

Kleine Anfrage

**der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau),
Matthias W. Birkwald, Dr. Petra Sitte, Azize Tank, Kathrin Vogler, Harald Weinberg,
Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.**

Gesundheitsförderung und Prävention vor dem Hintergrund ungleicher Gesundheitschancen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Gesundheit als vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen definiert. Doch die Chancen auf Gesundheit sind in Deutschland ungleich verteilt. Menschen mit niedrigem Einkommen haben nicht nur durchschnittlich einen schlechteren Gesundheitszustand als Reiche, sie sterben auch früher. Eine aktive, auf den Kenntnisstand der Wissenschaft aufbauende Gesundheitsförderung und Prävention hätte primär an den Lebenswelten und den strukturellen Verhältnissen anzusetzen. Vor allem eine Verminderung der Ungleichheiten in der Verteilung trüge dazu bei, dass weniger Menschen krank wären und die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit abnehme. Gleichzeitig würden die Gesundheitskosten langfristig sinken.

Aufklärung, Information und Beratung als Elemente von Verhaltensprävention, erreichen vor allem Menschen, die ohnehin gesundheitsbewusst und in der Lage sind, sich entsprechend zu informieren und zu verhalten. Aufklärungskampagnen etc. tragen nur dann zum Erfolg von Gesundheits- und Präventionspolitik bei, wenn sie in ein wirksames Konzept von Verhältnisprävention eingebettet sind, das primär an der Verminderung der Verteilungsungleichheit und darauf aufbauend an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten ansetzt.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD ist für das Jahr 2014 ein Präventionsgesetz angekündigt, „das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht“. Dabei darf der Lebensweltansatz nicht auf den Ort des Geschehens – Kindergarten, Schule etc. – verkürzt werden. Wichtig ist zudem der Einbezug der Zielgruppen in die gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebenswelt. Einem verordneten Sportunterricht oder einer vorgeschriebenen sogenannten gesunden Ernährung fehlt die für den Erfolg wichtige Partizipation. Langfristigen Erfolg erreicht man nur mit intensiver Einbeziehung der Betroffenen.

Gesundheitspolitik kann die sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten nicht im Alleingang wirksam bekämpfen. Die Einflüsse des Arbeitsmarktes, der Einkommensverteilung, der Qualität der sozialen Sicherungssysteme und der Bildungspolitik sind so groß, dass gesundheits- und präventionspolitische Ansätze allenfalls Gegenakzente setzen können. Um die Chancen, Ressourcen und damit auch die gesundheitliche Situation der Bevölkerung und insbesondere der

Kinder und Jugendlichen entscheidend zu beeinflussen, ist eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik erforderlich, die über die klassische Aufgabenstellung der Gesundheitspolitik hinausgeht und alle Politikbereiche umfasst. Insbesondere Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Wirtschafts-, Kinder-, Familien-, Wohnungsbau-, Umwelt- und Sozialpolitik sind gesundheitsfördernd aufeinander abzustimmen.

Wir fragen die Bundesregierung:

Ungleiche Verteilung, Armut

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

Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus dieser 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. 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)?
4. Welche gesundheitspolitischen Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus aktuellen Forschungsergebnissen, denen zufolge die „Vermögensungleichheit (in Deutschland) [...] im internationalen Vergleich auf einem hohen Niveau“ liegt (DIW Wochenbericht 9/2014, S. 164), wobei „das wahre Ausmaß von Vermögensungleichheit aller Wahrscheinlichkeit“ unterschätzt wird, da „Milliardäre oder Multimillionäre, in dieser Stichprobe nicht enthalten sind“ (ebd.: S. 165), dass eine „signifikante Zunahme der Zahl von Personen mit negativem Nettovermögen“ zu verzeichnen ist (ebd.: 164) und dass „die Arbeitslosen [...] in den letzten Jahren signifikant Vermögen eingebüßt“ haben (ebd.: 165)?
5. Hält die Bundesregierung Armut und Ungleichverteilung für einen gesundheitlichen Risikofaktor, der im Rahmen einer Strategie gesundheitlicher Prävention reduziert werden kann?

Falls ja, wie wird die Bundesregierung diesen Risikofaktor zu vermindern versuchen?

6. Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den Erkenntnissen von Richard Wilkinson (Richard Wilkinson, Kate Pickett: Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind, 2009) 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, einschließlich der oberen Einkommensklassen (bitte begründen)?

Soziale Determinanten von Gesundheitschancen

7. Wie hat sich in den letzten 20 Jahren die Lebenserwartung in den einzelnen Einkommensdezilen entwickelt?

Wie hat sich insbesondere die Differenz zwischen dem Dezil mit der höchsten und dem Dezil mit der niedrigsten Lebenserwartung verändert?

Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus dieser Entwicklung?

8. 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)?
9. Welche Erkenntnisse sind der Bundesregierung über die Prävalenz gesundheitlicher Beeinträchtigungen (wie z. B. Adipositas, Diabetes, Herzinfarkt) in den unterschiedlichen Einkommensklassen bekannt?
10. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Unterschiede in Bezug auf die so genannten „guten Jahre“ (Jahre mit gutem Gesundheitszustand) in Abhängigkeit vom Einkommen und vom Geschlecht vor (bitte Entwicklung in den letzten 20 Jahren darlegen)?
11. Wie viele Beziehende von Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (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)?
12. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über die Auswirkungen des längerfristigen Verbleibs im Niedriglohnssektor auf die gesundheitliche Situation der Betroffenen?
13. Worin sieht die Bundesregierung die Hauptursachen für die schlechtere gesundheitliche Situation von längerfristig im Niedriglohnssektor arbeitenden Beschäftigten (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, Datenreport 2013, Kapitel 8.3)?
14. Wie hat sich in den unteren Einkommensgruppen in den letzten 20 Jahren die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes entwickelt?
Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus dieser Entwicklung?
15. In welchem Ausmaß sind Kinder aus einkommensschwachen Familien gesundheitlich benachteiligt gegenüber Kindern aus einkommensstarken Familien?
16. Welchen Einfluss auf die Gesundheitschancen von Kindern hat der Besuch einer Kita (bitte nach Halbtags- und Ganztagsbetreuung so- wie nach dem Alter der Kinder unter 1 Jahr, 1 bis unter 3 Jahre und 3 Jahre bis zur Einschulung aufschlüsseln)?
17. Welchen Einfluss hat die Schulform auf die Gesundheitschancen der Schulkinder (bitte getrennt für Halb- und Ganztagschulen, nach Grundschulen sowie bei weiterführenden Schulen nach Sonder-, Haupt-, Realschulen, Gymnasien, Gemeinschafts- bzw. Gesamtschulen und integrativen Schulen angeben)?
18. Wie erklärt sich die Bundesregierung, dass der Anteil von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten sowie Verhaltensauffälligkeiten mit der Zunahme des Einkommens der Eltern zurückgeht (Prof. Dr. Jörg M. Fegert auf www.uniklinik-ulm.de „Arme Kinder armer Eltern“, 2009)?
Wie erklärt die Bundesregierung, dass umgekehrt die Kinder aus Elternhäusern mit höherem Einkommen mehr Sport treiben, eine bessere motorische Entwicklung aufweisen, sich gesünder ernähren, weniger Essstörungen verzeichnen und seltener bzw. weniger Tabak konsumieren (ebd.)?

19. Welche konkreten Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um der in zahlreichen Studien festgestellten überproportional stärkeren Fehlernährung einkommensschwacher und bildungsferner Bevölkerungsschichten zu begegnen?
20. 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?
21. Wie viel Prozent der unterschiedlichen Lebenserwartungen, der unterschiedlichen subjektiven Gesundheitseinschätzungen und der Morbidität zwischen niedrigem und hohem Sozialstatus können nach Ansicht der Bundesregierung etwa durch das individuelle Gesundheitsverhalten erklärt werden?

Soziale Stellung und Pflegebedürftigkeit

22. Welchen Einfluss haben nach Ansicht der Bundesregierung die folgenden Faktoren auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit:
Alter,
Geschlecht,
Familie und soziale Netzwerke,
Einkommen und Vermögen,
Bildung,
berufliche Stellung sowie
Behinderung
(bitte jeweils für sich und in Relation zu den jeweiligen Faktoren aufschlüsseln und unter Angabe der zugrunde liegenden wissenschaftlichen Studien begründen)?
Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus diesen Erkenntnissen?
23. Wie bewertet die Bundesregierung die wissenschaftlich belegte 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?

Menschen mit Behinderungen

24. Wie wird die Bundesregierung den 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?

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

Geschlecht als Determinante

26. 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?
27. Wie bewertet die Bundesregierung die Versorgung von Frauen im Gesundheitssystem durch unspezifische und daher in der Regel männerorientierte Arzneimittel, Arzneidosierungen, Diagnosen und Therapien (www.bvpraevention.de „Gesundheit von Männern und Frauen effektiv fördern – geschlechterspezifische Prävention und Gesundheitsförderung“)?
Welche Schritte erwägt die Bundesregierung, um diese unspezifische Versorgung zu beseitigen?
28. Welche Erkenntnisse über die möglicherweise bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung beider Geschlechter liegen der Bundesregierung vor, und was unternimmt sie, um diese möglichen Missstände zu beheben?
29. Wie bewertet die Bundesregierung die deutlich höhere Frequenz der Arztbesuche von Frauen gegenüber der von Männern (www.rki.de „Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems: Arztbesuch“)?
30. Warum nehmen Frauen deutlich häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil?
31. Betrachtet die Bundesregierung das schlechtere Gesundheitsverhalten von Jungen und Männern (www.bvpraevention.de „Gesundheit von Männern und Frauen effektiv fördern – geschlechterspezifische Prävention und Gesundheitsförderung“ sowie www.bmg.bund.de „Männer in Bewegung!“) als strukturelles, verhältnisbedingtes Problem oder als individuelles, verhaltensbedingtes Problem?
Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?
32. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der geschlechtervergleichenden Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts in Bezug auf die Formulierung geschlechtsspezifischer Gesundheitsziele?

Migration und Gesundheitschancen

33. Wie hat sich in den letzten zehn Jahren die Armut von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland entwickelt, und wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung?
34. 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?
35. Worin sieht die Bundesregierung die Ursachen für das migrationsabhängig unterschiedliche Gesundheitsverhalten (Bundeszentrale für politische Bildung, Datenreport 2013, Kapitel 8.3), und was gedenkt die Bundesregierung dagegen zu tun?

36. Welche Unterschiede sind auch dann noch konsistent, wenn Einkommens- und Vermögensdifferenzen sowie unterschiedliche Alters- und Wohnstrukturen, Bildungsstandards, Arbeitsbedingungen usw. berücksichtigt werden (z. B. schlechtere Wohnungen, belastende Arbeitsplätze, höherer Migrationsanteil in Großstädten usw.)?
37. Wie reagiert die Bundesregierung auf Erkenntnisse, dass Migrantinnen und Migranten besonders selten an Früherkennungsmaßnahmen teilnehmen (Dr. Birgit Babitsch, Prof. Dr. Thea Bode „Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland“)?
38. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über eine unterschiedliche Pflegebedürftigkeit von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, welche Gründe sieht die Bundesregierung hierfür, welche Auswirkung hat dies ggf. auf deren Versorgung, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus diesem Umstand?

Früherkennung

39. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und Früherkennungsuntersuchungen in der gesetzlichen Krankenversicherung?
40. Wird nach Ansicht der Bundesregierung die Zielsetzung der Teilnahmequoten von Früherkennungsuntersuchungen erreicht, und sieht die Bundesregierung angesichts der reduzierten Inanspruchnahme von sozial Benachteiligten (vgl. etwa „Kinderarmut in Deutschland“, www.armutszeugnisse.de) den Bedarf an sozial spezifischen Maßnahmen in diesem Bereich?
Falls ja, welche?

Prävention und Gesundheitsförderung

41. Welche Daten und Erkenntnisse 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?
42. 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?
43. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass durch ein besseres Gesundheitsverhalten der Versicherten eine deutliche Kostensenkung im Gesundheitssystem erreicht werden könnte?
Falls ja, auf welche Studien und Daten beruft sie sich dabei?
44. Welche Präventionskonzepte und Gesundheitsförderprogramme sind nach Ansicht der Bundesregierung geeignet, besonders sozial benachteiligte Menschen zu erreichen und somit sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern (bitte jeweils begründen)?
45. Mit welcher Summe im aktuellen Bundeshaushalt werden diese geeigneten Präventionskonzepte und Gesundheitsförderprogramme von der Bundesregierung gefördert?

46. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen den persönlichen Ressourcen (im Sinne von Fähigkeiten, auf externe Herausforderungen adäquat reagieren zu können) und dem Gesundheitsverhalten?
47. Welchen Unterschied gibt es nach Ansicht der Bundesregierung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention?

Gesundheitsförderliche Lebenswelten

48. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Gefährdung durch Arbeitsbedingungen?
Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?
49. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus und der gesundheitlichen Gefährdung durch Umweltbedingungen?
Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?
50. 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?
Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?
51. Welche Bedeutung kommt nach Ansicht der Bundesregierung der Partizipation, also der freiwilligen, aktiven Beteiligung, der Zielgruppen bei Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen zu?
52. Teilt die Bundesregierung die 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?
53. Welche Bedeutung kommt nach Ansicht der Bundesregierung der Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung zu (bitte begründen)?
54. Welche Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme werden derzeit von der Bundesregierung durchgeführt, unterstützt oder finanziert, die eine Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung beinhalten (bitte benennen)?

Präventionsgesetz

55. Vor dem Hintergrund, dass im Koalitionsvertrag unter dem Motto „Gesundheit im Lebensverlauf“ neue Initiativen für eine moderne Kinder- und Jugendmedizin, Arbeitsmedizin sowie die Geschlechter- und Altersmedizin auch unter dem Gesichtspunkt der Prävention und Gesunderhaltung angekündigt sind, welche konkreten Initiativen kann sich die Bundesregierung vorstellen, um diese Ziele umzusetzen?
56. Mit welchen konkreten Maßnahmen wird die Bundesregierung im Entwurf des Präventionsgesetzes verhindern, dass möglich weitere Zunahmen der Verteilungsungleichheit und ein Anwachsen der von Armut betroffenen Bevölkerungsanteile Maßnahmen der Verhaltensprävention in ihren Wirkun-

gen mindestens reduzieren, im schlimmsten Fall sogar überkompensieren können?

57. Welchen konzeptionellen Stellenwert wird die Bundesregierung im Entwurf eines Präventionsgesetzes der wissenschaftlich belegten Tatsache beimessen, dass mit wachsender Einkommensungleichheit die Gesundheit der gesamten Bevölkerung leidet, während umgekehrt die Reduktion der Einkommensungleichheit die Gesundheit der gesamten Bevölkerung verbessert?
58. Berücksichtigt die Bundesregierung bei ihren Reformplänen besonders die Wirkungen auf die gesundheitliche Versorgung von chronisch Kranken und Menschen mit Behinderungen?
59. 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?
60. Welche konkreten Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um so genannte Leuchtturmprojekte, also Projekte mit anerkannter guter Wirksamkeit, zu verstetigen und in die Fläche zu bringen?

Berlin, den 21. März 2014

Dr. Gregor Gysi und Fraktion