimitteln offenbar anderen Auslösern und Zwängen. Es sind im wesentlichen die nicht rezeptfrei erhältlichen Arzneispezialitäten, die bei mißbräuchlicher Verwendung zu ersten Folgeschäden führen. Die freie Verfügbarkeit ist also durch die Rezeptpflicht und die damit verbundene Abgabebeschränkung durch die Apotheken eingeschränkt, und trotzdem hat sich dieses Teilproblem ausgebildet. Eine Publikumswerbung für verordnungspflichtige Arzneimittel gibt es nicht. Auch Verstärker dieser Art entfallen demnach. Es wäre jedoch zu einfach, etwa allein denen eine Schuld für das Problem und seine Entwicklung zuzumessen, die Arzneimittel verschreiben oder abgeben dürfen. Auch hier baut sich die Angebotsseite sehr viel komplizierter auf. Hausapotheken aus den Beständen verordneter Arzneispezialitäten, übermäßige Packungsgrößen, Doppelverschreibungen durch Haus- und Facharzt sind nur einige Beispiele dafür, wie es zu dem heute üblichen üppigen Arzneimittelvorrat in den Haushalten kommt.

Auch für den Bereich des Arzneimittelmisbrauchs sind individuelle und gesellschaftliche Auslöser erkennbar. Leistungsüberforderung, Sorge und Streß sowie die Unfähigkeit, diese ertragen zu wollen oder zu können, sind individuelle Auslöser. Die Veränderung des Arzneimittelangebotes mit dem Trend weg von den teilweise bitter schmeckenden oder unangenehm duftenden Naturheilmitteln, hin zu Dragees und Kapseln, die Abkehr vom kalten Brustwickel zur Fiebersenkung hin zu fiebersenkenden Tabletten, sind durch Strukturveränderungen bedingte Auslöser. Der Griff zur Tablette ist nicht nur leichter, er ist auch selbstverständlicher geworden, und vor allem ist er durch die Art heutiger Krankenbehandlung eingeschliffen.

Bei diesen komplexen Ausgangsbedingungen hat die Eigenverantwortung des Bürgers einen besonderen Stellenwert, wenngleich auch hier Angebote im Sinne der Gesundheitshilfe erforderlich sind, ebenso wie Maßnahmen des Gesundheitsschutzes, etwa zur eingeschränkten Verkehrsfähigkeit besonders gefährlicher Arzneimittel. Auch im Bereich des Mißbrauchs von illegalen Drogen und alkoholischen Getränken müssen die Maßnahmen der Bundesregierung auf dieser Leitlinie angelegt sein, nämlich einmal Eigenverantwortung wachzurufen und soweit wie möglich dazu zu befähigen. Zum anderen gehören zu solchen Maßnahmen auch hier die Gesundheitshilfe, der Gesundheitsschutz, Beschränkungen und Verbote, da wo nötig. Es wäre ein Mißverständnis anzunehmen, daß sich die Bundesregierung mit dieser Aufteilung zu entlasten sucht. Der Anteil dessen, was jeweils auf Eigenverantwortung, auf Gesundheitshilfe und auf Gesundheitsschutz entfällt, ist in jedem der hier angesprochenen Sektoren unterschiedlich. Auch diese notwendige Aufgabenteilung wird als Hinweis dafür gesehen, daß in

allen diesen Bereichen sehr differenzierte Maßnahmenkataloge entwickelt werden mußten, bzw. noch entwickelt werden müssen.

Wenngleich das Gesamturteil über die derzeit bestehende Situation negativ ausfällt, ist nicht abzuweisen, daß die seit Jahren durchgeführten zielgenauen Maßnahmen in sehr großer Bandbreite wirksam gewesen sind.

- II. 5. Hält die Bundesregierung es für erfolgversprechend und vertretbar, die gesundheitliche Eigenverantwortung des Bürgers durch eine direkte finanzielle Beteiligung des einzelnen, insbesondere bei subjektiv beeinflussbaren Krankheitsarten über die bereits bestehenden Ansätze hinaus stärker zu motivieren?

Eine gezielte Kostenbeteiligung bei bestimmten subjektiv beeinflussbaren Krankheitsarten würde voraussetzen, daß die hier bestehenden Probleme der Abgrenzung und der Ursachenermittlung gelöst und negative gesundheits- und sozialpolitische Auswirkungen vermieden werden.

Dies ist derzeit nicht erkennbar.

- II. 6. Wie bewertet die Bundesregierung den volkswirtschaftlichen Nutzen und die verfassungsrechtliche Problematik, einen Teil der aus der Tabak- und Branntweinsteuer erzielten Einnahmen für die Finanzierung gesundheitsfördernder Maßnahmen zu verwenden?

Verfassungsrechtliche Bestimmungen stehen der teilweisen Verwendung der Tabak- und Branntweinsteuer zur Finanzierung gesundheitsfördernder Maßnahmen nicht entgegen. Zwecksteuern widersprechen zwar der finanzpolitischen Forderung, daß Steuern der allgemeinen Deckung der staatlichen Ausgaben insgesamt zu dienen haben. Es handelt sich dabei aber nicht um einen verfassungsrechtlichen Grundsatz. Aus haushaltsmäßigen Erwägungen bestehen dagegen starke Bedenken gegen die Zulassung solcher Ausnahmen vom Grundsatz der Gesamtdeckung. Die Zweckbindung von Einnahmen bedeutet nicht nur eine Erschwerung bei der Haushaltswirtschaft; nicht zu übersehen ist auch die Gefahr der Aushöhlung des parlamentarischen Budgetrechts. Die Bundeshaushaltsordnung läßt deshalb derartige Zweckbindungen auch nur durch Gesetz oder durch einen entsprechenden Vermerk im Haushaltsplan zu (§ 8 der Bundeshaushaltsordnung). Eine Zweckbindung von Teilen des Steueraufkommens würde den finanziellen Handlungsspielraum des Staates in unvertretbarer Weise einengen und könnte dazu führen, daß die Regierung nicht mehr flexibel genug auf die sich im Zeitablauf regelmäßig ergebenden Verschiebungen in den Schwerpunkten staatlicher Aufgaben reagieren kann. Theoretisch ist dabei vor-

stellbar, daß die erforderlichen finanziellen Beträge zur raschen Lösung evtl. auftretender sozialer, gesellschaftlicher oder konjunktureller Probleme nicht geleistet werden können. Aus diesen volks- und finanzwirtschaftlichen Gründen ist eine Zweckbindung von Teilen der Tabak- und Branntweinsteuer für die Finanzierung gesundheitsfördernder Maßnahmen abzulehnen. Man wird davon ausgehen können, daß von der Erhebung der Tabak- und Branntweinsteuer im bisherigen und jetzt erweiterten Umfange eine gesundheitspolitisch erwünschte Wirkung ausgeht, da die damit verbundenen Verteuerungen sich tendenziell einschränkend auf den Konsum dieser Genußmittel auswirken dürften.

In gesundheitspolitischer Hinsicht muß allerdings bedacht werden, daß die evtl. Zweckbindung eines Teils der Tabak- und Branntweinsteuer auch Konsequenzen für andere Bereiche haben kann, etwa auf die Zuckersteuer, da auch zwischen dem Verzehr von Süßigkeiten und der Entstehung kostenaufwendiger Zahnerkrankungen ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

III. Gesundheitserzieherische Maßnahmen

III. 1. In welchen Bereichen sollten nach Auffassung der Bundesregierung die Schwerpunkte für gesundheitserzieherische Maßnahmen gesehen werden?

Die Bundesregierung hat sich sowohl hinsichtlich der allgemeinen Zielvorstellungen als auch der speziell durchzuführenden Maßnahmen insoweit festgelegt, als sie der Aufgabenplanung 1981 ff. der BZgA vom 21. Oktober 1980 zugestimmt hat. Diese ist auch mit dem Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit besprochen worden, eine Anhörung von Experten für Fragen der gesundheitlichen Aufklärung und Erziehung aus den unterschiedlichsten Institutionen hat stattgefunden. Die wesentlichste Neuerung dabei ist, daß primärpräventiven Aufklärungsansätzen größeres Gewicht beigemessen werden soll. Dies ist deshalb eine schwierige Aufgabe, weil unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten auf Ursachen zurückgehen können, die für sich so unspezifisch sind, daß bei erster Betrachtung der spezielle Bezug verdeckt bleiben kann. Bislang ging die Entwicklung von Zielvorstellungen immer von den erkennbaren Ursachen gesundheitlichen Fehlverhaltens oder von bereits eingetretenen Schädigungen aus. Dies genügt offenbar nicht. Es besteht der Eindruck, daß neben der weiterhin zu betreibenden Ursachenforschung auch ermittelt werden muß, welche Faktoren dafür bestimmend sind, daß bei gleichen Belastungen und Gefährdungen sich ein Teil der Bevölkerung gesundheitsgefährdend verhält und der andere nicht. Hier sind viele Zusammenhänge derzeit noch unklar, sie bedürfen der wissenschaftlichen Abklärung. Die Aufgabenplanung muß deshalb in ihren Grundzügen überprüft und ständig fortgeschrieben werden. Die BZgA hat 1981 zu diesem Zweck drei Experten um Gutachten für ihre Aufgaben-

planung gebeten und am 20. November 1981 mit diesen eine befragende Anhörung durchgeführt.

Folgende Schwerpunkte für gesundheitserzieherische Maßnahmen werden gesehen:

1. Gesundheitserziehung durch die Familie mit dem Zweck, das wirksamste Instrument, nämlich den fortwährenden persönlichen Kontakt bei Wissensvermittlung, Verhaltensprägung, Gesundheitsüberwachung und Gesundheitsberatung zu nutzen. Es ist dies auch der Versuch, gesundheitsgerechtes Verhalten sozial einzubinden. Die Kampagne „Familie — jeder für jeden“ ist darauf zugeschnitten. Ebenso die Aktion „Eltern helfen Eltern“.
2. Schulische Gesundheitserziehung, Elternhaus und Schule haben besondere Verbindungen im Bereich der allgemeinen Erziehung. Weil die Schule heute nicht mehr der erzieherische Ort ist oder sein kann, der selbständig einen Beitrag für die Erziehung zu gesundheitsgerechtem Verhalten als Teil des Sozialverhaltens leistet, bedarf es unterstützender Anstöße von außen. Die BZgA entwickelt deshalb Unterrichtswerke zu verschiedenen Themen und für unterschiedliche Altersgruppen. Damit soll es Lehrern erleichtert werden, ihre speziellen Unterrichtsvorbereitungen umfassend nach dem Stand heutiger Kenntnisse anzulegen; gleichzeitig soll mit ihnen erreicht werden, daß Gesundheitserziehung nicht etwa nur im Biologieunterricht erfolgt, sondern überall dort, wo versucht wird, den heranwachsenden Bürger auf seine Rolle in der Gesellschaft vorzubereiten, also im Sozialkundeunterricht ebenso wie in Geschichte und Religion.
3. Förderung gesundheitsgerechter Lebensweisen und Aufklärung über Mißbrauchsgefährdung. Während die vorgenannten Schwerpunkte institutionell angelegt sind, sind die letztgenannten und die folgenden thematisch auf besonders aktuelle Problemfelder ausgerichtet. Ernährungsaufklärung hat hier ihren Platz ebenso aber auch die Aufklärung über gesundheitliche Gefährdungen durch Rauchen, Alkohol, Medikamente und illegale Drogen.
4. Prävention spezieller Krankheiten insbesondere Krebs und chronisch degenerative Erkrankungen ist ein thematisch beschränkter Schwerpunkt, der besonders vernachlässigte Bereiche aufzuarbeiten versucht. Die Beschränkung auf derart ausgewählte Felder ist ein Ausdruck dafür, daß die BZgA die eigene Arbeit eingebunden versteht in den Gesamtkatalog aller an der Gesundheitserziehung beteiligten Institutionen. Die unmittelbare Aufklärung über Herz-Kreislauf-Krankheiten und deren Verhütung wird in breitem Ansatz von anderen betrieben, so daß die BZgA hier nicht auch noch tätig werden muß. Diese Abstimmung der Aufgaben, die Kooperation zwischen den Institutionen, insbesondere mit der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (BfGE) ist eine neu gesehene Aufgabe zur strukturellen Weiterentwicklung der Arbeiten.
5. Der Abbau von Vorurteilen gegenüber Behinderten ist ein Schwerpunkt, der besonders im Hinblick auf das Internationale Jahr der Behinderten 1981 her-

ausgestellt worden ist. Die BZgA hat als Bundesbehörde auch die Aufgabe, nationale und internationale Aktionen im weitgefaßten Bereich der Gesundheitserziehung zu unterstützen.

Die Bundesregierung wird auch künftig gesundheits-erzieherische Maßnahmen vornehmlich den für die Erziehung wichtigsten Institutionen der Familie und der Schule anbieten und deren Aktivität für diese speziellen Aufgaben unterstützen. Sie wird darauf achten, daß künftig noch stärker auf eine arbeitsteilige und kooperative Abstimmung für gesundheits-erzieherische Maßnahmen in themenzentrierten Aufgabenfeldern hingewirkt wird. Die BZgA ist schon durch ihren Errichtungserlaß dieser Aufgabe verpflichtet, die sie jedoch allein und mit ihren Untergliederungen nicht erfüllen kann. Sie ist angewiesen auf die Kooperationsbereitschaft der anderen gesundheits-erzieherisch tätigen Institutionen. Die Versuche der BfGE, bei ihren Mitgliedsorganisationen eine derartige Abstimmung herbeizuführen und damit eine bestimmte Leitfunktion zu übernehmen, bedürfen in diesem Zusammenhang besonderer Erwähnung.

- III. 2. In welchem Umfang sind der Bundesregierung Erfahrungen mit gesundheits-erzieherischen Maßnahmen in anderen Ländern bekannt, insbesondere innerhalb der Europäischen Gemeinschaft und den USA?

Die Bundesregierung mißt der internationalen Zusammenarbeit gerade auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung große Bedeutung zu. Diese Probleme werden in vielen internationalen gesundheitspolitischen Gremien gegenwärtig mit Vorrang behandelt.

1. Internationaler Erfahrungsaustausch der BZgA

Der BZgA sind die wesentlichen Entwicklungen auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung in anderen Ländern bekannt. Im Rahmen des internationalen Erfahrungsaustausches werden regelmäßig Informationen über Programme und ihre Umsetzung und Auswirkungen sowie über Forschung gesammelt und für die eigene Arbeit ausgewertet. Durch die Veröffentlichung internationalen Materials, z. B. im Internationalen Journal für Gesundheitserziehung, in den EUROPE-Neuigkeiten, der Broschüre „Gesundheitserziehung in Europa“, den Europäischen Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, an denen die BZgA wesentlich beteiligt ist, wird für eine breite Streuung von Informationen gesorgt. Die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen, z. B. der WGO, der Internationalen Union für Gesundheitserziehung u. a., sowie die Veranstaltung eigener internationaler Seminare und die Mitwirkung in verschiedenen relevanten internationalen Arbeitsgruppen trägt zur Nutzbarmachung internationaler Erfahrungen bei.

2. Weltgesundheitsorganisation

Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung des einzelnen sind auch bei der WGO Schwer-

punkte der aktuellen gesundheitlichen Diskussion und Programmgestaltung. Seit dem Beschluß der 30. Weltgesundheitsversammlung der WGO im Jahr 1977, daß das wichtigste Ziel für Regierungen und WGO in den kommenden Jahrzehnten „die Erreichung eines Gesundheitsstandes für alle Menschen bis zum Jahre 2000 sein sollte, der ihnen die Führung eines sozial und wirtschaftlich produktiven Lebens ermöglicht“, hat dieses Ziel die internationale Gesundheitspolitik wesentlich beeinflusst.

In der von der jährlich stattfindenden Versammlung der europäischen WGO-Mitgliedstaaten (Regionalkomitee) 1980 mit Zustimmung der Bundesrepublik verabschiedeten „Regionalen Strategie zur Erreichung des Ziels ‚Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000‘“, in der der bis dahin sehr abstrakte und ambitionöse Ansatz unter Berücksichtigung der Besonderheiten der europäischen WGO-Region zum ersten Male in konkretere Zielsetzungen umgesetzt wurde, wird der „Förderung gesunder Lebensweisen“ (z. B. durch Gesundheitserziehung, Motivierung zu gesundheitsbewußtem Verhalten, aktiver Mitverantwortung des einzelnen und seine Gesundheit mit dem Ziel einer Verhaltensänderung gegenüber selbstverhängten Risiken) als einem von drei Schwerpunkten dieser Regionalstrategie eine herausragende Bedeutung zugemessen.

Diese Regionalstrategie, die in das 7. Allgemeine Arbeitsprogramm der WGO (1984 bis 1989) eingehen wird, wird die WGO-Planung und Programmgestaltung in der europäischen Region kurz-, mittel- und langfristig wesentlich bestimmen. Ein erster Schritt wurde auf der diesjährigen Tagung des Regionalkomitees Europa der WGO in Berlin (Ost) mit der Annahme eines „Regionalprogramms über Gesundheitserziehung und Lebensweisen“ bereits getan. Zielrichtung dieses Programms ist u. a. die Förderung der Fähigkeit des einzelnen, sich ein positives Gesundheitskonzept zu eigen zu machen, eine tätige Verantwortung für seine eigene Gesundheit und die seiner nächsten Umgebung zu übernehmen sowie das Gesundheitssystem sachgerecht und verantwortungsbewußt in Anspruch zu nehmen.

3. Europarat

Auf der 1. Europäischen Gesundheitsministerkonferenz des Europarates im Oktober 1981 in Madrid, deren Thema „A European Approach to Health Promotion“ lautete, wurde die Bedeutung der Gesundheitsförderung mit den beiden Themenkomplexen „Prävention“ und „Gesundheitserziehung“ übereinstimmend betont. Vorschläge für eine internationale gesundheitspolitische Kooperation in diesem Bereich wurden unterbreitet und mehrere Projekte zur Aufnahme in das künftige Arbeitsprogramm des Europarates empfohlen.

4. Europäische Gemeinschaften

Obwohl in den Römischen Verträgen eine gemeinsame Politik in Gesundheitsfragen nicht vorgesehen ist — in Artikel 118 ist nur von einer „engen Zusammenarbeit in sozialen Fragen“ die Rede — gibt es seit einer Reihe von Jahren Bestrebungen, über den engeren Rahmen

der vertraglichen Bestimmungen hinaus zu einer gemeinsamen Politik auch im Gesundheitsbereich zu kommen, um diesen für das Zusammenleben der Mitgliedstaaten wichtigen Bereich nicht von der Zusammenarbeit in der Gemeinschaft auszuschließen, sondern diese wo immer möglich und zweckmäßig zu verstärken. Zu diesem Zweck haben bereits zweimal Ministerratssitzungen in der Besetzung der Gesundheitsminister stattgefunden.

Zu den vier Schwerpunktbereichen, in denen verstärkt eine Zusammenarbeit im Rahmen der EG angestrebt wird, gehört auch die Gesundheitserziehung. Dazu wurde vereinbart, einen Erfahrungsaustausch über die in den einzelnen Mitgliedstaaten getroffenen Maßnahmen durchzuführen, eine gemeinsame Methodik auszuarbeiten und versuchsweise Kampagnen der Gesundheitserziehung durchzuführen sowie eine gemeinsame Haltung gegenüber der Werbung anzustreben.

Die Kommission hat ihre Arbeiten dazu noch nicht abgeschlossen. Bisher wurden u. a. eine Reihe von Sachverständigentreffen sowie ein Internationales Symposium über „Die Rolle des Arztes bei der Gesundheitserziehung“ durchgeführt. Die Kommission hat darüber hinaus eine zusammenfassende Darstellung über den „Kampf gegen den Tabakmißbrauch“ in den Mitgliedstaaten erstellt.

Unabhängig von diesen Aktivitäten hat die Kommission den Entwurf für ein Forschungs- und Entwicklungsprogramm der EG im Bereich der Forschung in Medizin und Gesundheitswesen (1982 bis 1986) vorgelegt, in dem der Rahmen für entsprechende Koordinierungstätigkeiten der Kommission gesteckt wird. Zu den Schwerpunkten dieses Programms gehört auch die Präventionsforschung.

5. Deutsch-amerikanische Zusammenarbeit

Im Rahmen einer Ressortvereinbarung zwischen den USA und der Bundesrepublik Deutschland über die Zusammenarbeit in der biomedizinischen Forschung und Technologie ist die Erforschung der Herzkrankheiten, der Arteriosklerose und des Bluthochdrucks einer der Schwerpunkte. Die Zusammenarbeit konzentriert sich dabei auf die in den USA laufenden und in der Bundesrepublik Deutschland im Vorbereitungsstadium befindlichen Interventionsstudien (siehe hierzu Antwort auf Frage I. 3). Im Mittelpunkt der Aktivitäten — Erfahrung- und Informationsaustausch, Forscher-austausch, gemeinsame Treffen und Seminare — stehen Fragen der Kriterien für die Inhalte von Interventionsstudien und Vergleiche der Bewertungsmethoden.

Die in amerikanischen Studien — u. a. dem University of Houston Project, dem Counselling Leadership About Smoking Pressures Project (CLASP), dem Robinsdale Anti Smoking Project (RASP) und dem Life Skills Training Program — gewonnenen umfangreichen Erfahrungen mit gesundheitserzieherischen Maßnahmen sind bekannt und werden bei der Entwicklung interventiver Programme zur Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland einbezogen. Gleiches gilt für die europäischen Projekte, die in

dem von dem Regionalkomitee Europa der WGO koordinierten Vorhaben „Gesundheitsförderung im Jugendalter“ (Health Promotion in Youth) vertreten sind. Hieran arbeitet das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes (BGA) intensiv mit.

- III. 3. Wie beurteilt die Bundesregierung die unter kostenmäßigen Gesichtspunkten erhobene Forderung nach Durchführung von Effizienzkontrollen gesundheitserzieherischer Maßnahmen, und in welcher Weise haben derartige Erkenntnisse ihren Niederschlag gefunden?

Die Bundesregierung steht dem Ziel, Gesundheitserziehung durch Effizienzbewertung der einzelnen Maßnahmen wirksamer zu machen, positiv gegenüber. Einschränkungen sind jedoch insoweit erforderlich, als Maßnahmen der Gesundheitserziehung nicht primär der ohnehin dadurch erst langfristig möglichen Einsparung von Ausgaben dienen, sondern vielmehr zur Steigerung der Lebensqualität sowie zur Senkung von Mortalität und Morbidität führen sollen. Eine Begrenzung der Betrachtungsweise auf Kosten/Nutzen-Gesichtspunkte bei der Beurteilung von gesundheitserzieherischen und präventiven Maßnahmen würde der Problematik nicht gerecht werden und möglicherweise schädliche Auswirkungen auf Ziele, Inhalte und Organisationsformen der Gesundheitserziehung haben.

Vor diesem Hintergrund sind die zur Effizienzkontrolle bei der Gesundheitserziehung eingeleiteten Maßnahmen zu sehen. Es handelt sich dabei insbesondere um:

1. *Bewertung bestimmter einzelner Maßnahmen* im Hinblick auf den Zielerreichungsgrad und die damit verbundenen Kosten. Die BZgA führt seit einer Reihe von Jahren derartige sog. Wirksamkeitsuntersuchungen durch, vor allem bei Maßnahmen mit hohem Mitteleinsatz, bei Maßnahmen, bei denen keine abgesicherten Erfahrungswerte vorliegen und bei Maßnahmen, die von grundlegender Bedeutung für die weitere Planung gesundheitserzieherischer Strategien sind, wie z. B. die Erprobung neuer Medien und Methoden oder die Überprüfung der Richtigkeit von Arbeitshypothesen und Planungsgrundlagen. Die in diesem Zusammenhang initiierten quantitativen und — verstärkt — qualitativen Untersuchungen werden also nicht nur zum Zwecke der nachträglichen Bewertung der Effizienz durchgeführt, sondern vor allem auch zur Planung.

Seit 1975 werden durch Längsschnittuntersuchungen kontinuierlich meßbare absolute Veränderungen gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen in der Bevölkerung oder einzelner Risikogruppen („Jahreserfolgskontrolle der BZgA“) erfaßt, sowie die Wirkungen direkt verhaltensbeeinflussender Maßnahmen und Programme, wie z. B. Kurse zur Raucherentwöhnung, Veränderung von Ernährungsgewohnheiten etc.

2. *Erfolgsbewertung von Maßnahmenbündeln* im Hinblick auf die Senkung von Mortalität und Morbidität sowie der Kosten/Nutzen-Relation.

Diesem Ziel dient insbesondere auch die bereits unter der Antwort zur Frage I. 3. näher beschriebene „multizentrische gemeindeorientierte Interventionsstudie zur primären Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten“.

3. *Entwicklung praktisch anwendbarer Indikatoren* für die Ziele und Ergebnisse der Gesundheitspolitik sowie Effektivitätsmessungen im Gesundheitswesen auch für gesundheitserzieherische Maßnahmen.

Zu diesem Zweck wurden im Auftrag der Bundesregierung mehrere Forschungsvorhaben durchgeführt. Da ein derartiges Indikatorensystem jedoch zur verstärkten Aussagekraft internationale Vergleichbarkeit erfordert, sollen diese Bemühungen zur Entwicklung einer umfassenden Methodik insbesondere im Rahmen des „Forschungs- und Entwicklungsprogramms der EG im Bereich der Forschung in Medizin und Gesundheitswesen“ fortgesetzt werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß Effizienzuntersuchungen bei Maßnahmen der Prävention die Aufgabe zukommt nachzuweisen, welcher humanitäre und volkswirtschaftliche Erfolg möglich und erreichbar ist.

- III. 4. Wie beurteilt die Bundesregierung die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Volkseinkommen und dem allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie der Lebensdauer und den Aufwendungen für die gesundheitliche Sicherung der Bevölkerung, und welche Erfahrungen gibt es hierzu besonders im Vergleich zu den Ländern der Europäischen Gemeinschaft und den USA?

Da der Begriff „allgemeiner Gesundheitszustand der Bevölkerung“ nicht einheitlich und verbindlich definiert ist, ist es weder möglich, aus den vorliegenden Veröffentlichungen einen hinreichend sicheren Schluß über seine Beziehungen zum Volkseinkommen zu ziehen, noch den internationalen Vergleich anzustellen. Je nach Standort des Betrachters werden zur Beurteilung dieses Gesundheitszustandes Krankenstände, Renten- bzw. Invaliditätsstatistiken, Angaben zur Morbidität oder Mortalität bestimmter Erkrankungen, amtliche Morbiditätsstatistiken oder Erhebungen und Befragungen zur Gesundheit herangezogen.

Trotz der genannten Schwierigkeiten lassen sich einige Feststellungen treffen:

Der Wohlstand, wie er in unserem Lande zu verzeichnen ist, vergleichbar mit dem der USA und von EG-Ländern, hat hier wie dort zu jenem Panoramawechsel der Erkrankungen geführt, bei dem die früher bedeutsamen Infektionskrankheiten ihren Rang an eine Reihe sogenannter Zivilisationskrankheiten abgetreten haben, die engen Bezug zum technischen Fortschritt mit seinen Begleiterscheinungen aufweisen. Neuere Studien aus den USA zeigen darüber hinaus, daß insta-

bile Situationen in der Wohlstandsgesellschaft sogleich zu nachteiligen Auswirkungen auf die Gesundheit führen können.

Der Panoramawechsel der Krankheiten ist dafür verantwortlich, daß es offenbar nicht gelungen ist, den Krankenstand nachhaltig zu verbessern. Auch die zum Teil rapide gestiegenen Aufwendungen für das Gesundheitswesen in den vergleichbaren Ländern haben das nicht vermocht, so daß inzwischen auch Zweifel laut werden, ob das Problem überhaupt auf dem Wege über derart wachsende Aufwendungen, also vorwiegend quantitativ, lösbar ist.

Da mehr Wohlstand leider nicht gleichbedeutend mit mehr Gesundheit ist, sondern durch andere Belastungen nur andere Erkrankungen in Erscheinung treten, wird die Notwendigkeit noch stärkerer Bemühungen in der Vorsorge dadurch unterstrichen.

Andererseits jedoch ist bei uns und in den vergleichbaren Ländern ein maßvoller Zugewinn an Lebenserwartung zu verzeichnen, der durch die Lebensbedingungen, insbesondere hygienische Fortschritte im weitesten Sinne des Wortes und diagnostisch/therapeutische Erfolge, erklärbar ist.

Um die aufgezeigten Mängel bei der Bewertung und beim internationalen Vergleich der gesundheitlichen Situation in Abhängigkeit von wirtschaftlichen Verhältnissen zu beheben, begrüßt die Bundesregierung den Forschungsschwerpunkt der WGO „Ökonomische Aspekte der Gesundheitsversorgung“, wo auch „Untersuchungen über den Einfluß wirtschaftlicher Entwicklung auf die Gesundheit“ zur Debatte stehen. Hier wird es auch darum gehen, die noch fehlende gemeinsame und vergleichbare Datenbasis zu schaffen.

- III. 5. Wie beurteilt die Bundesregierung den Aufgaben- und Wirkungsbereich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Vergleich zu anderen bestehenden freien Initiativen auf diesem Gebiet, und welche Möglichkeiten sieht sie, diese Einrichtungen in einem größeren Rahmen zu fördern und mit ihnen verstärkt zusammenzuarbeiten?

Die Bundesregierung hält die Arbeit der BZgA auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung für unerlässlich. Sie beurteilt die Arbeit dieser nachgeordneten Dienststelle im Geschäftsbereich des BMJFG als erfolgreich und anerkannt durch die gesundheitserzieherische Praxis wie durch Expertenmeinung und verschiedene Wissenschaftsdisziplinen. Mit ihrem Urteil weiß sie sich einig mit den Ergebnissen einer Expertenanhörung, die der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit des Deutschen Bundestages über die Arbeit der BZgA am 19. September 1979 durchführte.

Die Aufgaben der BZgA sind im Errichtungserlaß von 1967 festgelegt als

- die Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalt und Methoden der Gesundheitserziehung (Modellfunktion);

- die Aus- und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung tätigen Personen (Qualifikationsfunktion);
- die Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung im Bundesgebiet (Koordinierungsfunktion);
- die Zusammenarbeit mit dem Ausland (Koordinierungsfunktion).

Diese Aufgabenstellung unterscheidet sich deutlich von der der freien Initiativen, die oft große Mitgliedsorganisationen darstellen und die Interessen ihrer Mitglieder berücksichtigen müssen oder einzelne Teilbereiche der Gesundheitserziehung und -aufklärung bearbeiten. Im Sinne einer noch stärkeren Aufgabenteilung wird die BZgA künftig noch mehr die Modell- und Qualifikationsfunktion verstärken.

Die Bundesregierung sieht aber auch in der Arbeit der freien Initiativen eine wichtige gesundheitserzieherische Wirkung. Beide, BZgA und freie Initiativen, können sich gegenseitig unterstützen und ergänzen, da sie auf unterschiedliche Aufgaben, Zielgruppen und Handlungsebenen gerichtet sind.

Die Bundesregierung fördert daher die Arbeit der freien Initiativen auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung bereits seit längerer Zeit mit erheblichen Mitteln, 1980 waren es in der Projektförderung insgesamt $\frac{1}{3}$ der gesamten Mittel der BZgA (= 2,1 Mio. DM) im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung. Hinzu kommen aus dem Haushalt des BMJFG 1,7 Mio. DM für andere Vereinigungen, die ebenfalls auf diesem Gebiet tätig werden.

Die Zusammenarbeit zwischen der BZgA und den freien Initiativen auf Bundes-, Länder- und auch kommunaler Ebene hat sich ständig verbessert und führt zu immer besserer Abstimmung, Kooperation einerseits, Arbeitsteilung andererseits, um Doppelarbeit zu vermeiden. Ein wesentlicher Teil der Koordination wird in den entsprechenden Gremien (Ständiger Ausschuss Arbeitskreis „Projektplanung“) durch die BfGE einerseits, die Landeszentralen bzw. Landesvereinigungen für Gesundheitserziehung andererseits, wahrgenommen.

IV. Bedeutung der Prävention für die Erhaltung der Gesundheit

- IV. 1. Wie beurteilt die Bundesregierung die Wirksamkeit bestehender Vorsorgeuntersuchungen, und welche Maßnahmen hält sie für erforderlich, die Inanspruchnahme weiter auszubauen?

In der Bundesrepublik Deutschland werden den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung Untersuchungen zur Früherkennung von Krebskrankheiten, Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft und Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern angeboten.

Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassen jährlich Untersuchungen der Frauen ab 20 und der

Männer ab 45 Jahren auf bestimmte Krebsarten. Die Schwangerschaftsvorsorge sieht Untersuchungen vor, die im allgemeinen nach Feststellung der Schwangerschaft im Abstand von vier Wochen und in den letzten beiden Monaten im Abstand von zwei Wochen erfolgen.

Die Kinderfrüherkennungsmaßnahmen bestehen aus acht Untersuchungen von der Geburt bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres.

Beurteilung der Wirksamkeit bestehender Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen:

a) Krebskrankheiten

Solange Ursachen und Entstehungsmechanismus der Krebserkrankungen weitgehend unbekannt sind, stehen Möglichkeiten für eine Krebsvorsorge kaum zur Verfügung. Deshalb kommt der möglichst frühen exakten Diagnose von Krebsfrühstadien oder Krebserkrankungen im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eine zentrale Bedeutung zu. Verschiedene, häufig vorkommende Krebserkrankungen weisen nämlich heute bereits eine Heilungsquote von über 90 v. H. auf, wenn sie frühzeitig erkannt und konsequent behandelt werden.

Die Entwicklung verbesserter, einfach zu praktizierender Verfahren und/oder neuer Techniken für die Früherkennung der häufigsten Krebsformen ist daher zu intensivieren. Die heute zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehörenden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können daher nur als ein Anfang angesehen werden. Die Einführung zusätzlicher Früherkennungsmethoden ist u. a. von ihrer diagnostischen Sicherheit und der Zumutbarkeit für große Bevölkerungsgruppen abhängig.

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat am 25. November 1980 auf Bitte der Bundesregierung eine Stellungnahme zu den Krebsfrüherkennungsmaßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorgelegt. Darin wird festgestellt, daß der hohe Stand der Treffsicherheit von etwa 95 v. H. und die daraus resultierende Heilungschance bei früherkannten Fällen bei Zervixkarzinomen von den anderen Untersuchungsmethoden nicht erreicht wird.

Trotz gesteigerter Bemühungen aller Verantwortlichen konnte die Quote der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nicht wesentlich gesteigert werden. Nach Angabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahre 1981 beträgt die derzeitige Beteiligungsquote der anspruchsberechtigten Frauen ca. 35 v. H. und die der anspruchsberechtigten Männer ca. 15 v. H.

Deshalb führt die Bundesregierung im Rahmen des Programms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ mit dem Projekt „Krebsfrüherkennungsmaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ eine Bestandsaufnahme und Bewertung bereits vorhandener Aktivitäten, eine Untersuchung über die Probleme der mangelnden Inanspruchnahme

sowie eine Lückenanalyse durch, um Anregungen für gezielte weitere Maßnahmen zu geben, damit ein umfassendes Versorgungskonzept entwickelt werden kann, in dem alle Verantwortlichen eng kooperieren. Dieser Aufgabe dient auch die Fachbereichskommission „Versorgung von Krebspatienten“ im Rahmen des „Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung“. Eines der vier Aufgabengebiete dieser Kommission betrifft Früherkennung und Diagnostik.

Im Vordergrund der Bemühungen dieser Fachbereichskommission soll die Verbesserung der Effektivität und Effizienz des Krebsfrüherkennungsprogramms stehen. Dazu gehört neben der Analyse der bisher angewandten Untersuchungsmethoden und ihrer Wirksamkeit die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Steigerung der Effektivität des Früherkennungsprogramms. Dabei sollen in erster Linie die Auswirkungen einer Veränderung der bestehenden Altersgrenzen und der Untersuchungsabstände geprüft, sowie Empfehlungen für eine Modifikation der Organisation von Früherkennungsuntersuchungen erarbeitet werden mit dem Ziel, Maßnahmen zur Steigerung der Beteiligungsquote an den Früherkennungsuntersuchungen unter besonderer Berücksichtigung bisher schwer erreichbarer Bevölkerungsgruppen zu entwickeln.

b) Schwangerschaftsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

Trotz unbestreitbarer Erfolge in der Bundesrepublik Deutschland bei der Bekämpfung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahren durch die Einführung des Angebotes der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und der Einführung des Früherkennungsprogramms sind die Mütter- und Säuglingssterbeziffern in der Bundesrepublik Deutschland noch immer höher als in den europäischen Nachbarländern. Die hohen Sterbeziffern korrelieren mit hohen Krankheitsziffern.

Zu den Ursachen gehört, daß gerade Gruppen mit höherem Risiko — z. B. sehr junge und alleinstehende Mütter, Mütter mit mehreren Kindern, Frauen aus unteren sozialen Schichten und ausländische Mütter — die Untersuchungen in zu geringem Umfang in Anspruch nehmen.

Deshalb hat die Bundesregierung Untersuchungen und Modellmaßnahmen initiiert, die die derzeit unbefriedigende Situation genauer analysieren und verbessern helfen sollen.

Ein besonderes Problem stellt in der Bundesrepublik Deutschland die Spätsterblichkeit von Säuglingen (vom 28. Lebenstag bis zum Ende des ersten Lebensjahres) dar, die mit steigender Tendenz etwa ein Drittel aller Säuglingssterbefälle ausmacht. Dabei ist der hohe Prozentsatz an unnatürlichen Todesursachen (plötzlicher Kindestod) und von Infektionskrankheiten auffällig, die in unseren Nachbarstaaten fast keine Rolle

mehr spielen. Dort sind allerdings neben den Ärzten die Hebammen viel stärker in die Versorgung von Mutter und Kind eingeschaltet als bei uns. Die Bundesregierung führt daher in Bremen und Bremerhaven einen Modellversuch durch, der die Übertragbarkeit dieser in Skandinavien bewährten Strukturen auf die Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland überprüft. Zu diesem Zweck sind 28 speziell zur Betreuung von Mutter und Kind in der Schwangerschaftsvor- und -nachsorge geschulte Hebammen eingesetzt. Sie sollen sozialmedizinische und psychosoziale Aufgaben erfüllen, bei denen die Betreuung von sozialen Risikogruppen im Vordergrund steht. Untersuchungen haben ergeben, daß das Angebot der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen von Ausländerinnen, ledigen Müttern, ungelerten Arbeiterinnen und Müttern großer Familien mit mehr als zwei Kindern für sich und ihre Kinder am wenigsten genutzt wird. Gleichzeitig ist in diesen Bevölkerungsgruppen aber der Hauptanteil der Risikokinder zu finden. Die Hebammen sind daher im Raum Bremen und Bremerhaven in erster Linie dazu eingesetzt, diese Risikogruppen in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten in besonderer Weise zu betreuen und vor allem regelmäßige Arztbesuche sicherzustellen.

Im Rahmen des Programms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ hat die Bundesregierung ein Forschungsprojekt ausgeschrieben, das die Verbesserung und Weiterentwicklung des bestehenden Früherkennungsprogramms für Kinder im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zum Ziele hat.

Neben der Überprüfung der Organisation der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen für Kinder ist die Untersuchung der die Nachfrage bestimmenden Faktoren für die Inanspruchnahme des Programms und auch für die Bereitschaft, das Kind einer Behandlung zuzuführen, Voraussetzung für die methodische Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Vor allem die Untersuchungen 7 (Ende des 2. Lebensjahres) und 8 (bis zum Ende des vierten Lebensjahres) sind hierbei wichtig, da diese Untersuchungen eine besonders geringe Beteiligungsquote ausweisen. Nach Angabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lag die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder im Jahr 1979 bei den Untersuchungen 1 bis 6 im Mittel bei 87 v. H. Sie sank bei der Untersuchung 7 auf 73 v. H. und bei der Untersuchung 8 auf 58 v. H. aller Anspruchsberechtigten. Es ist bekannt, daß Eltern von Risikokindern überwiegend zu den Bevölkerungsgruppen gehören, die das Untersuchungsangebot am wenigsten nutzen. Daher kommt nach Ansicht der Bundesregierung der Frage, wie das Angebot wirksam an diese schwer erreichbaren Gruppen herangetragen werden kann, besondere Bedeutung zu. Bisherige Untersuchungen haben ergeben, daß ein sehr hoher Prozentsatz gerade der mehrfach behinderten Kinder in Ausländerfamilien zu finden ist. Es sollen daher Verfahren entwickelt werden, die auf die spezifischen Bedürfnisse und Probleme des ausländischen Bevölkerungsanteiles differenziert eingehen, um diese Familien verstärkt in das Früherkennungsprogramm für Kinder einbeziehen zu können.

- IV. 2. Welche Überlegungen hat die Bundesregierung, Früherkennungsmaßnahmen auf Herz, Kreislauf und andere Krankheiten auszudehnen, und gibt es darüber bereits zeitliche Vorstellungen?

Zuverlässige Früherkennungsmethoden zur rechtzeitigen Erfassung beginnender Herz-Kreislauf-Krankheiten stehen heute noch nicht zur Verfügung. Es sind aber eine Reihe von Risikofaktoren bekannt, die die Entstehung dieser Krankheiten durch langfristige Einwirkungen auslösen oder begünstigen können. Dazu gehören Übergewicht als Folge des Überkonsums von Nahrungs- und Genußmitteln, Rauchen, Bluthochdruck, Bewegungsmangel und psychosoziale Belastungen. Nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unumstritten sind nur die Risikofaktoren Rauchen und Bluthochdruck. Neueste Studien deuten an, daß der schwerwiegendste Risikofaktor die genetische Belastung sei, der auch durch gesunde Lebensweise nicht auszuschalten ist. Regelmäßige körperliche Belastung scheint einen gewissen Schutz vor koronaren Herzerkrankungen darzustellen, ohne daß bislang bekannt ist, was diesen Schutz letztlich bewirkt.

In Ausführung einer Empfehlung der Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Bundesregierung bereits 1976 eine Systemerprobung durchführen lassen um festzustellen, ob Untersuchungen auf Bluthochdruck sowie erhöhte Werte für Blutfette und Blutzucker, die als Risikobefunde im Vorstadium von Herz-Kreislauf-Krankheiten angesehen werden, genügend sicher durchgeführt werden können. Die Ergebnisse waren insofern ermutigend, als sich zeigte, daß offenbar in der Bevölkerung eine größere Bereitschaft besteht, derartige Früherkennungsuntersuchungen anzunehmen, als dies für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen festgestellt werden muß. Es hat sich zudem gezeigt, daß bei entsprechender Vorbereitung genügend genaue Meßergebnisse von den niedergelassenen Ärzten erwartet werden können. Diese Ergebnisse aber trafen auf eine zwischenzeitlich veränderte Bewertung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten und auf eine sehr viel kritischere Bewertung vorbeugender Maßnahmen bei diesen Krankheiten. Die Bundesregierung hat 1977 eine Analyse und kritische Bestandsaufnahme von bisher in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Krankheiten durchführen lassen. Diese von Pflanz durchgeführte Studie kommt zu dem Ergebnis, daß eine generelle Einführung solcher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen des § 181 der Reichsversicherungsordnung (RVO) nicht zu empfehlen sei. Die Begründung dafür liegt in den Zweifeln daran, ob überhaupt eine effektive Änderung festgestellter Risikofaktoren möglich ist, und selbst der Wert einzelner Risikofaktoren ist durchaus noch zweifelhaft. Es mußten deshalb alternative Ansätze entwickelt und geprüft werden.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Mettmann führt mit Unterstützung der Bundesregierung seit 1978 den Versuch durch, gefährdeten Bevölkerungsgruppen geeignete Hilfen zur Ausschaltung der Risikofaktoren anzubieten. Im Rahmen dieses Modellversuches, der über

das Angebot von Gesundheitserziehung und gesundheitlicher Aufklärung weit hinausgeht, werden diesen Risikogruppen durch Gesundheitsberatungsstellen gezielte Trainingsprogramme angeboten, um eine Änderung des Gesundheitsverhaltens zu erreichen und die Betroffenen bei ihren Bemühungen intensiv zu unterstützen. Hierbei stehen Programme zur Raucherentwöhnung, gegen Über- und Fehlernährung, gegen Bewegungsmangel und Bluthochdruck sowie zum Abbau von sozialem Streß im Vordergrund. Diese Programme sind inzwischen soweit ausgereift, daß sie auch anderen Orts angewendet werden könnten.

Im Rahmen des Programms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ wurde ein Forschungsprojekt „Prävention von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Früherkennungsmethoden“ ins Leben gerufen. Hierzu gehören Vorhaben zur Datengewinnung und zur Analyse epidemiologischer Daten und Modellsituationen, Forschungsvorhaben zur früheren Erkennung peripherer und zentraler Verschlusskrankheiten, wie auch zur Abklärung der prädiktiven Bedeutung von Herz-Rhythmusstörungen sowie auf der Grundlage des klassischen Risikofaktorenkonzepts die Entwicklung einfacher, screeningfähiger Methoden zur Erfassung von Risikofaktoren.

Bei den Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sind nur hinsichtlich der degenerativen Erkrankungen einige wenige Risikofaktoren (Übergewicht, Zwangshaltungen bei der Arbeit und sonstige Fehlbelastungen) zuverlässig bekannt, doch fehlt es an geeigneten praktikablen Früherkennungsmethoden oder diagnostischen Verfahren zur rechtzeitigen Erfassung beginnender rheumatischer Erkrankungen. Die Bundesregierung hält daher ein Vorsorgeprogramm für diese Volkskrankheiten für zur Zeit nicht durchführbar. Im Rahmen des Programms der Bundesregierung „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ werden allerdings Untersuchungen durchgeführt, um die gerade in diesem Krankheitsbereich unbefriedigende Lage ändern zu können.

Die Bundesregierung ist bemüht, neue und verbesserte Früherkennungsuntersuchungen in das Angebot der Früherkennung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen, wenn nachgewiesen ist, daß diese Maßnahmen den Kriterien des § 181 a RVO genügen.

- IV. 3. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse über eine Kosten/Nutzen-Relation bei Impfungen vor, insbesondere hinsichtlich Kinderlähmung, Grippe und Röteln?

Bei den Impfungen gegen Poliomyelitis (Kinderlähmung) und Röteln handelt es sich überwiegend um Impfungen für Kinder und Jugendliche, die aufgrund der Empfehlungen der ständigen Impfkommision des BGA in den Impfkalender aufgenommen wurden. Die Poliomyelitis-Schluckimpfung wird seit rund 20 Jahren von den Gesundheitsämtern bestimmten Altersgruppen kostenlos angeboten, die Rötelnimpfung seit etwa

sechs Jahren. Bei der Impfung gegen Grippe (Influenza) handelt es sich vorzugsweise um eine Erwachsenenimpfung, die weitgehend in den individualmedizinischen Bereich fällt, von den Krankenkassen bezuschußt wird und in manchen Fällen von Betriebsärzten in der Belegschaft auf Kosten der betreffenden Firmen durchgeführt wird.

Für die Poliomyelitis-Schluckimpfung liegen Ergebnisse einer Kosten/Nutzen-Analyse vor, die 1972 im Auftrag der Bundesregierung vom Batelle-Institut (Frankfurt) für die Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wurde. Auf der Kostenseite wurden die Impfstoffbeschaffung von 1962 bis 1970 und die im selben Zeitraum aufgetretenen (seltenen) Impfschäden, auf der Nutzenseite die vermiedenen Krankheitsfälle aufgelistet (gesparte Kosten für stationäre Behandlung, Dauerversorgung bleibender Schäden, Rehabilitationsmaßnahmen, Verlust an Erwerbspotential usw.). Danach betrugen die Gesamtkosten 71,5 Millionen DM, denen ein Gesamtnutzen von 6 448 Millionen DM gegenüberstand, so daß sich ein Kosten/Nutzen-Verhältnis von 1 : 90 ergab.

Dieselbe Untersuchungsgruppe hat Kosten/Nutzen-Berechnungen bei der Impfung gegen Influenza durchgeführt, wobei auf der Nutzenseite vorzugsweise die Vermeidung von Arbeitsunfähigkeitstagen in Rechnung gestellt wurde. Die Berechnung erfolgte für das Epidemiejahr 1969/1970 und bestand in einem Vergleich der Erkrankungsfälle in einem geimpften und in einem nichtgeimpften Kollektiv. Es ergab sich ein Kosten-Nutzenverhältnis von 1 : 6 für ein zweijähriges Epidemieintervall und von 1 : 4 für ein dreijähriges Epidemieintervall.

Kritisch muß hinzugefügt werden, daß die Epidemieintervalle noch größer sind, so daß der Nutzen der Influenzaschutzimpfung dadurch weiter absinkt. Die ständige Impfkommision des BGA war deshalb zurückhaltend mit allgemeinen Impfeempfehlungen und hat diese in der interepidemischen Periode auf über 60jährige Personen sowie Personen mit besonderen Risikofaktoren (z. B. von seiten des Herzens oder der Lunge) eingeschränkt.

Bei der Rötelnimpfung steht der Schutz des noch ungeborenen Lebens im Vordergrund, d. h. die Verhütung von Röteln-Embryopathien, die zur schweren Schädigung des Seh- und Hörvermögens, zu Herzmißbildungen und zu Gehirnschäden mit geistiger Retardierung führen können. Die Impfung der jungen Mädchen vor Eintritt in die Geschlechtsreife und neuerdings auch der Kleinkinder dient der Verhütung der Rötelninfektion noch rötelnempfindlicher Frauen während der Schwangerschaft.

Kosten/Nutzen-Analysen aus der Bundesrepublik Deutschland sind hier nicht bekannt. In Analogie zu amerikanischen Statistiken wird die Häufigkeit von Rötelnmißbildungen auf ein bis zwei pro 1 000 Lebendgeborene geschätzt, was in absoluten Zahlen ausgedrückt 600 bis 1 200 Mißbildungen pro Jahr bedeuten würde. Diese zu verhüten, wäre schon eine moralische Verpflichtung ohne Berücksichtigung der damit verbundenen Kosten. SCHOENBAUM u. a. haben für die USA 1976 eine Kosten/Nutzen-Analyse veröffentlicht,

der verschiedene Rötelnimpfprogramme zugrundegelegt wurden. Bei der Impfung der Mädchen vor Eintritt in die Geschlechtsreife ergab sich ein Kosten/Nutzen-Verhältnis von 1 : 27, bei Impfungen der Zweijährigen beiderlei Geschlechts ein Quotient von 1 : 23 und bei der Kombination beider Impfprogramme ein Verhältnis von 1 : 16. Dieses Ergebnis dürfte prinzipiell auch auf die Bundesrepublik Deutschland übertragbar sein.

- IV. 4. In welchem Umfang liegen der Bundesregierung Erkenntnisse vor über die Lebenserwartung von Frauen, die durch Erwerbstätigkeit und Haushalt einer Doppelbelastung ausgesetzt sind?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über die Lebenserwartung von Frauen vor, die durch Erwerbstätigkeit und Familienaufgaben einer Doppelbelastung ausgesetzt sind. Das Statistische Bundesamt berechnet in Sterbetafeln die Lebenserwartung der einzelnen Altersjahre für Männer und Frauen. Eine spezielle Sterbetafel für Frauen, die durch Erwerbstätigkeit und Haushalt einer Doppelbelastung ausgesetzt sind, liegt nicht vor, da eine entsprechende Datenkombination, die für die Aufstellung einer solchen Sterbetafel erforderlich wäre, im Rahmen der amtlichen Statistik nicht erhoben wird.

Bisher vorliegende Studien zu Einzelaspekten der gesundheitlichen Auswirkungen von Doppelbelastung lassen keine gesicherten und verallgemeinerbaren Schlußfolgerungen hinsichtlich Morbidität und Mortalität von mit Familien- und Erwerbsarbeit belasteten Frauen zu.

Die Bundesregierung hält diesen Mangel an statistischen Informationen für bedauerlich.

Unabhängig davon widmet die Bundesregierung der Doppellorientierung der Mehrheit der Frauen auf Beruf und Familie große Aufmerksamkeit. Diese Doppellorientierung erweitert die Lebensmöglichkeiten von Frauen, unterstützt ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und fördert ihre materielle Selbständigkeit. Auf der anderen Seite geht sie einher mit Doppelbelastung durch die Verbindung von Erwerbsarbeit und Familienarbeit. Diese Doppelbelastung ist umso stärker, je mehr traditionelle, nicht partnerschaftliche Verhaltensmuster in den Familien praktiziert werden und je geringer das Angebot an familienergänzenden und -unterstützenden sozialen Diensten sowie anderen Entlastungsmöglichkeiten ist.

Daher fördert die Bundesregierung durch verschiedene Ansätze die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für beide Geschlechter:

- Sie wirkt durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit auf eine mehr partnerschaftliche Ehe- und Familienauffassung hin, bei der die Familienaufgaben geteilt werden. Die Männer in den Familien sind aufgerufen, ihren Anteil an den Lasten und Freuden der Familienarbeit zu übernehmen.
- Untersuchungen zur familienfreundlichen Gestaltung der Arbeitswelt sollen Wege zeigen, Berufs-

und Familienaufgaben besser miteinander vereinbar zu machen, d. h.: gegenüber der bisher vorherrschenden Anpassung der Familienbedürfnisse an die Erfordernisse der Arbeitswelt sollen nun familienfreundlichere Regelungen aufgezeigt werden, durch die Belastungen vermindert werden.

- Seit 1979 bietet der Mutterschaftsurlaub mit Arbeitsplatzgarantie eine wichtige und von den Frauen praktisch voll genutzte Möglichkeit, in den ersten Lebensmonaten des Kindes von der Doppelbelastung befreit zu sein, ohne damit den Verzicht auf die Berufsperspektive verbinden zu müssen.

Er soll gemäß der Entschließung des Deutschen Bundestages zum Elternurlaub weiterentwickelt werden.

- Ein weiterer wichtiger Komplex ist die Förderung und Weiterentwicklung familienergänzender Beratungs- und Betreuungsangebote, insbesondere der Kinderbetreuungsangebote (z. B. Tagesmüttermodell).

In der Fortentwicklung dieser verschiedenen Ansätze sieht die Bundesregierung die Chance, die gesundheitliche Belastung von auf Beruf und Familie hinorientierten Frauen abzubauen, evtl. Gefahren für Krankheitshäufigkeit und Lebenserwartung zu vermindern und die Lebensqualität der Familien insgesamt zu verbessern.

