

Große Anfrage

der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Dr. Dietmar Bartsch, Karin Binder, Matthias W. Birkwald, Heidrun Bluhm, Steffen Bockhahn, Dr. Rosemarie Hein, Inge Höger, Jan Korte, Caren Lay, Sabine Leidig, Dr. Gesine Löttsch, Wolfgang Neskovic, Petra Pau, Jens Petermann, Ingrid Remmers, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Raju Sharma, Kersten Steinke, Sabine Stüber, Dr. Kirsten Tackmann, Frank Tempel, Kathrin Vogler, Halina Wawzyniak, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE.

Gesundheitliche Ungleichheit im europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung

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

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

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

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

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

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

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

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

In der Bevölkerung wird der Zusammenhang zwischen hohem Einkommen und Leistung im Sinne von harter Arbeit kaum wahrgenommen. Über 80 Prozent der Bevölkerung sehen Reichtum als Folge von Beziehungen und Ausgangsbedingungen an (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008,

S. 43). Und die Bevölkerung liegt nachgewiesenermaßen richtig: So studieren beispielsweise 83 Prozent der Akademikerkinder, aber nur 23 Prozent der Kinder von Nichtakademikern (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 64). Dies führt zu Einkommensunterschieden, da Bildung die Höhe des Einkommens maßgeblich mitbestimmt. Auch spielen die Geschlechterverhältnisse eine entscheidende Rolle. Frauen verdienen durchschnittlich ein Viertel weniger als Männer, sind häufiger von prekärer Beschäftigung betroffen, verbleiben länger in Erwerbslosigkeit und gelangen seltener in Führungspositionen. Zudem entscheidet bei gleicher Qualifikation oft die soziale Herkunft über die Auswahl bei einer Führungsposition (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 57). Michael Hartmann legt in seinem Buch „Der Mythos der Leistungselite“ (2008) dar, wie undurchlässig und unabhängig von Leistung der Bestand der deutschen Elite ist. Bedenklich sollte zudem stimmen, dass harte Arbeit als Grund für Reichtum bei der deutschen Bevölkerung sogar hinter Unehrllichkeit rangiert (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 43).

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

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

Soziale Ungleichheit ist an sich bereits ungerecht, aber ihr großer Einfluss auf die Gesundheit verstärkt diesen Effekt enorm. So lebt ein Mann aus dem unteren Einkommensbereich durchschnittlich zehn Jahre weniger als jemand aus dem oberen Einkommensbereich (Mitteilung der EU-Kommission: „Solidarität im Gesundheitswesen“, 2009). Beim Vergleich der niedrigsten und der höchsten Berufsstatusgruppe zeigt sich, dass Männer in der niedrigsten Gruppe fast dreimal und Frauen sogar fünfmal häufiger gesundheitlich beeinträchtigt sind (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 115). Um dem entgegenzuwirken, müssten neben der Verringerung der sozialen Ungleichheit der Zugang zur Gesundheitsversorgung für sozial Benachteiligte sogar prioritär gewährt und zudem eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik sowie moderne lebensweltbezogene Ge-

sundheitsförderung und Prävention betrieben werden. Das Gegenteil ist im Koalitionsvertrag und in der früheren und derzeitigen Politik der Bundesregierungen festzustellen: Durch Praxisgebühren, Zuzahlungen, Wahltarife, Festzuschüsse, sogenannte Eigenverantwortung, Zusatzbeiträge und die geplante so genannte Kopfpauschale wird insbesondere für die einkommensschwächeren Bevölkerungsteile der Zugang zum Gesundheitssystem gegenüber den Besserverdienenden immer mehr erschwert. Das Gesundheitssystem selbst wird so zunehmend zur Ursache von sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit, statt zu deren Reduzierung beizutragen. Prävention wird von der Bundesregierung offensichtlich auf Verhaltensprävention und medizinische Vorsorge reduziert, welche nachgewiesenermaßen die sozial Schwächeren nicht oder nicht ausreichend erreichen. Für ein Präventionsgesetz sieht die Bundesregierung trotz allem keinen Bedarf. Gesundheitsförderung und Prävention werden im Koalitionsvertrag allein als Möglichkeit zur Senkung der Gesundheitsausgaben in den Blick genommen, nicht aber, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Adäquate Finanzmittel will die Bundesregierung für Gesundheitsförderung und Prävention ohnehin nicht in die Hand nehmen.

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

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

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

Wir fragen die Bundesregierung:

Soziale Ungleichheit

1. Wie hat sich in Deutschland die Verteilung von Einkommen und Vermögen in den letzten 20 Jahren entwickelt (bitte auch nach Quintilen und den Gini-Koeffizienten angeben)?
Wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung?
2. Wie hat sich das Verhältnis zwischen Einkommen aus Löhnen und Gehältern im Verhältnis zu Kapitaleinkommen und Einkommen aus selbstständiger Arbeit im gleichen Zeitraum entwickelt?
3. Welche Gründe sind für die Bundesregierung maßgeblich für das zunehmende Auseinanderklaffen der Schere zwischen Arm und Reich in Deutschland?

4. Wie bewertet die Bundesregierung Erkenntnisse von Richard Wilkinson (Wilkinson, R. [2002], *Income inequality and population health*, BMJ, 324, 978) oder Martin Karlsson (Karlsson, M. et al., *Income inequality and health: Importance of a cross-country perspective*, 2009), nach denen eine größere Einkommensungleichverteilung zu geringerer Gesundheit einer Gesellschaft führt (bitte begründen)?
5. Welche konkreten, messbaren Ziele strebt die Bundesregierung bei der Verringerung sozialer Ungleichheit in Einkommen und Bildung in welchem Zeitraum an?
Wie wird die Erreichung dieser Ziele evaluiert?
6. Welchen Einfluss auf die Einkommensungleichheit bzw. die Armutsrisikoquote in Deutschland hätte jeweils ein Mindestlohn von 10 Euro pro Stunde und die Anhebung der ALG-II-Regelsätze auf 500 Euro (bitte wenn möglich begründen unter Angabe von wissenschaftlichen Untersuchungen)?
7. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung jeder und jedem Erwerbsfähigen möglich, einen existenzsichernd vergüteten Arbeitsplatz zu erhalten, wenn er bzw. sie sich ausreichend bemüht?
Stellt also der Umfang der Arbeitslosigkeit nach Ansicht der Bundesregierung in erster Linie ein gehäuftes individuelles Problem dar?
8. Stellt Erwerbslosigkeit nach Ansicht der Bundesregierung einen zentralen Risikofaktor beim Ausschluss von Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben dar, und ist sie damit eine Form von sozialer Ausgrenzung in Deutschland?
Wenn ja weshalb?
Wenn nein, weshalb nicht?
9. Womit begründet die Bundesregierung, dass den Menschen, denen wegen des Mangels an vergüteten Arbeitsplätzen kein Arbeitsplatz zur Verfügung steht, keine durchschnittliche, sondern nur eine deutlich unterdurchschnittliche Teilhabe ermöglicht wird?
10. Wie bewertet die Bundesregierung die gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten von Langzeiterwerbslosen, die auf die Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II angewiesen sind?
11. Welche Erkenntnisse über die Auswirkungen unterdurchschnittlicher sozialer Teilhabemöglichkeiten auf die Gesundheit Erwerbsloser besitzt die Bundesregierung (bitte getrennt für Personen im Rechtskreis des SGB III und des SGB II sowie für Personen ohne Leistungsanspruch nach einem der beiden Sozialgesetzbücher und in Abhängigkeit von der Dauer der Erwerbslosigkeit und dem Geschlecht der/des Betroffenen angeben), und wie bewertet sie diese?
12. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Auswirkungen sozialer Stigmatisierung auf die Gesundheit Erwerbsloser?
Wie gedenkt die Bundesregierung, der sozialen Stigmatisierung und damit der sozialen Ausgrenzung und Gesundheitsbelastung von Erwerbslosen zu begegnen?
13. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, ob und inwiefern sich der gesundheitliche Zustand von Langzeiterwerbslosen über den Systemwechsel von der Arbeitslosenhilfe zum SGB II hin verändert hat (bitte für Erwerbslose aus der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe getrennt angeben)?

14. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, damit Krankheit nicht zur Arbeitslosigkeit und sozialen Ausgrenzung führt, vor dem Hintergrund, dass 20 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen dieser Gruppe ihre Arbeitslosigkeit auf eine Erkrankung zurückführen (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 64)?
15. Wie viele Beziehende von Leistungen nach dem SGB II weisen gesundheitliche Beeinträchtigungen auf (bitte differenziert nach Beziehenden von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, nach Frauen und Männern, nach Alter sowie nach Gruppen von Krankheitsbildern angeben)?
16. Wie wirken sich diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Chancen der Betroffenen auf die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt aus, und was tun die zuständigen Träger, um die Eingliederungschancen von gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbslosen zu verbessern?
17. Befinden sich unter den längerfristig bzw. dauerhaft im SGB-II-Bezug verbleibenden Personen besonders viele mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen?
18. In wie vielen Fällen war in den Jahren 2005 bis 2009 jeweils zwischen den Trägern der Grundsicherung und den Trägern der Erwerbsminderungsrente bzw. der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung umstritten, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigten der betroffenen Erwerbslosen als so gravierend zu betrachten sind, dass die Erwerbsfähigkeit und damit die Zuordnung zum Rechtskreis des SGB II in Frage stand?
In wie vielen Fällen wurde schlussendlich auf Erwerbsunfähigkeit und damit über den Wechsel in ein anderes Leistungssystem entschieden?
19. Welche Gründe sind nach Erkenntnissen der Bundesregierung ursächlich für die Zunahme von Niedriglöhnen in Deutschland?
Wie groß ist der Anteil der sittenwidrigen Löhne an den Niedriglöhnen?
Wie viele der Löhne wären nach ihrer Anhebung auf ein nicht sittenwidriges Niveau keine Niedriglöhne mehr?
Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung über eine Festschreibung der Rechtsprechung zu sittenwidrigen Löhnen hinaus, um Niedriglöhne zu verhindern?
20. Wie verhindert die Bundesregierung den im Dritten Armuts- und Reichtumsbericht (S. 68) festgestellten gesellschaftlichen Teilhabeausschluss von Niedriglohnbezieherinnen und -bezieher?
21. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über die Auswirkungen des längerfristigen Verbleibs im Niedriglohnsektor auf die gesundheitliche Situation der Betroffenen?
22. Worin sieht die Bundesregierung die Hauptursachen für die schlechtere gesundheitliche Situation von längerfristig im Niedriglohnsektor arbeitenden Beschäftigten?
23. Wie erklärt sich die Bundesregierung, dass der überwiegende Teil der Bevölkerung persönliche Beziehungen und individuelle Ausgangsbedingungen als Hauptursachen für Reichtum ansieht und Unehrllichkeit noch vor harter Arbeit als Ursache rangiert (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 43)?
Welches Bild wirft das nach Ansicht der Bundesregierung auf die Einschätzung der Teilhabe und Entwicklungsmöglichkeiten durch die Bevölkerung?

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

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

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

Was gedenkt die Bundesregierung dagegen zu tun?

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

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

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

Welche messbaren Ziele wurden für welchen Zeitraum definiert?

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

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

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

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

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

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

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

Wie will die Bundesregierung dem entgegenwirken?

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

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

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

Wenn ja, wie lauten diese?

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

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

41. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen den persönlichen Ressourcen (im Sinne von Fähigkeiten, auf externe Herausforderungen adäquat reagieren zu können) und dem Gesundheitsverhalten?
42. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen den persönlichen Ressourcen und dem Sozialstatus?
43. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Gefährdung durch Arbeitsbedingungen?
Wie bewertet die Bundesregierung diesen Zusammenhang?
44. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Versorgung?
Wie erklärt sich die Bundesregierung, dass Menschen mit geringerem Sozialstatus häufiger die hausärztliche, aber seltener die fachärztliche Versorgung in Anspruch nehmen als Menschen mit höherem Sozialstatus (M. Lungen, M. Siegel, A. Drabik, G. Büscher, I. von Törne: Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland, 2009)?
Wie bewertet die Bundesregierung diesen Unterschied, und sieht sie Handlungsbedarf?
45. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Gefährdung durch Umweltbedingungen?
Wie bewertet die Bundesregierung diesen Zusammenhang?
46. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Gefährdung durch Wohnbedingungen?
Welche Daten liegen der Bundesregierung diesbezüglich jeweils für städtische und ländliche Regionen vor?
Wie bewertet die Bundesregierung diese Zusammenhänge?
47. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Versorgung?
Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?
48. Wie erklärt sich die Bundesregierung die großen sozial bedingten Unterschiede von Kindern bei psychischen Auffälligkeiten sowie Verhaltensauffälligkeiten, sportlichen Aktivitäten, der motorischen Entwicklung, der Ernährung, bei Essstörungen und beim Tabakkonsum?
Hat die Bundesregierung dazu messbare Gesundheitsziele definiert, oder will sie messbare Gesundheitsziele definieren, um diese Unterschiede zu verringern?
49. Wie bewertet die Bundesregierung die Einschätzung der EU-Kommission, dass die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit potenziell erhebliche wirtschaftliche Kosten verursacht und eine Verminderung der Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit zumindest kostenneutral, wenn nicht von allgemeinem wirtschaftlichem Nutzen ist?
50. Welche konkreten Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um der in zahlreichen Studien (Nationale Verzehrsstudie II der Bundesregierung, 2008, Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) festgestellten überproportional stärkeren Fehlernährung einkommensschwacher und bildungsferner Bevölkerungsschichten zu begegnen?

51. Welche Daten aus wissenschaftlichen Evaluationen zu den bisherigen Kampagnen im Bereich der Prävention bei Ernährung und Bewegung liegen der Bundesregierung bisher vor, und inwieweit haben die bisherigen Kampagnen einen Beitrag dazu geleistet, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern?

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

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

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

Gesundheitsförderung im Betrieb

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

Wenn nein, warum nicht?

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

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

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

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

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

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

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

Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um diesen Belastungen vorzubeugen?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Maßnahmen und Evaluation, Forschung

63. Welchen Stellenwert nimmt die Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede in der Gesundheitspolitik der Bundesregierung ein?

Welche Vorhaben der Bundesregierung dienen der Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede, und wie soll ihr Erfolg gemessen werden?

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

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

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

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

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, wann und wie wird sie dies tun?

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

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

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

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

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

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

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

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

Welche messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?

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

73. Plant die Bundesregierung die „Stärkung der Eigenverantwortung“ der Versicherten durch die Berücksichtigung des Gesundheitsverhaltens bei der Beitragshöhe?

Welches Gesundheitsverhalten plant die Bundesregierung über die Beitragshöhe oder andere Zahlungen zu sanktionieren, um die „Eigenverantwortung“ der Versicherten zu stärken?

74. Welche Folgen hat nach Ansicht der Bundesregierung eine Sanktionierung von schlechtem Gesundheitsverhalten durch eine Erhöhung der Beiträge für Menschen mit geringem Einkommen und geringer Bildung, wenn der Sozialstatus das Gesundheitsverhalten maßgeblich determiniert?

75. Werden Beitragssenkungen, die sich durch positives Gesundheitsverhalten ergeben, von allen sozialen Schichten gleichermaßen erreicht oder profitieren besonders die höheren Bildungs- und Einkommenschichten?

Wenn der Bundesregierung dafür keine Daten vorliegen, welche Prognosen hat die Bundesregierung dazu, und worauf stützt sie diese?

76. Wie bewertet die Bundesregierung Aussagen, nach denen besonders die höheren Bildungs- und Einkommenschichten von Beitragssenkungen für positives Gesundheitsverhalten profitieren werden?
77. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und Früherkennungsuntersuchungen in der gesetzlichen Krankenversicherung?
78. Welche Präventionskonzepte und Gesundheitsförderprogramme sind nach Ansicht der Bundesregierung geeignet, besonders die Menschen mit niedrigem Sozialstatus zu erreichen und somit sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu verringern (bitte jeweils begründen)?
- Mit welcher Summe im aktuellen Bundeshaushalt werden diese geeigneten Präventionskonzepte und Gesundheitsförderprogramme von der Bundesregierung gefördert?
- Mit welcher Summe wird Prävention und Gesundheitsförderung im aktuellen Bundeshaushalt finanziert?
79. Welche Bedeutung kommt nach Ansicht der Bundesregierung der Partizipation, also der freiwilligen, aktiven Beteiligung der Zielgruppen bei Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen zu?
- Teilt die Bundesregierung eine Einschätzung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, dass Partizipation eine Schlüsselgröße für erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention darstellt?
- Wenn ja, wie will die Bundesregierung die Partizipation besonders der sozial benachteiligten Gruppen stärken und gewährleisten?
80. Wird nach Ansicht der Bundesregierung die Zielsetzung der Teilnahmequoten von Früherkennungsuntersuchungen erreicht, und sieht die Bundesregierung angesichts der reduzierten Inanspruchnahme von sozial Benachteiligten den Bedarf an sozial spezifischen Maßnahmen in diesem Bereich?
- Falls ja, welche?
81. Welche Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme werden derzeit von der Bundesregierung durchgeführt, unterstützt oder finanziert, die einem partizipativen Ansatz folgen (bitte benennen)?
82. Welche Bedeutung kommt nach Ansicht der Bundesregierung der Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung zu (bitte begründen)?
83. Welche Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme werden derzeit von der Bundesregierung durchgeführt, unterstützt oder finanziert, die Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung beinhalten (bitte benennen)?
84. Welche Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme haben sich als besonders wirksam erwiesen?
- Wie wird die Wirksamkeit jeweils definiert?
- Welche konkreten Ziele wurden mit den Programmen verfolgt, und wie wurden die Erfolge gemessen?
85. Welche konkreten Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um sogenannte Leuchtturmprojekte, also Projekte mit anerkannter guter Wirksamkeit, zu verstetigen und in die Fläche zu bringen?
86. Wie will die Bundesregierung die im Koalitionsvertrag vereinbarte Stärkung der Präventionsforschung erreichen, obwohl ausdrücklich kein Präventionsgesetz geplant ist?

87. Wie steht die Bundesregierung zu der im 13. Kinder- und Jugendbericht geforderten „kostenfreien, gesunden Verpflegung für alle Heranwachsenden in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und Schule, ohne dass dies zu Kürzungen an anderer Stelle führt“, und welche Maßnahmen will sie ergreifen?
88. Wie bewertet die Bundesregierung die im 13. Kinder- und Jugendbericht aufgeführten zwölf Leitlinien zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen (S. 250 ff.)?
Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung zur Umsetzung und Implementierung dieser Leitlinien in die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen?

Kinder/Familien

89. Wie hoch ist der Anteil von in einer Bedarfsgemeinschaft nach dem SGB II lebenden Kindern, und wie hoch ist er in der Gesamtbevölkerung?
90. Wie hat sich in den letzten 20 Jahren die Armut von Kindern in Deutschland entwickelt, und wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung (bitte in Jahresschritten auflisten)?
91. Wie erklärt sich die Bundesregierung die Entwicklung der Kinderarmut seit 2005 angesichts ihrer Feststellung in der Stellungnahme zum 13. Kinder- und Jugendbericht, dass seit 2005 mehr gegen Kinderarmut getan wurde?
Impliziert diese Feststellung, dass die Maßnahmen weitgehend wirkungslos waren?
Wenn nicht, woran wird die Wirksamkeit der Maßnahmen festgemacht?
92. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass Kinder in Deutschland ein entscheidendes Armutsrisiko darstellen?
Was gedenkt die Bundesregierung zu unternehmen, um speziell arme bzw. von Armut bedrohte Familien davor zu bewahren, im Sozialstatus weiter zu sinken?
93. Wie bewertet die Bundesregierung die Armut von Kindern aus Familien, die Sozialleistungen in Anspruch nehmen müssen?
Wie will die Bundesregierung die Armut und damit die deutlich geringeren Gesundheitschancen dieser Kinder beseitigen?
Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt sie dabei für welchen Zeitraum?
94. Wie erklärt sich die Bundesregierung das höhere Armutsrisiko für Kinder mit zwei und mehr Geschwistern, und was will sie dagegen tun?
Verfolgt die Bundesregierung dabei konkrete, messbare Ziele für einen bestimmten Zeitraum?
95. Was gedenkt die Bundesregierung dagegen zu tun, dass selbst Kinder von voll erwerbstätigen Alleinerziehenden häufig zumindest zeitweise in Armut leben?
Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?
96. Gibt oder gab es Betreuungsprogramme in Kitas und Schulen, die speziell die gesundheitlichen Benachteiligungen von Kindern aus Familien mit hohem Risiko für gesundheitsgefährdendes Verhalten kompensieren sollen/sollten?
Falls ja, wie werden/wurden sie evaluiert, und welche Ergebnisse erbrachten die abgeschlossenen Programme?

97. Welchen Einfluss auf die Gesundheitschancen von Kindern hat der Besuch einer Kita (bitte aufschlüsseln nach Halbtags- und Ganztagsbetreuung sowie nach dem Alter der Kinder unter 1 Jahr, 1 bis unter 3 Jahre und 3 Jahre bis zur Einschulung)?
98. Welchen Einfluss hat die Schulform auf die Gesundheitschancen der Schulkinder (bitte getrennt angeben für Halb- und Ganztagschulen, nach Grundschule sowie bei weiterführenden Schulen nach Sonder-, Haupt-, Realschulen, Gymnasien, Gemeinschafts-/Gesamtschulen und integrative Schulen)?
99. Welche konkreten Maßnahmen hat die Bundesregierung mit ihrer Strategie zur Förderung der Kindergesundheit (siehe Stellungnahme der Bundesregierung zum 13. Kinder- und Jugendbericht, S. 5) umgesetzt?
- Welche Ergebnisse und/oder Zwischenergebnisse liegen der Bundesregierung dazu vor?
- Welche Schlüsse und Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?
100. Wie bewertet die Bundesregierung die im 13. Kinder- und Jugendbericht festgestellte Zunahme der chronischen Krankheiten im Kinder- und Jugendalter aufgrund der „Lebensverhältnisse wie etwa Armut, mangelnder Wohn- und Bewegungsraum“ (S. 78), und welche Konsequenzen und konkreten Maßnahmen ergeben sich für die Bundesregierung daraus?
101. Wie bewertet die Bundesregierung die im 13. Kinder- und Jugendbericht dargestellten Erkenntnisse, nach denen die gesundheitlichen Belastungen mit dem Schuleintritt bei Kindern, insbesondere bei Mädchen sowie bei Jungen aus sozial benachteiligten Lebensverhältnissen und mit Migrationshintergrund, steigen, und welche konkreten Maßnahmen leitet sie davon ab?
102. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass 83 Prozent der Akademikerkinder studieren und nur 23 Prozent der Kinder von Nichtakademikerkindern?
- Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, die deutlich schlechteren Bildungschancen von Kindern aus bildungsferneren und einkommensschwächeren Familien zu verbessern?
103. Wie bewertet es die Bundesregierung, dass alleinerziehende Frauen 2,4-mal häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen als Frauen mit einem Lebenspartner (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 85)?
- Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen ergreift die Bundesregierung zum Wohle der Gesundheit alleinerziehender Frauen?
- Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei für welchen Zeitraum?
104. Warum wird bei allen Pressemitteilungen und Veröffentlichungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zur Drogenaffinitätsstudie 2008 auf die Erfolge beim Rauchverhalten der Kinder und Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren hingewiesen, ohne zu veröffentlichen, dass die Erfolge allein an Realschulen und Gymnasien erzielt wurden, während die Hauptschülerinnen und -schüler nicht erreicht wurden?
105. In welchem Ausmaß sind Kinder aus einkommensschwachen Familien gesundheitlich benachteiligt gegenüber Kindern aus einkommensstarken Familien?

106. Inwieweit ist es bei den Kampagnen, die von der Bundesregierung finanziert, initiiert oder unterstützt wurden, nachweislich gelungen, die Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen armen und wohlhabenden Kindern zu verringern (bitte Evaluationsergebnisse und -kriterien anführen)?
107. Ist der Ausbau der Betreuungsquote nach Ansicht der Bundesregierung eine Möglichkeit, die Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern zu verringern?
- Welche Maßnahmen wurden seit 2005 ergriffen, um die Betreuungsquote von Kindern zu erhöhen?
- In welchem Maße konnten Erfolge nachgewiesen werden?
108. Hat die Bundesregierung vor, zur Verbesserung der Zugänglichkeit von Präventionsmaßnahmen für Kinder aus bildungsfernen Familien den Ausbau der Kinderbetreuung voranzutreiben?
- Falls ja, welche Maßnahmen sind geplant, und welche Betreuungsquote strebt die Bundesregierung für welchen Zeithorizont an?
109. Aus welchen Erkenntnissen leitet die Bundesregierung ab, ob der im Koalitionsvertrag vereinbarte Ausbau der Angebote an Familienbildung für eine gesunde Ernährung von Kindern und Erwachsenen Menschen mit geringem Einkommen und insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund erreicht?
- Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung für Menschen mit geringem Einkommen und insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund in welchem Zeitraum?
110. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die im Koalitionsvertrag vereinbarte Verbesserung der Rahmenbedingungen für Alleinerziehende durch ein Maßnahmenpaket zu verwirklichen?
- Woraus leitet die Bundesregierung ab, dass die Maßnahmen die Armutsrate von Kindern Alleinerziehender effektiv und nachhaltig verringern?
- Welche konkreten messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?
111. Inwiefern sind messbare Verbesserungen durch die Kooperation des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) mit der Bundesagentur für Arbeit (BA) „Perspektiven für Alleinerziehende“ im Hinblick auf die Gesundheitssituation der betroffenen Erwachsenen und Kinder aufgetreten?
112. In welchem Maß spielt die Gesundheitsförderung in den Bildungsplänen der Bundesländer eine Rolle, und gibt es von Seiten der Bundesregierung Bemühungen, die Bildungspläne in Deutschland diesbezüglich zu homogenisieren?
113. Wie möchte die Bundesregierung zukünftig sicherstellen, dass der im 13. Kinder- und Jugendbericht ausgewiesene Mangel an empirischen Daten „über die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe in den Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung“ (S. 31) behoben wird?
114. Wie möchte die Bundesregierung zukünftig sicherstellen, dass der im 13. Kinder- und Jugendbericht kritisierte „ausgewiesene Mangel an Evaluation der Wirksamkeit der in der Praxis realisierten Angebote“ in der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen (S. 39) behoben wird?

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

Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

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

Menschen mit Behinderungen

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

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

Wird die Bundesregierung in ihrem nächsten Bericht alle nachteiligen Auswirkungen der gesundheitspolitischen Entwicklungen im Hinblick auf die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe aufgreifen?

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

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

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

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

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

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

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

Soziale Ungleichheit und Pflegebedürftigkeit

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

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

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

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus diesen Erkenntnissen?

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

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

Inwieweit lassen sich hierbei Unterschiede zwischen den verschiedenen Pflegestufen feststellen?

124. Wie bewertet die Bundesregierung Studienergebnisse, denen zufolge der Begutachtungsprozess durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durch die soziale Schicht des Antragstellers/der Antragstellerin mit beeinflusst wird (Simon, M., Das Gesundheitssystem in Deutschland, 2003)?

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

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

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

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

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

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

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

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

Wie ist die Altersstruktur der privat pflegenden Angehörigen?

Wie viele privat pflegende Angehörige sind im erwerbsfähigen Alter?

Wie viele privat pflegende Angehörige davon sind

a) in Vollzeit,

b) in Teilzeit

erwerbstätig?

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

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

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

Wie viele dieser Personen erbringen diese Leistung unentgeltlich?

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

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

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

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

Gesundheit und Geschlecht

131. In welchen Bereichen sieht die Bundesregierung hinsichtlich einer geschlechtergerechten Gesundheitspolitik den größten Nachhol- und Handlungsbedarf?

132. Welche konkreten Ziele und Vorhaben verfolgt die Bundesregierung, um eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik konsequent umzusetzen?

133. Welche Erkenntnisse über die Über-, Unter- und Fehlversorgung beider Geschlechter liegen der Bundesregierung vor, und was unternimmt sie, um diese Missstände zu beheben?

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

135. Wie bewertet die Bundesregierung die Versorgung von Frauen im Gesundheitssystem durch unspezifische und daher in der Regel männerorientierte Arzneimittel, Arzneidosierungen, Diagnosen und Therapien?
- Welche Schritte erwägt die Bundesregierung, diese unangemessene Versorgung zu beseitigen?
- Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?
136. Wie bewertet die Bundesregierung die deutlich höhere Frequenz der Arztbesuche von Frauen gegenüber der von Männern?
- Warum nehmen Frauen deutlich häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil?
- Welche Rolle spielen in diesem Kontext erzwungene Arztbesuche wie beispielsweise die aufgrund der Verschreibung der Antibabypille notwendige gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?
137. Betrachtet die Bundesregierung das schlechtere Gesundheitsverhalten von Jungen und Männern als strukturelles, verhältnisbedingtes Problem oder als individuelles, verhaltensbedingtes Problem?
- Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?
138. Welche Präventionskonzepte und Gesundheitsförderprogramme sind nach Ansicht der Bundesregierung geeignet, besonders Jungen und Männer zu erreichen?
- Welche dieser Maßnahmen hat die Bundesregierung mit welchem Erfolg umgesetzt, und welche sind geplant?
- Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?
139. Wie bewertet die Bundesregierung die von der Europäischen Kommission festgestellte Tatsache, dass europaweit bei Männern die sozial bedingten Unterschiede in der Lebenserwartung deutlich höher sind als bei Frauen?
- Welche Informationen liegen der Bundesregierung diesbezüglich für Deutschland vor?
140. Welche Gesundheitskampagnen der Bundesregierung weisen eine unterschiedliche Ansprache von Männern und Frauen bzw. Jungen und Mädchen aus?
- Wie groß ist ihr Anteil an allen Gesundheitskampagnen der Bundesregierung?
141. Wie bewertet es die Bundesregierung, dass Frauen deutlich öfter zu Lebendorganspenden bereit sind, aber deutlich seltener Organspenden erhalten (in Deutschland spenden Frauen fast zwei Drittel der Organe, während Männer sie zu zwei Dritteln empfangen; ein solches Phänomen ist, wenn auch weniger ausgeprägt, auch bei Postmortalspenden zu beobachten – vgl. Winter, 2009)?
- Wie wird dieses Missverhältnis in der vom Bundesminister für Gesundheit, Dr. Philipp Rösler, im Februar dieses Jahres gestarteten Informationskampagne zur Organspende berücksichtigt?
142. Wie viele Menschen gibt es in Deutschland, die von Arzneimitteln abhängig sind, und wie setzen sie sich im Hinblick auf die Verteilung von Sozialstatus, Geschlecht und Alter im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung zusammen?

143. Wie erklärt sich nach Ansicht der Bundesregierung der weit überproportionale Anteil von Frauen, die von Arzneimitteln abhängig sind?

Welche Maßnahmen will die Bundesregierung dagegen ergreifen?

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

Menschen mit Migrationshintergrund

144. Wie hat sich in den letzten zehn Jahren die Armut von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland entwickelt, und wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung?
145. Welche Zusammenhänge sieht die Bundesregierung zwischen der gesundheitlichen Situation von Menschen und dem Umstand ihrer (freiwilligen) Migration bzw. (erzwungenen) Flucht, und welche Mängel sieht sie bei Berücksichtigung interkultureller Aspekte der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland?
146. Welche Forschungen bzw. Ergebnisse gibt es zu der Frage einer Gesundheitsversorgung, die interkulturellen Aspekten gerecht wird?
147. Welche Gründe gibt es für die höhere Erwerbsquote von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern gegenüber zugezogenen und in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländern (Dritter Armuts- und Reichtumsbericht, S. 108)?
148. Was unternimmt die Bundesregierung gegen die Armutsquote bei Kindern mit Migrationshintergrund, die laut dem Zwölften Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung 2005 bei 40 Prozent lag?
- Welche konkreten, messbaren Ziele verfolgt die Bundesregierung dabei in welchem Zeitraum?
149. Welche Unterschiede im Gesundheitsverhalten sind der Bundesregierung zwischen Menschen mit bzw. ohne Migrationshintergrund bekannt (bitte einzeln auflisten)?
150. Welche Unterschiede sind auch dann noch konsistent, wenn die Einkommens- und Vermögensdifferenzen berücksichtigt werden?
151. Welche Unterschiede sind auch dann noch konsistent, wenn nicht nur Einkommens- und Vermögensdifferenzen, sondern auch unterschiedliche Alters- und Wohnstrukturen, Bildungsstandards, Arbeitsbedingungen usw. berücksichtigt werden (z. B. schlechtere Wohnungen, belastendere Arbeitsplätze, höherer Migrationsanteil in Großstädten usw.)?
152. Worin sieht die Bundesregierung die Ursachen für das migrationsabhängig unterschiedliche Gesundheitsverhalten, und was gedenkt die Bundesregierung dagegen zu tun?
153. Wie reagiert die Bundesregierung auf Erkenntnisse, dass Migrantinnen und Migranten besonders selten an Früherkennungsmaßnahmen teilnehmen (Rosenbrock 2009)?
154. Inwieweit sind Migrantinnen und Migranten häufiger bzw. eher von Pflegebedürftigkeit betroffen, welche Auswirkung hat dies ggf. auf deren Versorgung, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus diesem Umstand?
155. Wie hoch ist der Anteil derjenigen Migrantinnen und Migranten, welche nicht in die soziale Pflegeversicherung einbezahlt haben und daher bei eintretender Pflegebedürftigkeit auf Hilfe zur Pflege (SGB XII) angewiesen sind?

156. Welche Auswirkungen hat ggf. die Angst vor möglichen Repressionen auf das Verhalten von Migrantinnen und Migranten bei einer notwendigen Beantragung von Hilfe zur Pflege (SGB XII)?
Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung ggf. aus diesem Umstand?
157. Wie ist die Einschränkung der medizinischen Versorgung bei „akute[n] Erkrankungen und Schmerzzustände[n]“ bzw. bei zur „Sicherung [...] der Gesundheit unerlässliche[n]“ Leistungen (§§ 4 und 6 AsylbLG) mit dem nach dem Sozialpakt bestehenden „Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ vereinbar?
158. Wie ist die Einschränkung der medizinischen Versorgung bei „akute[n] Erkrankungen und Schmerzzustände[n]“ bzw. bei zur „Sicherung [...] der Gesundheit unerlässliche[n]“ Leistungen (§§ 4 und 6 des AsylbLG) mit dem Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention vereinbar?
159. Welche Untersuchungen bzw. Ergebnisse sind der Bundesregierung dazu bekannt, welche negativen Auswirkungen auf die Gesundheit die eingeschränkte medizinische Versorgung nach dem AsylbLG aber auch z. B. die jahrelange Unterbringung von Einzelpersonen und Familien in sog. Gemeinschaftsunterkünften unter engsten Bedingungen und nur eingeschränkter Wahrung der Persönlichkeitssphäre der Betroffenen oder auch eine erzwungene jahrelange Untätigkeit infolge ausländer- oder arbeitsrechtlicher Verbote bzw. Beschränkungen beim Arbeitsmarktzugang haben?
Falls keine Daten vorliegen, strebt die Bundesregierung die Erhebung solcher Daten an?
160. Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um eine optimale und möglicherweise auch präventive Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Aufenthaltstitel sicherzustellen, wie ist der aktuelle Stand der Dinge, und inwieweit berücksichtigt die Bundesregierung dabei, dass es in der Praxis häufig die Angst vor einer Abschiebung ist, die Betroffene davon abhält, die medizinisch erforderliche gesundheitliche Versorgung in Anspruch zu nehmen?

Eigenbeteiligungen/private Gesundheitsausgaben

161. Für welche Gesundheitsleistungen müssen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Zuzahlungen und andere Selbstbeteiligungen leisten, und wie hoch sind diese jeweils?
162. Wie viel Geld nimmt die GKV durch Zuzahlungen jährlich ein, und wie vielen Beitragssatzpunkten entspricht diese Summe (bitte aufschlüsseln in Zuzahlungen für Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz, Krankenhausaufenthalte sowie Praxisgebühr)?
163. Welche Gehaltsklassen werden nach Ansicht der Bundesregierung durch die einkommensunabhängigen Pauschalen in Form von Zuzahlungen am meisten belastet?
164. Gibt es Studien, welche die Kosten für das Gesundheitssystem aufgrund von unterlassenen Arztbesuchen bzw. Therapien (inklusive Arzneimitteltherapien) aufgrund von Zuzahlungen untersucht haben, und was sind die Ergebnisse?
Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

165. Welche Studien haben bisher den Einfluss der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch Menschen unterschiedlicher Einkommensschichten untersucht, und was sind die Ergebnisse?
166. Welche Studien haben bisher den Einfluss der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand untersucht, und was sind die Ergebnisse?
167. Hat die Praxisgebühr nach Ansicht der Bundesregierung die erwünschten Steuerungswirkungen entwickelt?
168. Wie hoch sind die erwünschten im Vergleich zu den unerwünschten Steuerungswirkungen anzusehen, und wie viel Geld spart die GKV jährlich in der Summe aus beiden (bitte mit Zahlen belegen)?
169. Wurden Veränderungen bei der Inanspruchnahme von Rettungsstellen seit der Einführung der Praxisgebühr festgestellt?
Falls ja, welche sozialen Schichten betrafen diese Änderungen?
Ist nach Ansicht der Bundesregierung diese Entwicklung wünschenswert?
170. Mit welchen Begründungen haben die Regierungen in Österreich und in den Niederlanden Zuzahlungen für Arztbesuche wieder abgeschafft?
171. Welche Studien haben die Auswirkungen von Zuzahlungen für Arznei- und Hilfsmittel auf die Therapietreue (Compliance) untersucht, und was sind die Ergebnisse?
172. Welche Auswirkungen von Zuzahlungen für Arznei- und Hilfsmittel sind für die unterschiedlichen sozialen Schichten festgestellt worden?
Wie bewertet die Bundesregierung die diesbezüglichen Studienergebnisse, und welche Konsequenzen zieht sie daraus?
173. Welche Studien haben die Auswirkungen von Zuzahlungen für stationäre Aufenthalte und Heilmittel auf deren Inanspruchnahme untersucht, und was sind die Ergebnisse?
Wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse, und welche Konsequenzen zieht sie daraus?
174. In welcher Höhe zahlen Versicherte jährlich Beträge, um medizinische Dienstleistungen oder Arznei- und Hilfsmittel, deren Preise oberhalb des Erstattungsbetrages liegen, zu beziehen, und wie vielen Beitragssatzpunkten entspricht dieser Betrag?
175. In welcher Höhe zahlen Versicherte jährlich Beträge für Dienstleistungen oder Produkte, die in den letzten zehn Jahren aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen wurden, und wie vielen Beitragssatzpunkten entspricht dieser Betrag?
176. Wie hoch sind die privaten Gesundheitsausgaben außerhalb der Krankenvollversicherung in Deutschland, und wie haben sie sich in den letzten fünf Jahren prozentual entwickelt?
177. Wie hat sich relativ zum jeweiligen Einkommen die finanzielle Belastung für Gesundheitsausgaben (Beiträge plus Zuzahlungen) für abhängig Beschäftigte (ohne Beamte), für Beamte, für Rentnerinnen und Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung (getrennt für Altersrenten und Erwerbsminderungsrenten) und für Pensionäre von 1970 bis heute entwickelt (bitte insgesamt und nach Einkommensquintilen aufgeschlüsselt und nach privater und gesetzlicher Krankenversicherung getrennt angeben)?

178. Wie stark ist in den letzten fünf Jahren in Deutschland der Anteil für private Gesundheitsausgaben im ALG-II-Regelsatz absolut und prozentual gestiegen?
179. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung darüber, wie viele Beziehende von SGB-II-Leistungen die Zuzahlungshöchstgrenze erreichen (bitte in absoluten Zahlen und als Quote angeben)?
180. Welche Erkenntnisse besitzt sie darüber, wie viele Leistungsbeziehende Schwierigkeiten haben, das bürokratische Procedere zu bewältigen, das bei Erreichen der Belastungsgrenze von weiteren Zuzahlungen befreit?
181. Wie hoch schätzt sie den Anteil derer ein, die zwar Anspruch auf eine Befreiung hätten, diese aber nicht beantragen?
182. Wie hoch schätzt sie den Anteil derer ein, die zwar Anspruch auf eine Befreiung hätten, diese aber aufgrund von Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Prozederes nicht erwirken?
183. Welche Untersuchungen zu den Auswirkungen von Werbung für Lebensmittel und Fastfoodrestaurants gibt es, und welche Ergebnisse haben sie geliefert?
Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?
184. Wie beurteilt die Bundesregierung die 2007 im Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland dargestellte Tatsache, dass der schulische Leistungsdruck eine wesentliche Ursache für psychische Probleme der Kinder und Jugendlichen darstellt und Kinder einkommensschwacher Familien hier verstärkt betroffen sind, und welche Konsequenzen zieht sie daraus?
185. Welche Daten liegen der Bundesregierung über die Verteilungswirkung der Zusatzbeiträge vor?
186. Liegen der Bundesregierung Daten über die Morbidität und das Einkommen der Gruppe derjenigen gesetzlich Versicherten vor, die wegen Zusatzbeiträgen die Krankenkasse gewechselt haben?
Wie beurteilt die Bundesregierung Aussagen (z. B. Süddeutsche Zeitung vom 31. März 2010), nach denen Krankenkassenwechsel aus finanziellen Gründen häufiger von gesunden und besser verdienenden Versicherten wahrgenommen werden als von kranken und gering verdienenden Versicherten?
Sieht die Bundesregierung einen Handlungsbedarf, und wie will die Bundesregierung vorgehen, um einer Verstärkung der dadurch bedingten sozialen Schieflage entgegenzuwirken?
187. Hat nach Ansicht der Bundesregierung die Halbierung des Zuschusses für eine künstliche Befruchtung dazu geführt, dass sozial benachteiligte Paare von dieser Form der Familienplanung weitgehend ausgeschlossen sind?
188. Haben die Kürzungen des Zuschusses für zahnmedizinische Behandlungen und die den Versicherten daraus entstehenden, teils immensen Selbstbeteiligungen nach Ansicht der Bundesregierung zu gesundheitlichen Ungleichheiten geführt?
189. Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass die genannten hohen Selbstbeteiligungen in der Zahnmedizin und deswegen unterlassene Behandlungen zu Ungleichheiten in den sozialen Teilhabemöglichkeiten, beispielsweise am Arbeitsmarkt, führen?

Finanzierung/Wahltarife

190. Wie viel Prozent der Menschen mit eigenem Einkommen beteiligen sich nicht am Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung, und welche Gehaltsklassen betrifft dies vor allem?
191. Welcher allgemeine Beitragssatz würde sich errechnen, wenn sich alle Menschen, die heute privat versichert sind, gesetzlich versichern würden (bitte getrennt angeben für den Fall der Beibehaltung der Familienmitversicherung nach dem Recht der GKV und für den Fall, dass jede Person individuell auf ihr Einkommen Beiträge entrichten müsste)?
192. Welcher allgemeine Beitragssatz würde sich errechnen, wenn alle Menschen, die derzeit gesetzlich versichert sind, auch für ihr Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze Beiträge entrichten müssten?
193. Welcher allgemeine Beitragssatz würde sich errechnen, wenn beide Maßnahmen, Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze und Beitritt aller Privatversicherten in die GKV, verwirklicht würden (bitte getrennt angeben für den Fall der Beibehaltung der Familienmitversicherung nach dem Recht der GKV und für den Fall, dass jede Person individuell für ihr Einkommen Beiträge entrichten müsste)?
194. Über welche Informationen bezüglich der Einsparungen der GKV durch Wahltarife verfügt die Bundesregierung angesichts der Tatsache, dass die GKV verpflichtet ist, regelmäßig darüber Bericht zu erstatten?
195. Stellt die Tatsache, dass in Kostenerstattungstarifen das finanzielle Risiko für nicht erstattungsfähige Leistungen auf die Versicherten übertragen wird, die Versicherten aber andererseits kaum Möglichkeiten besitzen, erstattungsfähige von nicht erstattungsfähigen Leistungen zu unterscheiden, nach Ansicht der Bundesregierung eine akzeptable Belastung für die Versicherten dar?
- Ist die von Krankenkassen praktizierte gehaltsabhängige Obergrenze an Selbstbehalt nach Einschätzung der Bundesregierung ausreichend, um Härten zu meiden?
196. Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass Selbstbehalttarife und Beitragsrückerstattungstarife Versicherte dazu verleiten könnten, notwendige Arztbesuche aufzuschieben oder ganz zu unterlassen?
197. Ist es im Sinne der Bundesregierung, dass ärmere Menschen durch Selbstbehalttarife und Beitragsrückerstattungstarife benachteiligt werden, da diese aufgrund ihrer durchschnittlich höheren Morbidität seltener die Möglichkeit haben, durch Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife Geld zu sparen?
- Wenn ja, warum?
- Wenn nein, was unternimmt die Bundesregierung dagegen?
198. Ist es im Sinne der Bundesregierung, dass vor allem gesunde Gutverdiener am meisten von Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarifen profitieren?
- Wenn ja, warum?
- Wenn nein, was unternimmt die Bundesregierung dagegen?
199. Ist es im Sinne der Bundesregierung, dass chronisch kranken Menschen, beispielsweise Menschen mit angeborenem Typ-1-Diabetes, gegenüber Gesunden durch die Einführung von Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarifen stärker durch Beiträge belastet werden?
- Wenn ja, warum?
- Wenn nein, was unternimmt die Bundesregierung dagegen?

Zugang zum Gesundheitssystem, Patientensicherheit

200. Hat der weitgehende Ausschluss der Fahrtkosten aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nach Ansicht der Bundesregierung zu einer Verschlechterung der Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem für weitgehend immobile Patientinnen und Patienten geführt?
201. Besteht nach Erkenntnissen der Bundesregierung die Gefahr, dass die niedrige Honorierung der ärztlichen Hausbesuche die Versorgung von immobilen Patientinnen und Patienten verschlechtert?
202. Welche Informationen liegen der Bundesregierung bezüglich der unterschiedlichen Beeinflussung von Menschen unterschiedlicher sozialer Schichten mittels gesundheitsbezogener Produktwerbung (z. B. Arzneimittelwerbung) vor?
203. Welche Unterschiede sind der Bundesregierung im Arzneimittelkonsum unterschiedlicher sozialer Schichten bekannt?
Woraus erklären sich etwaige Unterschiede, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?
204. Ist die Bundesregierung der Meinung, dass die jetzigen Gebrauchsinformationen zu Arzneimitteln geeignet sind, bei allen Bevölkerungsgruppen, auch bildungsfernen Schichten, einen rationalen und verantwortungsbewussten Umgang herbeizuführen?
Falls nein, welche Probleme sieht sie, und welche Bevölkerungsgruppen sind hier benachteiligt?
Falls ja, auf welche Daten stützt sich die Bundesregierung?
205. Plant die Bundesregierung, leicht verständliche Informationen zu Risiken und richtiger Anwendung von Arzneimitteln allen Menschen zur Verfügung zu stellen?
Falls ja, welche, und wie sollen sie verfügbar sein?
206. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung bezüglich der Unterschiede in der Selbstmedikation zwischen verschiedenen sozialen Schichten vor?
Sieht die Bundesregierung hier einen Zusammenhang mit dem unterschiedlichen Ansprechen auf Werbung?
Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?
207. Inwiefern hat die Bundesregierung auf die Aufnahme sozialer Schutzkriterien in den Richtlinienentwurf über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe gedrängt?
Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass die Organe verstärkt von Menschen mit geringem Einkommen gespendet und von Menschen mit höherem Einkommen verstärkt empfangen werden könnten, falls die Unentgeltlichkeit und Freiwilligkeit nicht auf europäischer Ebene geregelt werden sollte?
208. Wird die Bundesregierung einen erneuten Anlauf für eine Richtlinie für grenzüberschreitende Patientenmobilität unterstützen, und teilt die Bundesregierung die zahlreichen Bedenken, dass dadurch eine Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie auf den Weg gebracht würde und die weitere Verschärfung einer Zweiklassenmedizin europaweit vorangetrieben würde?

209. Wie bewertet die Bundesregierung die Anregung der Europäischen Kommission, im Gesundheitswesen auf EU-Ebene einen neuen Mechanismus der „verstärkten Zusammenarbeit“ einzuführen?

Würde dies aus Sicht der Bundesregierung zu einer erheblichen Ausweitung der EU-Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspolitik führen?

Wäre dies mit den Grundsätzen der Subsidiarität und der Verhältnismäßigkeit vereinbar?

Berlin, den 16. Juni 2010

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

