

Große Anfrage

der Abgeordneten Klaus Kirschner, Karl Hermann Haack (Extertal), Dr. Hans-Hinrich Knaape, Dr. Helga Otto, Horst Peter (Kassel), Dr. Martin Pfaff, Gudrun Schaich-Walch, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Regina Schmidt-Zadel, Dr. R. Werner Schuster, Antje-Marie Steen, Uta Titze-Stecher, Hans-Ulrich Klose und der Fraktion der SPD

Prävention in der Gesundheitspolitik

1. Mehr als drei Viertel der vorzeitigen Sterbefälle in industrialisierten Ländern entfallen derzeit auf vier Todesursachen: Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im mittleren und jüngeren Alter. Unter den nicht zum Tode führenden Krankheiten vergrößern chronische Krankheiten wie degenerative Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie psychisch manifestierte Leiden und Suchtkrankheiten kontinuierlich ihren Anteil. Nach wie vor erreicht nur die Minderheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten halbwegs gesund das Rentenalter, die Mehrzahl wird – überwiegend wegen der genannten chronischen Erkrankungen – vorzeitig berentet bzw. verstirbt vor Erreichen des Rentenalters.

Bei aller Verschiedenheit hinsichtlich Verursachung, Verlauf und Endpunkt haben diese Krankheiten in epidemiologischer und damit für die Gesundheitspolitik maßgeblicher Perspektive gemeinsam, daß ein primär kurativ und individualmedizinisch orientiertes Versorgungssystem sie erst relativ spät und generell nicht besonders wirksam beeinflussen kann, trotz beachtlicher Erfolge in manchen Teilbereichen. Wichtige Anteile der Verursachung dieser Krankheiten liegen nach international übereinstimmender Auffassung in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen, die nicht individuell, sondern nur politisch gestaltet werden können. Nach Schätzungen der US-amerikanischen Centers for Disease Control ist der Einfluß der sozialen Umwelt und der Lebensweisen auf die Sterblichkeit etwa doppelt so groß wie die Einflüsse der ökologischen Umwelt und der biologischen Prädisposition und diese wiederum doppelt so groß wie der Einfluß des Gesundheitswesens. In einer Schwerpunktbildung auf Prävention und Gesundheitsförderung wird deshalb die große Produktivitätsreserve der Gesundheitspolitik gesehen.

2. Mit der Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes fiel vor nunmehr fünf Jahren die politische Entscheidung, Gesundheitsförderung zur Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen zu machen. Heute mehren sich einerseits Stimmen, die ein mangelhaftes Engagement vieler Krankenkassen beklagen. Andererseits wird bei Gesundheitsförderungsaktivitäten eine zunehmende Marketing-Orientierung ohne Rücksicht auf die gesundheitspolitische Wirkung der Maßnahmen konstatiert.
3. Im Zuge demographischer Veränderungen und als Ausdruck der gestiegenen Lebenserwartung wird der Anteil betagter Menschen an der Gesamtbevölkerung deutlich zunehmen, der Anteil der über 60jährigen in Deutschland wird nach von der Bundesregierung veröffentlichten Vorausberechnungen von derzeit ca. 20 vom Hundert auf über 25 vom Hundert im Jahre 2010, auf ca. 35 vom Hundert im Jahre 2035 steigen. Untersuchungen u. a. aus den USA zeigen, daß die Qualität der gewonnenen Lebensjahre bei wirksamer Flankierung durch Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention keineswegs zwangsläufig durch chronische Krankheiten und Multimorbidität eingeschränkt sein muß. Die gleichen Untersuchungen verweisen allerdings auch auf die nach Sozialschichten sehr ungleich verteilten Chancen, diesen Gewinn an Lebensjahren und Lebensqualität zu realisieren.

Sowohl das Risiko, an vermeidbaren Krankheiten zu erkranken oder zu sterben, als auch die Möglichkeiten, Gesundheitsbelastungen durch individuelles Verhalten zu begegnen, sind in bezug auf Geschlecht und Sozialstatus ungleich verteilt. Die Zugehörigkeit zu sozialen Schichten, z. B. ausgedrückt durch Bildung, Einkommen und Stellung im Beruf, sowie das Geschlecht bestimmen auch bei formal gleicher Zugangsberechtigung zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nach wie vor erheblich die Chancen für ein längeres Leben und verbesserte Gesundheitserwartung.

4. Die politischen und wirtschaftlichen Umbrüche in Deutschland und Europa haben zu einer erheblichen Zunahme von Wanderungs- und Fluchtbewegungen sowie von Problemgruppen der Sozialpolitik (alte und neue Armut) geführt. Es ist zu befürchten, daß die Arbeitslosigkeit mit derzeit ca. 4 Millionen offiziell registrierten Beschäftigungssuchenden ihren Höhepunkt noch nicht erreicht hat. Arbeitslosigkeit, Armut und Migration sind nach international übereinstimmender Auffassung epidemiologisch bedeutsame Gesundheitsrisiken, denen mit der Konsequenz steigender Krankheitslast in der Gesamtbevölkerung mit den Mitteln der kurativen Medizin nicht oder nur marginal beizukommen ist.

Nach einer für die Bundestagsenquete „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ durchgeführten Auswertung von Daten der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) geben Personen der unteren sozialen Schicht etwa doppelt so häufig einen schlechten Gesundheitszustand an wie Personen der obersten sozialen Schicht (Drucksache

11/3267). Untersuchungen in Großbritannien ergaben, daß die Mortalitätsrate bei ungelerten Arbeitern im Alter zwischen 16 und 64 Jahren in den Jahren 1979 bis 1983 doppelt so hoch lag wie bei Akademikern dieser Altersstufe. Ein 35jähriger Hochschullehrer hat – so eine Untersuchung aus Frankreich – eine im Durchschnitt um fast zehn Jahre längere Lebenserwartung wie ein gleichaltriger angelernter Arbeiter. Neuere Untersuchungen belegen, daß die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod sowohl in Großbritannien als auch in den USA weiter zunimmt. Der in der Bundesrepublik Deutschland versicherungsrechtlich bislang weithin gewährleistete formal gleiche Zugang zu Leistungen der Krankenversorgung hat nach übereinstimmender Auffassung der beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen nicht bewirkt, daß die Schere der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod sich schließt.

Angesichts dieser Ausgangslage besteht weithin Konsens darüber, daß gesundheitspolitisch trendwendende Erfolge gegen die großen Gesundheitsprobleme und Krankheiten unserer Zeit v. a. durch Intervention vor der Manifestation zu erzielen sind. Auch der Bundesminister für Gesundheit konstatierte anlässlich der von seinem Ministerium im September 1993 durchgeführten Konferenz „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge“ ein Mißverhältnis zwischen Prävention und kurativer Medizin. Die „64. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen“ im Oktober 1991 war „sich einig, daß präventive Gesundheitspolitik in den letzten Jahren eine vordringliche Bedeutung gewonnen hat. Sie hält es für erforderlich, daß die Begrenzungen der traditionellen Handlungsfelder überwunden und diese durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt werden“. Außerdem unterstützt die Bundesrepublik Deutschland auch offiziell die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung (1986) sowie das 1991 aktualisierte Programm des europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1985 („Gesundheit 2000“), das in 38 Einzelzielen operationalisierte Vorgaben für nationale Strategien v. a. nicht-medizinischer Prävention und Gesundheitsförderung enthält. Mit der von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen, vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung koordinierten Studie „Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung“ liegen seit 1990 ebenfalls Vorschläge auch für Strategien der bevölkerungsbezogenen Gesundheitspflege für die Bundesrepublik Deutschland vor.

Hinsichtlich der Anlage, Umsetzung und Qualitätssicherung von bevölkerungsbezogener Prävention besteht im Anschluß an die Dokumente der WHO international weitgehend Einigkeit darüber,

- daß es zu ihrer Fundierung einer differenzierten Gesundheitsberichterstattung bedarf, die u. a. typische Risiken unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen epidemiologisch erfaßt und kontinuierlich über Erfolge und Mißerfolge präventiver Gesundheitspolitik informiert,

- daß es zu ihrer Wirksamkeit nationaler gesundheitspolitischer Vorgaben, Zielsetzungen und Programme bedarf, um die dezentralen Anstrengungen der privaten und öffentlichen Träger der Gesundheitspolitik zu orientieren und zu koordinieren,
- daß Programme und Interventionen aus Effektivitäts- und Akzeptanzgründen gleichermaßen auf die Veränderung ungesunder Lebensverhältnisse in der Arbeits- und Umwelt wie auf die Minderung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen zielen und die Verschränkungen zwischen Lebensbedingungen und Verhalten berücksichtigen müssen,
- daß bevölkerungsbezogene Programme der Prävention und Gesundheitsförderung die gegebene ungleiche Verteilung gesundheitlicher Chancen in den unteren Sozialschichten und benachteiligten Gruppen im Sinne einer ‚positiven Diskriminierung‘ berücksichtigen müssen, um die in allen Industrieländern fortbestehende soziale Ungleichheit in Lebenserwartung und Gesundheitschancen zu verringern.

Wir fragen deshalb die Bundesregierung:

A. Gesundheitsberichterstattung

1. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über das Ausmaß an vorzeitigen vermeidbaren Todesfällen und vermeidbaren Erkrankungen in der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland?
2. Wie lassen sich diese Erkenntnisse nach Geschlecht, sozialen Schichten, nach Lebenslage-Gruppen, Regionen und wichtigen Krankheiten aufschlüsseln?
3. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Verteilung typischer Risiken und Risikokonstellationen für die epidemiologisch wichtigen Krankheiten in der Bevölkerung vor?
4. Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung hinsichtlich der ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen in der Bevölkerung in Abhängigkeit von der sozialen Lage, vom Geschlecht, vom individuellen Verhalten und von der Verschränkung zwischen sozialer Lage und individuellem Verhalten?
5. Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung bezüglich des gesundheitlichen Zustandes von Arbeitslosen, insbesondere von Langzeitarbeitslosen, von Frauen, Sozialhilfeempfängern, Migranten sowie von Obdachlosen in der Bundesrepublik Deutschland?
6. Besteht seitens der Bundesregierung die Absicht, bei Gesetzen z. B. zur Arbeitsmarkt-, Wohnungs- und Sozialpolitik die absehbaren und epidemiologisch abschätzbaren gesundheitlichen Folgen in Form einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (analog zur Umweltverträglichkeitsprüfung bei anderen Gesetzesvorhaben) zu berücksichtigen und öffentlich auszuweisen?

7. Wann ist mit den ersten konkret inhaltlichen, öffentlichen Berichten der von der Bundesregierung finanzierten und vom Statistischen Bundesamt koordinierten Projekte für eine umfassende Gesundheitsberichterstattung zu rechnen, die über Konzeptionsstudien hinausgehen?
8. In welcher Form werden die Gesundheitsberichte die Probleme sozial ungleich verteilter Gesundheits- und Lebenschancen enthalten?
9. Ist vorgesehen, daß in den Gesundheitsberichten Gesundheitsrisiken aus der Arbeitswelt, der physischen Umwelt, den Wohnverhältnissen sowie den Freizeitangeboten sowie dem Verhalten nach Bedeutung, Größe, sozialer, geschlechtsspezifischer und regionaler Verteilung erfaßt und ausgewiesen werden?
10. Werden die Gesundheitsberichte die Aktivitäten der verschiedenen gesellschaftlichen Bereiche (z. B. Bildungswesen, private Unternehmen, Gebietskörperschaften) zur Prävention und Gesundheitsförderung ausweisen und bewerten?
11. Ist vorgesehen, in der Gesundheitsberichterstattung auch Probleme der Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung im Hinblick auf Effektivität, Effizienz und Zielgruppenbezug anzusprechen und damit der öffentlichen Diskussion zugänglich zu machen?
12. Welche Aktivitäten unternimmt bzw. welche Absichten verfolgt die Bundesregierung, um Gesundheitsberichte als Instrumente demokratisch legitimierter Ziel- und Prioritätensetzung, zur Steuerung der Interventionen sowie zur Qualitätssicherung in Prävention und Krankenversorgung sowohl auf Bundesebene als auch bei den Gebietskörperschaften und Betrieben zu etablieren und miteinander zu verzahnen?
13. In welcher Form soll sichergestellt werden, daß die wesentlichen Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung die interessierte Öffentlichkeit und auch die dezentralen, privaten wie öffentlichen Akteure der Gesundheitspolitik erreichen?

B. Präventionspolitische Strategiebildung

1. Welche Absichten bzw. Konzepte verfolgt die Bundesregierung, um ein nationales Programm zur Präventionspolitik und Gesundheitsförderung, etwa analog dem US-amerikanischen Programm „Healthy People 2000“ aufzustellen?
2. Über welche politischen Konzepte bzw. Instrumente verfügt die Bundesregierung, um Strategien der Minderung von Risiken und der Förderung individueller und sozialer Ressourcen, die die Gesundheit schützen bzw. stabilisieren, einen gebührenden Stellenwert einzuräumen und der Reduzierung von Gesundheitsförderung auf Programme der Verhaltensbeeinflussung entgegenzuwirken?
3. Welche Konzepte und Programme, unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer notwendiger Differenzierung, verfolgt

die Bundesregierung in diesem Zusammenhang, insbesondere zur Senkung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

Wie will sie Verursachungsfaktoren in den Arbeitsbedingungen und Freizeitangeboten entsprechend beeinflussen?

4. Welche Konzepte und Programme verfolgt die Bundesregierung im Hinblick auf die Prävention von Krebserkrankungen?

Welche Rolle spielen dabei verhaltensbezogene Faktoren (z. B. Rauchen) und verhältnisbezogene Bedingungen (z. B. toxische Belastungen) sowie ihre gegenseitigen Abhängigkeiten?

5. Welche Konzepte und Programme verfolgt die Bundesregierung im Hinblick auf die Prävention chronischer muskuloskeletaler Erkrankungen?

Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, der Beschränkung der Prävention auf Verhaltensmodifikationen (z. B. „Rückenschulen“ usw.) entgegenzuwirken und die ergonomischen, organisatorischen und sozialen Verursachungsanteile verstärkt in die Interventionen einzubeziehen?

6. Erwägt die Bundesregierung, die Wirksamkeit verschiedener Präventionsmaßnahmen zu ermitteln?

Welcher Strategien bedient sie sich hierfür?

Wie werden die Präventionsprogramme im Hinblick auf deren Effizienz (Relation eingesetzter Ressourcen zu erzieltm Ergebnis) beurteilt?

Welche Ansätze werden hierfür in Erwägung gezogen?

Ist geplant, eine aus der vorhergehenden Frage resultierende Prioritätensetzung vorzunehmen?

C. *Bereich Arbeit und Gesundheit*

1. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Veränderungen im Belastungsspektrum der Arbeitswelt und daraus erwachsende gesundheitliche Risiken?

Hat sich die These vom Rückgang „traditioneller“ (physischer) Belastungen hin zu mentalen Anforderungen bestätigt?

2. Welches Gefährdungspotential ist durch neue Technologien insbesondere in der Bio- und Gentechnologie sowie neue Gefahrenstoffe entstanden?

Welche Vorkehrungen hat die Bundesregierung zu deren Bekämpfung getroffen?

3. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich des Ausmaßes arbeitsbedingter Erkrankungen bei Frauen und Männern vor, und welche Anstrengungen hat sie unternommen bzw. gedenkt sie zu unternehmen, um die komplexen Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen und gesundheitlichen Beanspruchungen zu durchleuchten?

4. Welche Gruppen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sind besonders von Mehrfachbelastungen in der Arbeitswelt betroffen?

5. Wie beurteilt die Bundesregierung die Kritik am Vorschriftenwerk des Arbeitsschutzes, dieses orientiere sich einseitig an Einzelaspekten gesundheitlicher Gefährdungen am Arbeitsplatz und vernachlässige Kombinationen von Einzelbelastungen sowie deren Einbettung in Arbeitsabläufe und Arbeitsorganisation?
6. Wie wird die Bundesregierung die wissenschaftliche Pluralität in den wissenschaftlichen Beratungsgremien für den Arbeitsschutz wie z. B. Ausschuß für Gefahrenstoffe und seiner Unterausschüsse sicherstellen?
7. Welche Vorkehrungen hat die Bundesregierung zur nationalen Umsetzung des EG-Rechtes im Arbeitsumweltschutz getroffen?
8. Welche Konsequenzen hat die Verpflichtung gemäß Artikel 30 Abs. 6 des Einigungsvertrages gehabt, die Frage der Übernahme von Merkmalen des Berufskrankheitenrechts der DDR zu überprüfen und das Arbeitsschutzrecht auf eine neue Basis zu stellen?
9. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Umsetzung bzw. Anwendung der Bestimmung des § 20 SGB V vor, wonach Krankenkassen den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und -schäden nachgehen und bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken sollen?

Inwieweit setzen die Krankenkassen die ebenfalls in § 20 SGB V enthaltene Vorschrift um, den Berufsgenossenschaften und den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen ihre Erkenntnisse über Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit sowie Berufskrankheiten mitzuteilen?

10. Welche Maßnahmen lassen sich aus den Erkenntnissen der Programme „Humanisierung der Arbeit“ bzw. „Arbeit und Technik“ ableiten?

D. Bereich Umwelt und Gesundheit

1. Welche empirisch abgesicherten Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über verursachende bzw. mitverursachende Faktoren von negativen Umwelteinflüssen auf die menschliche Gesundheit?

Wie hoch ist der Anteil von umweltbedingten Erkrankungen am Morbiditäts- und Mortalitätsniveau in der Bundesrepublik Deutschland?

Um welche Erkrankungen – ggf. nach geschlechtsspezifisch notwendiger Differenzierung aufgeschlüsselt – handelt es sich hierbei?

Wie hoch ist der Anteil von negativen Umwelteinflüssen bei der multifaktoriellen Genese bestimmter Erkrankungen?

Wie könnten diese durch eine erfolgreiche Präventionspolitik bekämpft werden?

2. Welche Einflüsse haben Umweltschadstoffe auf allergische und hypersensible Krankheitsbilder?

Können signifikant höhere Sensibilisierungsraten in bestimmten Bevölkerungskreisen und/oder bestimmten Regionen festgestellt werden?

Wenn ja, welche Ursachen können hierfür verantwortlich gemacht werden?

3. Gibt es altersabhängige Gruppen der Bevölkerung (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen), die besonders unter umweltbedingten Erkrankungen leiden?

Wie hat sich die Zahl und das Spektrum der umweltbedingten Erkrankungen bei diesen Gruppen in den letzten Jahrzehnten verändert?

4. Welche Erkenntnisse sind vorhanden über umweltbedingte Erkrankungen an Arbeitsplätzen und in stark belasteten Wohngebieten?

Wie lassen sich diese nach Auffassung der Bundesregierung vermeiden?

Welche konkreten Ziele verfolgt die Bundesregierung?

5. Gibt es unterschiedliche Gefährdungspotentiale zwischen industriell geprägten und sogenannten Freilandräumen?

Gibt es nach Erkenntnissen der Bundesregierung solche unterschiedlichen Gefährdungspotentiale auch zwischen Wohngebieten, die in der Nähe von Industrieanlagen liegen, an stark frequentierten Durchgangsstraßen, in den Ein- und Abflugschneisen von zivilen und militärisch genutzten Flugplätzen und sogenannten Luxuswohngebieten?

Welche Erkenntnisse über biologische Wirkungen und Kombinationseffekte liegen dazu vor?

6. Welches sind die Hauptemittenten der Luftverunreinigung (beispielsweise Kraftwerke, Industrieanlagen, Individual-, Schwerlast- und Luftverkehr) zu welchen Anteilen?

Welche gesundheitlichen Gefährdungen gehen vom stetig steigenden motorisierten Individual- und Schwerlastverkehr an stark frequentierten Straßen auf die Gesundheit aus?

7. Welchen Einfluß haben Luftschadstoffe auf Gesundheitsschäden und bei der Entstehung von Krankheiten während Smogperioden infolge Inversionswetterlagen?

Welche Erkenntnisse gibt es über die gesundheitlichen Auswirkungen erhöhter Ozon-Werte?

Durch welche Maßnahmen können die Belastungen durch erhöhte Ozon-Konzentrationen vermindert werden?

8. Wie wirken sich Luftschadstoffkonzentrationen auf die Morbidität von Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie auf das Mortalitätsniveau aus?

Gibt es Unterschiede zwischen Gebieten mit höherer Umweltbelastung und weniger belasteten Gebieten?

Wie wirkt sich dies im Hinblick auf ambulante Behandlung und stationäre Einweisungen aus?

Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei Krankheitsart und Krankheitsintensität?

9. Über welche Erkenntnisse hinsichtlich der Verteilung umweltbedingter Krankheitsrisiken nach sozialer Schichtung bzw. Lebenslage-Gruppen und Geschlecht verfügt die Bundesregierung?
10. Welche Kosten entstehen jährlich unserer Volkswirtschaft durch umweltbedingte Erkrankungen?

Wer übernimmt welchen Anteil an diesen Folgekosten (GKV, PKV, Beihilfe, Privatpersonen, Sonstige)?

Welche Kosten entstehen dadurch den Betrieben direkt und indirekt, beispielsweise durch die Lohnfortzahlung?

Greift bei den Folgekosten das Verursacherprinzip?

11. Wie können umweltbedingte Krankheitsrisiken gemindert werden?

Welche Art von Präventionspolitik verfolgt die Bundesregierung?

Welche Studien hat die Bundesregierung bisher in Auftrag gegeben, um Erkenntnisse über die Ursachen von Umweltbelastungen auf die Gesundheit zu erhalten, und was ist in Zukunft von der Bundesregierung vorgesehen, um vorhandene Wissenslücken zu schließen?

12. Was gedenkt die Bundesregierung gegebenenfalls zu tun, um eine Stärkung der umweltmedizinischen Kompetenzen der Ärzte sowohl zur Risikoerkennung wie zur individuellen Patientenberatung vorzunehmen?
13. Wann und in welcher Form gedenkt die Bundesregierung die Stärkung der umweltmedizinischen Kompetenzen der Ärzte sowohl zur Risikoerkennung wie zur individuellen Patientenberatung vorzunehmen?

E. Bereich Ernährung und Gesundheit

1. Welche präventiven Potentiale liegen nach Ansicht der Bundesregierung in einer dem Stand des Wissens über Bestandteile, Zusammensetzung und kulturelle Bedeutung des Essens entsprechenden Ernährung der Bevölkerung?

Welche Last an Erkrankungen, vorzeitiger Sterblichkeit und Kosten könnte von der Bevölkerung durch eine in diesen Dimensionen erfolgreiche Präventionspolitik genommen werden?

2. Welche Bevölkerungsgruppen tragen nach den Erkenntnissen der Bundesregierung in besonderem Maße Risiken ernährungsbedingter Erkrankungen?

3. Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung hinsichtlich der Verteilung ernährungsbezogener Risiken nach sozialen Schichten bzw. Lebenslage-Gruppen und Geschlecht?
4. Welche programmatischen und praktischen Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den u. a. durch die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) und die nationale Verzehrstudie erhärteten Erkenntnissen, nach denen sich die Risiken für ernährungsbedingte Erkrankungen gegenüber den bisher ergriffenen Maßnahmen der Ernährungsberatung, -information und -aufklärung als weitgehend resistent erwiesen haben?
5. Welche Konsequenzen hinsichtlich zielgruppenspezifischer Maßnahmen ernährungsbezogener Präventionspolitik zieht die Bundesregierung aus diesen Einschätzungen, und welche Schritte unternimmt sie, um diese praktisch umzusetzen?
6. Sind die Aufklärungsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für die relevanten Zielgruppen in allen Regionen erreichbar, und entsprechen sie in Inhalt und Form dem Stand des Wissens und den Bedürfnissen der Zielgruppen und Multiplikatoren?
7. Welche Maßnahmen der Evaluation, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung hat die Bundesregierung zu diesen Materialien und Kampagnen in den letzten Jahren unternommen?
8. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über die Anpassung der Ernährungsgewohnheiten in den neuen Bundesländern an veränderte Einkommens-, Angebots- und Preisstrukturen?
9. Welche Auswirkungen haben nach Ansicht der Bundesregierung diese Veränderungen auf Umfang und Verteilung von ernährungsbezogenen Gesundheitsrisiken?
10. Wie viele Kinder und Jugendliche in Kindergärten/-läden und Schulen erhalten in der Bundesrepublik Deutschland nach Erkenntnissen der Bundesregierung weder dort noch zu Hause eine nach Qualität, Zusammensetzung und Kulturstandards entsprechende Tagesernährung?
11. Welche Möglichkeiten sieht bzw. ergreift die Bundesregierung, auf die Länder hinsichtlich der Sicherstellung und Qualitätsprüfung einer gesunden Ernährung für Kinder und Jugendliche einzuwirken bzw. die Länder bei solchen Bemühungen wirksam zu unterstützen?
12. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um für jene 22 Mio. von 28 Mio. Beschäftigten, die während des Arbeitstages keine Chance haben, in Kantinen zu essen, eine gesundheitsgerechte, schmackhafte und kulturell akzeptable Ernährung sicherzustellen?
13. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um die gesundheitliche Qualität des Kantinenessens zu gewährleisten?

sten bzw. zu verbessern, insbesondere auch im Hinblick auf in Nacht- und Schichtarbeit Beschäftigte?

14. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Ernährungslage von langfristig Arbeitslosen sowie Sozialhilfeempfängern, Altersrentnern mit geringen Bezügen, Aus- und Rücksiedlern, Asylsuchenden und Obdachlosen?
15. Welche zielgruppenspezifischen Programme entwickelt bzw. verfolgt die Bundesregierung, um Ernährungsdefiziten in Qualität, Quantität und kultureller Entsprechung bei diesen Gruppen entgegenzuwirken?
16. Welche ernährungspolitischen Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, daß der Umfang dieser ernährungspolitischen Problemgruppen nach übereinstimmender Auffassung in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird?
17. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die auch von ihr unterstützten Programme der WHO/Europa „Gesundheit 2000“ und der EG gegen den Krebs im Hinblick auf nahrungsbedingte Gesundheitsrisiken umzusetzen?
18. Welche präventionspolitischen Konsequenzen gedenkt die Bundesregierung aus der Tatsache zu ziehen, daß die wissenschaftliche Tragfähigkeit einer schwerpunktmäßig auf die Regulierung des Cholesterin-Spiegels gerichteten Ernährungspolitik international sich immer mehr als hinfällig erweist?
19. Beabsichtigt die Bundesregierung, den Empfehlungen der WHO/Europa und des International Committee on Nutrition and Chronic Diseases der WHO zu folgen, den Verbrauch insbesondere an tierischen Fetten auch durch am Angebot ansetzende Maßnahmen der Steuer-, Subventions- bzw. Handelspolitik zu beeinflussen?
20. Verfügt die Bundesregierung über Informationen oder Modellrechnungen hinsichtlich der mit solchen Maßnahmen zu bewirkenden Veränderungen im Konsum, aber auch in Landwirtschaft, Lebensmittelindustrie und Außenhandel?

F. Rolle der Ärzte in der Prävention

1. Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung hinsichtlich des Potentials ärztlicher Prävention zur Eindämmung wichtiger Volkskrankheiten?
2. Was gedenkt die Bundesregierung hinsichtlich des Ungleichgewichts zwischen präventiven und kurativen ärztlichen Aufgaben und Leistungen zu tun, und in welcher Form soll dies geschehen?
3. Besteht seitens der Bundesregierung die Absicht, mehr präventive Maßnahmen in den kurativen Sektor zu integrieren?
4. In welcher Form gedenkt die Bundesregierung Angebote der Patientenschulung und der Verhaltensänderung bei eingetretener Erkrankung mit dem Ziel zu fördern, das selbstbestimmte Handeln des Patienten zu stärken?

5. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um für präventive Angebote Qualitätsstandards zu entwickeln, die pädagogisch, psychologisch und medizinisch strukturiert und evaluiert sind?
6. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um eine langfristig gesicherte effektive Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte in allen Fragen der präventivmedizinischen Befundbewertung und Patientenberatung sowie der präventiven Patientenbetreuung zu gewährleisten?
7. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um die Leistungsstruktur und das Praxismanagement in der ambulanten Versorgung so zu gestalten, daß ärztliche Prävention den gebührenden Stellenwert erhält?
8. Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung bezüglich Stand und Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene („Check up“) nach § 25 SGB V, und wie beurteilt sie die Möglichkeit, den „Check up“ in eine Stufenfolge zu gliedern, in der Weise, daß das Basis-Screening deutlich reduziert wird und statt dessen gezieltere Zusatzuntersuchungen für Personen mit anamnestischen oder prognostischen Risiken eingeführt werden?
9. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um die Minimierung unerwünschter Nebenwirkungen und einen hohen Wirkungsgrad bei der Massenapplication bereits etablierter präventiver Maßnahmen insbesondere in der GKV zu gewährleisten?
10. Besteht seitens der Bundesregierung die Absicht, Nachbesserungen in den entsprechenden Bestimmungen des SGB, die eine Qualitätssicherung speziell für präventive Maßnahmen bisher nicht vorsehen, vorzunehmen?
11. Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung hinsichtlich der wissenschaftlichen Infrastruktur der Präventivmedizin in der Bundesrepublik Deutschland?

G. Rolle der Krankenkassen in der Prävention

1. Welche Aktivitäten haben die gesetzlichen Krankenkassen entwickelt, um ihrer Verpflichtung aus § 20 SGB V zur Gesundheitsförderung nachzukommen?
2. Inwieweit haben sich alle Kassenarten im Bereich einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung engagiert, die neben der Förderung gesunder Verhaltensweisen auch die Förderung gesundheitsgerechter Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen zum Ziel hat?

Was unternimmt die Bundesregierung, um alle Kassenarten in einem entsprechenden Engagement zu bewegen?
3. Was haben die gesetzlichen Krankenkassen getan, um entsprechend der Verpflichtung in § 20 SGB V den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen nachzugehen?
4. Wo und wie werden die Ergebnisse präventiver Aktivitäten der Krankenkassen dokumentiert?

5. Wie hoch sind die Leistungsausgaben der Krankenkassen für Gesundheitsförderung?

Wie hoch sind die Leistungsausgaben für Früherkennung und sonstige ärztliche präventive Leistungen?

Wie hoch sind die Leistungsausgaben für eigene Präventionsangebote der Krankenkassen?

6. Wie viele Mitarbeiter (absolut/prozentual zu den übrigen Beschäftigten) beschäftigen die Krankenkassen ausschließlich für den Bereich Prävention/Gesundheitsförderung?

Wie hoch sind die Aufwendungen für Personalkosten dieser Mitarbeiter getrennt nach Kassenarten?

7. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, Betrieben, die systematische Gesundheitsförderungsprogramme für ihre Mitarbeiter anbieten, finanzielle Anreize (z. B. über steuerliche Erleichterungen, direkte Förderungen, Absetzungsfähigkeit, gesundheitsförderliche Investitionen, Beitragsnachlässe o. ä.) zu geben, um den Belastungsabbau bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Arbeitsleben zu unterstützen?

8. Welche Modellprojekte zur Gesundheitsförderung wurden im Rahmen der Erprobungsregelung in § 67 SGB V gestartet, und wo sind sie dokumentiert?

9. Welche epidemiologischen Ergebnisse haben Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen, die u. a. der Deutsche Ausschuß für Jugendzahn-pflege initiiert hat?

Wie sehen diese Ergebnisse im Vergleich mit anderen OECD-Ländern aus?

10. Mit welcher Akzeptanz, mit welchen Kosten und mit welchem Erfolg wird der im Gesundheits-Reformgesetz eingeführte Gesundheits-Check-up des § 25 SGB V in der ärztlichen Praxis umgesetzt?

11. Mit welchen Selbsthilfegruppen kooperieren die gesetzlichen Krankenkassen, welche Finanzmittel setzen die Kassen dafür ein und nach welchen Gesichtspunkten wählen sie die Kooperationspartner aus?

12. Wie stellt die Bundesregierung eine Kooperation zwischen gesetzlicher Kranken- und Unfallversicherung zur Reduzierung von arbeitsbedingten Belastungen sicher?

Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, den Arbeitsschutz der gewerblichen Berufsgenossenschaften auf arbeits-anteilige Gesundheitsbelastungen bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auszuweiten?

H. Forschung und Lehre

1. Von welchen öffentlich geförderten Forschungs- und Lehrkapazitäten zum Themenbereich Prävention und Gesundheitsförderung hat die Bundesregierung Kenntnis?

2. Hält die Bundesregierung diese Kapazitäten zum Beispiel im Vergleich zur kurativen Medizin für ausreichend?
3. Welche Beiträge erwartet die Bundesregierung von den vom BMFT geförderten Forschungsverbänden „Public Health“ und den z. T. vom BMBW unterstützten Aufbaustudiengängen „Gesundheitswissenschaften/Public Health“ für die wissenschaftliche Fundierung und Verbesserung der Präventionspolitik?
4. Hält die Bundesregierung die Ausbildungs- und Forschungskapazitäten in Public Health und Gesundheitswissenschaften für ausreichend, um den gesellschaftlichen Bedarf an wissenschaftlich ausgebildeten Fachkräften und neuen Erkenntnissen zur Verbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung zu befriedigen?
5. Welche Vorstellungen hat die Bundesregierung, um die sich in den Forschungsverbänden entwickelnden Kapazitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung auch über das Ende der Förderung in 1996 hinaus zu erhalten und zu entwickeln?
6. Welche Anstrengungen werden nach Kenntnis der Bundesregierung unternommen, um die präventionsrelevanten Erkenntnisse aus öffentlich geförderter Forschung und insbesondere den Forschungsverbänden an den Bedürfnissen der Praxis auszurichten und in die Praxis umzusetzen?
7. Wie beurteilt die Bundesregierung die Bereitschaft von privaten und öffentlichen Arbeitgebern, durch Einstellung bzw. Weiterbildung von Public-Health-Fachkräften zeitgemäßen Konzepten von Prävention und Gesundheitsförderung in der Praxis zu einer größeren Verbreitung zu verhelfen?
8. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, der vielfach beklagten Unterrepräsentanz deutscher Fachkräfte in internationalen Gremien und Institutionen zur Prävention und Gesundheitsförderung (z. B. in EG und WHO) entgegenzuwirken?
9. Welche Vorhaben zur Frauengesundheitsforschung sind der Bundesregierung bekannt, hält sie diese für ausreichend?
10. Falls dies nicht der Fall ist, plant die Bundesregierung dann, in dieser Richtung initiativ zu werden?

Bonn, den 8. Februar 1994

Klaus Kirschner
Karl Hermann Haack (Extertal)
Dr. Hans-Hinrich Knaape
Dr. Helga Otto
Horst Peter (Kassel)
Dr. Martin Pfaff
Gudrun Schaich-Walch

Horst Schmidbauer (Nürnberg)
Regina Schmidt-Zadel
Dr. R. Werner Schuster
Antje-Marie Steen
Uta Titze-Stecher
Hans-Ulrich Klose und Fraktion

