

**Antwort**  
der Bundesregierung

**auf die Große Anfrage der Abgeordneten Klaus Kirschner, Karl Hermann Haack (Extertal), Dr. Hans-Hinrich Knaape, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD**  
— Drucksache 12/6826 —

**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 Gesund-

heitsförderung 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

*Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 5. Juli 1994 übermittelt.*

*Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.*

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 Fluchtbebewegungen 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 Krankenversicherung 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 trendwende 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 Gesundheitspro-

bleme 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.

#### Vorbemerkung

##### 1. Hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens

Nicht nur wegen seiner medizinischen Spitzenleistungen, sondern auch aufgrund der Absicherung im Krankheitsfall von rund 90 % der Bevölkerung durch die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zählt das deutsche Gesundheitswesen zu den leistungsstärksten der Welt. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter oder Geschlecht jedem möglich. Die sozialpolitische Leistung der GKV wird auch international als vorbildlich eingeschätzt.

Die hohe Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland spiegelt sich u. a. in folgenden Entwicklungen wider:

- Die durchschnittliche Lebenserwartung eines Neugeborenen steigt seit Jahrzehnten kontinuierlich an. Sie betrug 1988/1990 72,6 Jahre bei den männlichen und 79 Jahre bei den weiblichen Neugeborenen in den alten Ländern.
- Die Sterbeziffer je 1 000 Einwohner hat sich in Deutschland von 12,1 im Jahre 1980 auf 11,0 im Jahre 1992 verringert.
- Die Müttersterbefälle haben sich im früheren Bundesgebiet von 20,6 je 100 000 Lebendgebore-

nen im Jahre 1980 auf 6,2 im Jahre 1992 und in den neuen Ländern von 16,2 im Jahre 1990 auf 10,2 im Jahre 1992 verringert.

- Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich auch in der Statistik der Säuglingssterblichkeit. Sie hat sich von 12,4 im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene im Jahre 1980 auf 6,1 im Jahre 1992 vermindert.
- Auch die Verkehrsunfallstatistik zeigt eine rückläufige Tendenz: Verstarben 1980 im früheren Bundesgebiet 13 041 Menschen bei Straßenverkehrsunfällen, so waren es 1993 noch 6 926.
- Bei vier der fünf häufigsten Berufskrankheiten (Lärmschwerhörigkeit, Quarzstaublungenerkrankungen, Meniskusschäden, Infektionskrankheiten) ist bei den erstmals entschädigten Fällen zwischen 1980 und 1990 eine rückläufige Tendenz zu beobachten.
- Das Niveau der Arbeitsunfähigkeit sank 1992 in den alten Ländern erstmals wieder deutlich unter den Stand der Vorjahre. Dies entspricht auch der allgemeinen Krankenstandsentwicklung in den alten Ländern.

## 2. Wandel im Krankheitsspektrum

Die Umwelt- und Lebensbedingungen in den Industrieländern haben in den letzten Jahrzehnten Verhältnisse geschaffen und Verhaltensnormen geprägt, die zu einem grundlegenden Wandel des Krankheitspanoramas geführt haben. Mit der Zurückdrängung vieler Infektionskrankheiten und dem Ansteigen der Lebenserwartung der Bevölkerung traten chronisch-degenerative Krankheiten in den Vordergrund. Zu den sogenannten Volks- bzw. Zivilisationskrankheiten gehören die Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Erkrankungen der Atemwege und des Stütz- und Bewegungsapparates, Allergien. Nach den Daten der Mortalitätsstatistik entfallen heute 51 % aller jährlichen Todesfälle der deutschen Bevölkerung auf Herz-Kreislauferkrankungen und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus, 24 % auf bösartige Neubildungen und 11 % auf Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane.

## 3. Notwendigkeit ursachenbezogener Prävention

Es besteht allgemeiner Konsens, daß Fortschritte beim gesundheitspolitischen Ziel, den Menschen ein langes Leben ohne Krankheit zu ermöglichen, vor allem dann erwartet werden können, wenn es – ergänzend und zusätzlich zum notwendigen hohen Leistungsstandard in der kurativen Medizin – gelingt, das Entstehen von Krankheiten durch ursachenbezogene Prävention – solange wie möglich – zu verhindern.

Ursachenbezogene Maßnahmen der Krankheitsverhütung, die über die gesamtgesellschaftliche und alle Politikbereiche umfassende Aufgabe der allgemeinen Verbesserung der Lebensverhältnisse hinausgehen, setzen gesicherte epidemiologische

Kenntnisse voraus. Das epidemiologische Wissen in Deutschland und anderen Industrieländern ist derzeit bei vielen Krankheiten noch nicht ausreichend. Die Bundesregierung fördert daher in vielen Bereichen epidemiologische Forschung. Die Bundesregierung sieht darüber hinaus im Aufbau einer verbesserten Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Voraussetzung für ursachenbezogene Prävention. Die Statistiken und Datenerhebungen bei Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern enthalten in Teilbereichen wichtige Informationen, die aber bisher noch nicht ausreichend vernetzt und zusammengeführt sind. Die Bundesregierung hat deshalb ein Forschungsprojekt zum Aufbau eines kontinuierlichen Systems der integrierten Gesundheitsberichterstattung eingeleitet, das die vorhandenen Informationen zusammenführen soll.

Entscheidende Voraussetzung für die Erforschung von Zusammenhängen zwischen der Entstehung von Krankheiten und möglichen Einflüssen aus der Umwelt oder Arbeitswelt ist allerdings die Schaffung von regionalen Krankheitsregistern durch die zuständigen Länder. In den Ländern fehlt es bisher an flächendeckenden, regional strukturierten Erfassungen wichtiger Krankheiten. Die Kenntnis regionaler Häufigkeitsentwicklungen ist aber notwendige Grundlage für die Ursachenforschung im Hinblick auf Umwelteinflüsse. Dies zeigt z.B. die derzeit aktuelle Diskussion über Häufigkeiten von Fehlbildungen bei Kindern an der Nordseeküste. Die Bundesregierung weist aus Anlaß der Großen Anfrage erneut auf die Aufgabe und die Verantwortung der Länder hin, die notwendigen Schritte zur Einführung krankheitsbezogener regionaler Register zu tun.

Die Bemühungen der Bundesregierung, bei gemeingefährlichen Krankheiten durch bundesgesetzliche Regelungen den Aufbau epidemiologischer Grundinformationen in den Ländern zu unterstützen, stoßen auf den Widerstand der Länder. Obwohl Krebs eine gemeingefährliche Krankheit ist, lehnt der Bundesrat den Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Aufbau epidemiologischer Krebsregister bislang ab, weil dem Bund dafür die Gesetzgebungskompetenz aus Artikel 74 Nr. 19 GG fehle.

## 4. Verhältnisprävention und Verhaltensprävention ergänzen sich

Die derzeit vorherrschenden Krankheiten sind überwiegend nicht auf eine einzelne Ursache zurückzuführen. Vielfach ist ein Bündel von unterschiedlichen Risikofaktoren auszumachen, die teils auf individuellem Verhalten, teils auf externen Einflüssen beruhen. Dies erfordert Maßnahmen in den unterschiedlichsten Bereichen der Gesellschaft, die teilweise auch außerhalb des Gesundheitssystems liegen und deshalb mit den der Gesundheitspolitik zu Gebote stehenden Mitteln allein nicht erreichbar sind.

Fortgeschritten ist die Präventionsforschung im Bereich der Herz-Kreislaufkrankheiten und anderer

Zivilisationskrankheiten. Ernährung, Rauch- und Trinkgewohnheiten, Bewegung und andere verhaltensbedingte Faktoren spielen bei der Entstehung und beim Verlauf dieser Erkrankungen eine wesentliche Rolle.

Damit wird deutlich, daß sich Präventionsmaßnahmen nicht nur auf die Verringerung oder Beseitigung von Krankheits- und Unfallursachen in den allgemeinen Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen (Verhältnisprävention), sondern auch auf die Veränderung des individuellen Gesundheitsverhaltens (Verhaltensprävention) beziehen müssen. Beide Präventionsansätze bedingen sich vielfach wechselseitig und sind deshalb gleichermaßen notwendig.

Die Große Anfrage bezieht sich vorwiegend auf den Bereich der Verhältnisprävention durch staatliche Maßnahmen. Sie läßt die Aufgabe der Schaffung von Anreizen zu individuellem krankheitsverhütendem und gesundheitsförderndem Verhalten außer acht.

#### 5. Prävention im gegliederten Gesundheits- und Sozialsystem

Die Aufgabenverteilung bei der ursachenbezogenen Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung ergibt sich für das Gesundheits- und Sozialsystem aufgrund der durch das Grundgesetz vorgegebenen Struktur. Diese ist gekennzeichnet durch das Prinzip der Subsidiarität und der Verteilung der Verantwortlichkeiten auf Bund, Länder, Kommunen, die von den Sozialpartnern getragene Selbstverwaltung sowie freie Träger und Unternehmen. Präventionskonzepte, die eine zentralstaatliche Zuständigkeit unterstellen, gehen an der Realität des bundesdeutschen Gesundheits- und Sozialsystems vorbei. Die Große Anfrage vermittelt in weiten Teilen diesen Eindruck. Die Vorstellung von zentralen und alle Bereiche erfassenden Präventionsprogrammen scheitert nicht nur an der unüberschaubaren Vielzahl krankheitsverursachender Faktoren in nahezu allen Lebensbereichen, sondern auch an den verfassungsrechtlichen Vorgaben und an der Verfassungswirklichkeit.

Die Bundesregierung bejaht die gegliederte Struktur des Gesundheits- und Sozialsystems mit geteilten Verantwortlichkeiten. Sie hat sich im Rahmen der Bundeszuständigkeiten für die Förderung von Forschung und Modellprojekten, die gesundheitliche Aufklärung sowie die nationale und internationale Koordinierung nachhaltig und mit Erfolg für eine Verbesserung bei der Prävention eingesetzt. Weitere Fortentwicklungen sind auf der Grundlage der Expertenempfehlungen denkbar, die beispielsweise anlässlich des vom Bundesministerium für Gesundheit durchgeführten Kongresses „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge“ artikuliert wurden oder die in der von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen Studie „Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung“ dargelegt sind. Die Bundesregierung wird in weitestmöglicher Kooperation

und Abstimmung mit den übrigen Beteiligten auch weiterhin die Prävention stärken.

Als geeignete Grundlage für eine bundesweite Abstimmung der Präventionsziele und Maßnahmen dienen insbesondere die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (§ 141 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und die Konferenzen der für das Gesundheitswesen, Arbeit und Soziales sowie Umwelt zuständigen Minister und Senatoren der Länder.

#### A. Gesundheitsberichterstattung

1. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über das Ausmaß an vorzeitigen vermeidbaren Todesfällen und vermeidbaren Erkrankungen in der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland?

In der Bundesrepublik Deutschland kann ein erheblicher Zuwachs an Lebenserwartung registriert werden. Als Ursache dafür wird das Zusammenwirken zahlreicher Faktoren angenommen, wie Verbesserungen der Lebensbedingungen der Bevölkerung (z.B. Ernährung, hygienische Maßnahmen, Wohn- und Arbeitsverhältnisse) und der gesundheitlichen Versorgung einschließlich präventiver Maßnahmen wie z.B. Impfungen.

Der Begriff „vermeidbare Sterblichkeit“ ist eine theoretische Konstruktion und bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die bei adäquater Versorgung als vermeidbar gelten. Die als Todesursachen definierten Krankheiten oder Krankheitsgruppen sind entweder erfolgreich medizinisch zu behandeln oder sie können durch gezielte Prävention erst gar nicht entstehen. Die Vermeidbarkeit von Sterbefällen wird nur innerhalb definierter Altersgruppen gesehen (z.B. bis zum 65. Lebensjahr). Dabei ist allerdings zu beachten, daß diejenigen Todesursachen, die aus medizinischen Gründen als vermeidbar angesehen werden, in der Wissenschaft nicht einheitlich definiert sind, so daß Angaben über die Zahl der vermeidbaren Todesfälle unter Umständen erheblich differieren.

Die vermeidbaren Todesursachen können in drei Gruppen eingeteilt werden:

- überwiegend durch kurative Maßnahmen vermeidbar,
- durch kurative und präventive Maßnahmen vermeidbar,
- überwiegend durch präventive Maßnahmen vermeidbar.

Am verlässlichsten sind Aussagen über vermeidbare Todesfälle, die der ersten Gruppe zugehörig sind.

Das Statistische Bundesamt hat in einer Modellrechnung für das Jahr 1991 die Anzahl der vermeidbaren Sterbefälle in der Abgrenzung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und des europaweit durchgeführten Forschungsprojekts „European Community Atlas of Avoidable Death“ ermittelt.

In der Abgrenzung des Sachverständigenrates gab es 1991 insgesamt 138 490 durch kurative Maßnahmen vermeidbare Sterbefälle, weit überwiegend (128 836) aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten. Legt man die Definitionen des „European Community Atlas of

Avoidable Death“ zugrunde, so gab es sogar 466 639 durch kurative Maßnahmen vermeidbare Sterbefälle, davon 311 473 aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Zahl der medizinisch vermeidbaren Sterbefälle in der Gesamtbevölkerung 1991 nach der Abgrenzung des Sachverständigenrates bzw. des European Atlas of Avoidable Death

Todesursachengruppe	Sachverständigenrat 1987	European Atlas of Avoidable Death
Perinatale Sterbefälle	2 101	2 101
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1 146	1 158
Bösartige Neubildungen	3 455	59 959
Krankheiten des Blutes und blutbildender Organe	–	181
Herz-Kreislaufkrankheiten	128 836	311 473
Krankheiten der Atmungsorgane	–	53 792
Krankheiten der Verdauungsorgane	2 880	26 774
Müttersterbefälle	72	72
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	–	146
Nichtnatürliche Sterbefälle	–	10 983
Insgesamt	138 490	466 639

Erkenntnisse über das Ausmaß vermeidbarer Erkrankungen in der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland liegen der Bundesregierung nur für einzelne Krankheiten vor, da eine umfassende Morbiditätsstatistik und auch ausreichend große Surveys für ein differenziertes Gesamtbild fehlen.

Die Immunschwächekrankheit AIDS gehört zu den durch präventive Maßnahmen weitgehend vermeidbaren Infektionskrankheiten. Die Zahl der HIV-Infizierten, noch nicht an AIDS oder seinen Vorstadien Erkrankten, wird in der Bundesrepublik Deutschland aufgrund der Meldungen nach der Laborberichtsverordnung auf ca. 63 000 geschätzt (Stand 3/94).

Zu den sowohl durch präventive als auch durch kurative Maßnahmen vermeidbaren Erkrankungen zählt die Karies. Die Kariesprävalenz, gemessen an der durchschnittlichen Zahl kariöser, durch Karies verlorener oder wegen Karies gefüllter Zähne pro Gebiß, beträgt für die Altersgruppe 35 – 44 Jahre ca. 17,7 befallene Zähne.

Struma-Erkrankungen (Kropf) sind häufig durch Jodmangel bedingt, zählen also ebenfalls zu den vermeidbaren Krankheiten. Studien zufolge liegt die Strumaprävalenz bei 38,5 %.

2. Wie lassen sich diese Erkenntnisse nach Geschlecht, sozialen Schichten, nach Lebenslage-Gruppen, Regionen und wichtigen Krankheiten aufschlüsseln?

Bei Ausschluß aller durch kurative Maßnahmen vermeidbaren Sterbefälle in der Abgrenzung des Sachver-

ständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen würde die Lebenserwartung eines männlichen Neugeborenen in Deutschland um 1,22 Jahre, die einer weiblichen Neugeborenen sogar um 1,63 Jahre zunehmen. Nach derselben Rechnung würden durch den Ausschluß von Kraftfahrzeugunglücken und von Selbstmorden die Lebenserwartung in Deutschland bei männlichen Neugeborenen um 0,97 Jahre, bei weiblichen Neugeborenen um 0,38 Jahre zunehmen.

Die regionalen Veränderungen der Lebenserwartung männlicher und weiblicher Neugeborener in den einzelnen Bundesländern ergeben sich aus den Tabellen 2 und 3.

Eine Aufgliederung der vermeidbaren Todesfälle und Erkrankungen im Hinblick auf andere Kriterien, z.B. Lebenslage-Gruppen, liegt nur für einzelne Krankheiten vor, z.B. für AIDS-Todesfälle und HIV-Infektionen. Die größte Gruppe von AIDS-Erkrankten und HIV-Infizierten sind nach wie vor homosexuelle Männer (knapp 70 %) und Drogenabhängige (ca. 14 %). Der Anteil der durch heterosexuelle Kontakte Infizierten liegt bei ca. 4,5 %. Frauen sind an der Erkrankung zu 9 % beteiligt, an den HIV-Infektionen zu 15 %. Betroffene leben eher in den Großstädten der Bundesrepublik Deutschland als in ländlichen Regionen.

Untersuchungen zur vermeidbaren Sterblichkeit in Rheinland-Pfalz und im Land Berlin lassen erkennen, daß solche vermeidbaren Todesfälle, die vor allem durch kurative Maßnahmen zu beeinflussen sind, den stärksten Rückgang aufweisen. Bis auf einen kontinuierlichen Anstieg von Sterbefällen an Brustkrebs sind alle aufgeführten Diagnosen rückläufig. Die Ursachen für den Anstieg der Brustkrebssterblichkeit sind nicht

völlig geklärt. Ein bedeutender Risikofaktor scheint das Alter der Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes zu sein.

Zu den Todesursachen, die sowohl durch präventive als auch durch kurative Maßnahmen zumindest teilweise vermindert werden können, gehören wichtige Krankheiten wie z. B. koronare Herzkrankheiten, die Hypertonie und der „Schlaganfall“ sowie Hautkrebs.

In den alten Bundesländern läßt sich ein Rückgang der koronaren Herzkrankheiten feststellen, in den neuen Bundesländern dagegen zeichnet sich Ende der 80er Jahre/Anfang der 90er Jahre ein Anstieg der koronaren Sterbefälle (insbesondere bei der männlichen Bevölkerung) ab.

Zu den überwiegend durch präventive Maßnahmen vermeidbaren Sterbefällen bzw. Erkrankungen zählen der Lungenkrebs, die Leberzirrhose und Kraftfahrzeugunfälle. Hier kam es in den 90er Jahren in den neuen Bundesländern bei den Kraftfahrzeugunfällen und auch bei der Leberzirrhose zu einem Anstieg der Sterblichkeit.

Tabelle 2

Veränderung der Lebenserwartung bei Ausschluß vermeidbarer Todesursachen nach Geschlecht und Bundesländern

Region	Zunahme der Lebenserwartung Neugeborener	
	medizinisch vermeidbare Sterbefälle Jahre	Kfz-Unfälle und Selbstmord Jahre
männliche Neugeborene		
Baden-Württemberg	1,206	0,914
Bayern	1,223	1,072
Berlin	1,200	0,779
Brandenburg	1,278	1,587
Bremen	0,939	0,803
Hamburg	0,989	0,743
Hessen	1,226	0,789
Mecklenburg-Vorpommern	1,414	1,757
Niedersachsen	1,092	1,003
Nordrhein-Westfalen	1,138	0,652
Rheinland-Pfalz	1,289	0,916
Saarland	1,281	0,721
Sachsen	1,553	1,437
Sachsen-Anhalt	1,316	1,384
Schleswig-Holstein	0,987	0,824
Thüringen	1,461	1,326
Deutschland	1,225	0,971
Früheres Bundesgebiet	1,163	0,849
Neue Länder und Berlin-Ost	1,419	1,438

Tabelle 3

Region	Zunahme der Lebenserwartung Neugeborener	
	medizinisch vermeidbare Sterbefälle Jahre	Kfz-Unfälle und Selbstmord Jahre
weibliche Neugeborene		
Baden-Württemberg	1,456	0,382
Bayern	1,579	0,406
Berlin	1,663	0,324
Brandenburg	1,894	0,523
Bremen	1,311	0,385
Hamburg	1,206	0,346
Hessen	1,558	0,339
Mecklenburg-Vorpommern	2,310	0,586
Niedersachsen	1,450	0,427
Nordrhein-Westfalen	1,494	0,270
Rheinland-Pfalz	1,670	0,308
Saarland	1,704	0,287
Sachsen	2,176	0,583
Sachsen-Anhalt	2,033	0,583
Schleswig-Holstein	1,415	0,353
Thüringen	1,954	0,523
Deutschland	1,637	0,389
Früheres Bundesgebiet	1,502	0,346
Neue Länder und Berlin-Ost	2,076	0,545

3. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Verteilung typischer Risiken und Risikokonstellationen für die epidemiologisch wichtigen Krankheiten in der Bevölkerung vor?

Als Risiken bzw. Risikokonstellationen für viele häufig vorkommende Volkskrankheiten sind grundsätzlich Bewegungsarmut, Übergewicht, Fehlernährung, Rauchen und Alkoholmißbrauch zu nennen. Für die einzelnen Krankheitsbilder bzw. Krankheiten sind die Risiken sehr unterschiedlich, häufig ist auch eine genetische Komponente beteiligt.

Bei Diabetes mellitus gelten neben der familiären Prädisposition vor allem Adipositas und Bewegungsmangel als Risikofaktoren, bei Krebserkrankungen des Darmes spielt die Ernährungsweise eine wesentliche Rolle, und bei Schilddrüsenerkrankungen gilt Jodmangel als größter Risikofaktor.

Das Risiko für koronare Herzkrankheiten ist in allen Altersstufen, besonders aber bei jüngeren Menschen, für den Mann größer als für die Frau. Hypertonie, ein erhöhter Cholesterinspiegel, Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel und Streß sind die wichtigsten Risi-

komerkmale, die für die Entstehung koronarer Herzkrankheiten verantwortlich gemacht werden können.

Schwerpunkte im Berufskrankheiten-Geschehen sind die Lärmschwerhörigkeit sowie die Erkrankungen der Haut und der Atmungsorgane.

Das allgemeine Krankheitsgeschehen schlägt sich in der Krankheitsartenstatistik nieder. Danach sind die Schwerpunkte im Bereich der Arbeitsunfähigkeit:

- Krankheiten der Atmungsorgane,
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes,
- Krankheiten der Verdauungsorgane,
- Verletzungen und Vergiftungen (Unfälle).

Auf diese Schwerpunkte entfallen ca. 73 % sämtlicher Arbeitsunfähigkeitsfälle bzw. über zwei Drittel der Arbeitsunfähigkeitstage, also der durch Krankheit bedingten Ausfallzeit. In der Ausfallzeit dominieren die länger dauernden Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, hier insbesondere Affektionen des Rückens. Allein die Gesamtgruppe der Skelett- und Muskelerkrankungen verursacht knapp 30 % des Gesamtvolumens der Arbeitsunfähigkeitszeit mit zunehmender Tendenz (siehe auch Antwort auf Frage C.3).

Geschlechtsspezifisch zeigt sich für die Gesamtheit der Krankheitsgruppen bei der Arbeitsunfähigkeit ein leichtes Übergewicht bei den Männern, das sich noch verstärkt, wenn man die Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen Komplikationen bei Schwangerschaft usw. außer acht läßt. Ursächlich für das höhere Arbeitsunfähigkeitsrisiko bei Männern sind insbesondere die Krankheitsgruppen mit den höchsten Ausfallzeiten, nämlich die zunehmenden Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie die Verletzungen und Vergiftungen (Unfälle).

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?

Die Häufigkeit vieler Erkrankungen ist innerhalb der einzelnen Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedlich, was auch durch Erbanlagen und individuelle Lebensverhältnisse mitbedingt ist. Dies haben z. B. die durch die Bundesregierung geförderten Nationalen Gesundheitsurveys gezeigt.

Der subjektive Gesundheitszustand und die persönlich empfundene Beeinträchtigungen bei der Wahrnehmung täglicher Aufgaben sind nach den Ergebnissen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) alters- und schichtabhängig. Personen der unteren sozialen Schicht geben etwa doppelt so häufig einen schlechten Gesundheitszustand wie Personen in der obersten sozialen Schicht an. Die Zuordnung

bezüglich sozialer Schichten erfolgt in diesen Studien nach den Variablen: Einkommen, Bildung, Beruf. Zur unteren Sozialschicht gehören danach etwa 20 % der Männer und 30 % der Frauen.

Die Erklärungsansätze für die Häufigkeitsunterschiede sind vielfältig. Zum einen werden verstärkte Belastungen der unteren Schichten sowohl im allgemeinen Leben als auch in der Berufstätigkeit angenommen, zum anderen kommen verhaltensgebundene Risikofaktoren wie Alkohol- und Tabakkonsum, fehlerhafte Ernährung und geringe oder einseitige körperliche Belastung (hauptsächlich durch den Beruf) hinzu. Ein Teil der Unterschicht ist sozial isoliert und leidet an mangelndem sozialen Support, der Unterstützung durch Verwandte und Freunde. Auch dies gilt als krankmachender Effekt.

Eine unterschiedliche medizinische Versorgung scheidet als Ursache für die Geschlechts- und Sozialdifferenzen aus, weil soziale Barrieren der Zugänglichkeit zum Gesundheitswesen in Deutschland fehlen. In einigen Untersuchungen findet man sogar eine höhere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Patienten der Unterschicht. Dagegen ist der präventive Gang zum Arzt ohne symptomatischen Anlaß in der Mittel- und Oberschicht häufiger verbreitet.

Repräsentative Analysen zur Mortalität in Abhängigkeit von der Sozialschicht wurden in der Bundesrepublik Deutschland bisher nicht durchgeführt. Regionale Analysen zeigen z. B., daß Berliner Stadtbezirke mit unterschiedlicher Sozialstruktur auch eine differenzierte Sterblichkeitsrate besitzen. Auch die Daten von Untersuchungen aus anderen Regionen (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz etc.) lassen darauf schließen, daß es in ganz Deutschland eine sozial differenzierte Sterblichkeit gibt, und zwar in dem Sinne, daß Angehörige der Oberschicht mehr Lebensjahre erwarten können als solche der Unterschicht. Unterschiede in der Lebenserwartung gibt es auch zwischen Ost- und Westdeutschland, Westdeutsche leben – nach den letzten zur Verfügung stehenden Sterbetafeln 1989/1991 – zwischen zwei und drei Jahren länger als Ostdeutsche.

Mit Art und Zahl der Arbeitsbelastungen steigen Multimorbidität und chronische Erkrankungen. Die Gesundheitsbelastungen der Arbeiter sind hierbei größer als die der Angestellten. Auch der Anteil von Frührenten lag absolut wie relativ in der Arbeiterrentenversicherung erheblich über dem Anteil in der Angestelltenversicherung. Bei den Frauen ist der Anteil an Frührenten erheblich niedriger als derjenige der Männer.

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?

Über die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit liegen – auch international – zumeist nur Ergebnisse aus Befragungen der Betroffenen vor. Im

Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (Nationaler Gesundheitssurvey 1984–1986) waren von 15 737 befragten Menschen im Alter zwischen 25–69 Jahren 569 Personen, die zum Erhebungszeitpunkt als arbeitslos gemeldet waren. Sie gaben häufiger als Voll- und Teilzeitbeschäftigte an, unter Beschwerden wie z. B. Verdauungsstörungen, Atemwegserkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen, verbunden mit Bettlägerigkeit zu leiden. Daten aus dem Sozio-Ökonomischen Panel der Jahre 1984–1988 zeigen bei Arbeitslosen für die dort gewählten Gesundheitsindikatoren Gesundheitszufriedenheit, durch Kranksein bedingte Behinderung bei der Erfüllung von Alltagsaufgaben, längere oder chronische Beschwerden oder Krankheiten schlechtere Werte als bei Erwerbstätigen.

Die Frage, ob eine Erkrankung zur Arbeitslosigkeit geführt hat (Selektions-Hypothese) oder ob Arbeitslosigkeit die Ursache von Kranksein ist (Kausations-Hypothese), wird uneinheitlich beantwortet. Die Ergebnisse der o.g. Untersuchung sprechen dafür, daß

Personen, die arbeitslos werden, bereits primär gesundheitlich eingeschränkter sind und daß Personen, die gesünder sind, eher eine Wiederbeschäftigung erreichen.

Analysen der Betriebskrankenkassen ergaben, daß Frauen nicht häufiger oder länger krank sind als Männer, sondern daß Krankschreibungen mit geschlechtsspezifischen Beanspruchungen, mit der Qualifikation am Arbeitsplatz und natürlich mit den verschiedenen körperlichen Besonderheiten (Krankheiten des Urogenitaltraktes) zusammenhängen (siehe auch Antwort auf Frage A.3).

Detaillierte und jährlich verfügbare Angaben über den Gesundheitszustand von Sozialhilfeempfängern liegen aus der amtlichen Statistik nicht vor. Lediglich im Rahmen des Mikrozensus wird in einem dreijährigen Turnus an den Kreis der Erhebungsteilnehmer die Frage gestellt, ob in den letzten Wochen vor der Befragung eine Erkrankung oder Unfallverletzung vorlag. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4

Gesundheitszustand der Bevölkerung nach Geschlecht und überwiegendem Lebensunterhalt im Mai 1992

Deutschland

Anteil kranker und unfallverletzter Personen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe						
überwiegender Lebensunterhalt	männlich		weiblich		insgesamt	
	krank	Unfall	krank	Unfall	krank	Unfall
Erwerbstätigkeit/Berufstätigkeit	7,0	2,0	7,9	1,1	7,3	1,6
Arbeitslosengeld/-hilfe	11,5	2,2	9,7	1,0	10,5	1,6
Rente/Pension	22,6	1,2	23,6	1,5	23,2	1,5
Unterhalt durch Eltern/ Ehepartner usw.	5,7	1,0	7,2	0,7	6,7	0,8
Eigenes Vermögen	21,8	–	18,3	–	20,1	–
Sozialhilfe	13,4	2,6	17,7	–	15,8	1,8
Sonstige Unterstützung	9,2	1,4	7,9	–	8,6	1,2
Insgesamt	9,4	1,6	11,2	1,0	10,4	1,3

Bei ausländischen Kindern ist die höhere Rate der Totgeburtlichkeit auffällig. Von 1 000 Kindern wurden 1991 4,6 ausländische gegenüber 3,2 deutschen Kindern tot geboren. Die Säuglingssterblichkeit ausländischer Kinder hat sich in den letzten Jahren weitgehend dem Stand der deutschen Kinder angenähert. Ausländische Kinder erkranken häufiger an Infektionskrankheiten, wobei die Tuberkuloserate besonders hoch ist. Von den 1992 an Tuberkulose erkrankten Kindern zwischen einem und fünf Jahren waren die Hälfte ausländische Kinder. Auffällig ist auch, daß ausländische Kinder häufiger Opfer von Unfällen, vor allem Verkehrsunfällen, sind. Die Müttersterblichkeit ist bei ausländischen Frauen dreimal so hoch.

Ein Vergleich der Mortalitätsstatistik (1992) ergibt, daß Migrantinnen und Migranten häufiger an Infektions-

krankheiten, an Komplikationen während der Schwangerschaft und im Wochenbett, an Verletzungen und Vergiftungen sowie an (Verkehrs-)Unfällen sterben. Sie sterben seltener an Diabetes mellitus und Herz-Kreislaufferkrankungen (siehe Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland 1993).

Über den Gesundheitszustand der ausländischen Senioren gibt die Antwort auf die Große Anfrage „Situation ausländischer Rentner und Senioren in der Bundesrepublik Deutschland“ – BT-Drucksache 12/5796 – Auskunft.

Über den Gesundheitszustand von Obdachlosen liegen der Bundesregierung keine epidemiologischen Studien vor.

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?

Die Maßnahmen der Bundesregierung in der Gesetzgebung der Arbeitsmarkt-, Sozial- und Wohnungspolitik verfolgen grundsätzlich auch das Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und die Lebensbedingungen zu verbessern. Soweit gesundheitliche Folgen absehbar und epidemiologisch abschätzbar sind, werden diese bei der Ausarbeitung von Gesetzesvorschlägen berücksichtigt.

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?

Das Forschungsprojekt „Aufbau eines Systems einer Gesundheitsberichterstattung“ befindet sich am Beginn der Hauptphase, die 1997 abgeschlossen sein wird. Nach derzeitiger Planung entstehen als Ergebnisse: ein Basisbericht, zwei exemplarische Spezialberichte, Tabellenbände und eine Datenhaltung mit einer Benutzerschnittstelle als „Informations- und Dokumentationszentrum Gesundheitsdaten (IDG)“ im Statistischen Bundesamt. Diese Ergebnisse werden voraussichtlich Mitte 1997 vorliegen.

8. In welcher Form werden die Gesundheitsberichte die Probleme sozial ungleich verteilter Gesundheits- und Lebenschancen enthalten?

Nach der vorliegenden Konzeption soll der Basisbericht auch Probleme sozial ungleich verteilter Gesundheits- und Lebenschancen ansprechen. So werden vier Kapitel des Basisberichts auf Risikomerkmale der sozialen Lage – wie Einkommensverhältnisse, Bildung, Wohnungssituation und Arbeitslosigkeit – eingehen. Die Berichtersteller der einzelnen Kapitel des Basisberichts sollen auch soziale Aspekte bei der Beschreibung der gesundheitlichen Lage beim Gesundheitsverhalten, bei Gesundheitsrisiken und Krankheiten berücksichtigen.

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?

Die Konzeption des Gesundheitsberichtes sieht zwei Kapitel zu den Risikomerkmale der Arbeitswelt und

ihren Folgen, drei Kapitel zu Risikomerkmale der physischen Umwelt sowie fünf Kapitel zu den gesundheitsbeeinflussenden Lebensweisen vor. Alle Daten sollen nach Geschlecht, Alter und Region untergliedert werden. Mit Hilfe von Leitindikatoren sollen regionale und möglichst auch internationale Vergleichsmöglichkeiten aufgebaut werden.

10. Werden die Gesundheitsberichte die Aktivitäten der verschiedenen gesellschaftlichen Bereiche (z. B. Bildungswesen, private Unternehmen, Gebietskörperschaften) zur Prävention und Gesundheitsförderung ausweisen und bewerten?

Die Konzeption des Gesundheitsberichtes des Bundes geht an den verschiedensten Stellen auf die Querschnittsthemen Prävention und Gesundheitsförderung ein, so sind z. B. Unterkapitel zur Vorsorge und zur Früherkennung sowie ein Kapitel Gesundheitsschutz mit den Unterkapiteln Laien- und Selbsthilfe, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitsschutz vorgesehen. Im Berichtsteil Krankheiten ist durchgängig jeweils auch auf die Prävention einzugehen. Die Konzeption sieht vor, daß Aktivitäten im Hinblick darauf behandelt werden sollen, was sie zur Prävention und Gesundheitsförderung beitragen. Die Institution oder Gruppe, die präventive Maßnahmen anbietet, wird nur ein Nebenaspekt sein. Auf der Ebene der Spezialberichte sind u. a. auch eigens konzipierte Forschungsprojekte zu diesem Aspekt denkbar.

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?

Das Studienhandbuch „Basisbericht für den Aufbau der Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ sieht vor, die Prävention und Gesundheitsförderung jeweils in den einzelnen Kapiteln des Basisberichtes unter den Hauptaspekten „Leistungen“, „Einrichtungen“ und „Erwerbstätigkeit“ zu behandeln. Dabei werden unter dem Hauptgliederungspunkt „Leistungen“ (präventiv und kurativ) ausdrücklich auch Fragen der Qualitätssicherung und insbesondere der Prozeßqualität angesprochen. Im Teil 7 „Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens“ des Basisberichtes sind ebenfalls Aspekte der Qualitätssicherung zu Themen wie Gesundheitsschutz, Vorsorge oder Früherkennung vorgesehen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, bezüglich Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung einen Spezialbericht in Auftrag zu geben, so daß für das Anliegen einer öffentlichen Diskussion genügend Spielraum zur Verfügung stehen wird.

12. Welche Aktivitäten unternimmt bzw. welche Absichten verfolgt die Bundesregierung, um Gesundheitsberichte als Instrumente demokratisch legitimer 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?

Eine Bundesgesundheitsberichterstattung dient allen Beteiligten unseres pluralistischen Gesundheitssystems. Sie bildet die Grundlage für die Festlegung gesundheitspolitischer Entscheidungen.

Eine qualitativ hochentwickelte Gesundheitsberichterstattung wird durch ihre Informationen für Bund, Länder, Kommunen und andere Institutionen auch eine wichtige Entscheidungshilfe bei der Steuerung etwaiger Interventionen – bzw. bei der Entscheidung, ob Interventionen notwendig sind – sowie für die Qualitätssicherung sein.

Eine Gesundheitsberichterstattung des Bundes kann die Gesundheitsberichterstattungen von Ländern, Gemeinden und Betrieb ergänzen. Die weitreichende Zuständigkeit der Länder im Gesundheitswesen bedingt, daß eine eigene Ländergesundheitsberichterstattung stets erforderlich bleiben wird.

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?

Eine Gesundheitsberichterstattung des Bundes soll ihre Arbeitsergebnisse nach den derzeitigen Planungen alle drei Jahre in Form von Bundesgesundheitsberichten und Spezialberichten zu Schwerpunktthemen der Öffentlichkeit zugänglich machen. Es wird eine Berichtsform angestrebt, die für einen möglichst breiten Nutzerkreis geeignet ist.

Ebenso wichtig wie die veröffentlichten Berichte ist die Bereitstellung von Daten in möglichst standardisierter Form. Dadurch soll einem breiten Kreis von Nutzern der aktuelle Datenzugang für Zwecke der selbständigen Analyse für die jeweiligen eigenen Aufgaben ermöglicht werden. Diese Datenbereitstellung soll nach der jetzigen Konzeption beim Statistischen Bundesamt erfolgen.

#### 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?

Ziel der Gesundheitspolitik der Bundesregierung ist es, die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger zu fördern und zu erhalten bzw. im Krankheitsfalle wiederherzustellen. Prävention ist dabei ein wesentlicher Leitge-

danke der Gesundheitspolitik der Bundesregierung, der in vielen Bereichen in den letzten Jahren zunehmend in den Vordergrund gestellt wurde. Beispielhaft sei hier das Programm der Bundesregierung „Gesundheitsforschung 2000“ genannt, dem die Verbesserung der Prävention und der Gesundheitsförderung als vorrangiges Ziel vorgegeben ist. Prävention in der Vielschichtigkeit ihrer definitorischen und praktischen Bedeutung – von Gesundheitsvorsorge und -förderung über Früherkennung, Bewältigung von Krankheiten bis zur Rehabilitation – kann nicht durch ein einziges Programm oder Konzept erfaßt werden. Sie wurde daher als Querschnittsaufgabe durch die Bundesregierung in den letzten Jahren in vielen Bereichen verstärkt und verankert. Dies wird auch in der Zukunft gelten. Abgesehen von diesem pragmatischen Ansatz scheitert die der Fragestellung zugrundeliegende Ideologie der Vorstellung von zentralen und alle Bereiche erfassenden Präventionsprogrammen auch an der durch das Grundgesetz vorgegebenen Aufgabenverteilung.

Die grundsätzliche Ausrichtung ihrer Präventionspolitik hat die Bundesregierung unter anderem bereits 1985 in ihrer Antwort auf die Große Anfrage „Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung“ (BT-Drucksache 10/3374) dargelegt. Die Bundesregierung hat in ihrer Präventionspolitik klare Schwerpunkte gesetzt und verfügt in diesen Bereichen über leistungsfähige Programme und Konzepte. Beispielhaft seien hier der nationale Rauschgiftbekämpfungsplan, das AIDS-Bekämpfungsprogramm, das Aktionsprogramm zur Förderung des Nichtraucherens, das Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung und der Ausbau der Gesundheitsvorsorge im Bereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannt.

Diesen pragmatischen und darüber hinaus an einer föderalistischen Staatsstruktur orientierten Ansatz verfolgt im übrigen auch die in der Fragestellung erwähnte Präventionspolitik der USA. Allen in der Monographie „Healthy People – National Health Promotion and Disease Prevention Objectives“ dargelegten Bereichen widmet sich auch die Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Für die notwendige konzeptionelle und strukturelle Weiterentwicklung wird die von der Bundesregierung vorbereitete Gesundheitsberichterstattung des Bundes sorgen. Einen aktuellen Sachstand vieler Maßnahmen der Bundesregierung auf dem Gebiet der Prävention gibt die 1993 veröffentlichte Publikation des Bundesministeriums für Gesundheit „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge“.

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?

Die Bundesregierung betreibt eine zielorientierte Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik in Deutschland

auch im präventiven Bereich. Die Präventionspolitik der Bundesregierung ist ursachen- und lebensweisenorientiert. Sie setzt sowohl an gesundheitsriskanten Verhältnissen als auch an gesundheitsriskanten Verhaltensweisen an bzw. ist an den jeweiligen protektiven Faktoren ausgerichtet. Die Bundesregierung verfolgt dabei die Zielsetzung, im Rahmen ihrer Zuständigkeit sowohl strukturelle Verbesserungen des Gesundheitsschutzes für die Bevölkerung durch Maßnahmen der Verhältnisprävention zu erreichen als auch gleichermaßen die von ihr initiierten Maßnahmen zur Verhaltensprävention zu optimieren und auszubauen.

Die Gesundheitspolitik der Bundesregierung geht davon aus, daß Gesundheit Körper, Seele und Geist des Menschen betrifft und von seinen Sozial- und Umweltbezügen abhängig ist. Deshalb wird Gesundheit als eine zugleich private und öffentliche Aufgabe gesehen. Staatliche Gesundheitsschutzmaßnahmen, öffentliche Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung und die individuelle Eigenverantwortung des Bürgers für seine Gesundheit müssen zusammenwirken. Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung können nur dann Erfolge zeitigen, wenn sie bürger- und gemeindenah ansetzen. Dazu ist es notwendig, daß die durch die Bundesregierung durchgeführten Maßnahmen im Zusammenwirken mit Ländern, Krankenkassen, Verbänden, Selbsthilfeeinrichtungen und anderen Institutionen erfolgen. Dem trägt die Bundesregierung in den entsprechenden Konzeptionen zu den einzelnen Themenbereichen Rechnung. (siehe auch Antworten auf die Fragen B.3 und B.4). Entwickelt und durchgeführt werden die Maßnahmen der Bundesregierung durch bundeseigene Institutionen wie z.B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, durch freie Institutionen sowie durch Initiativen auf der Grundlage von Forschungs- und Modellprogrammausschreibungen.

Soweit die gesetzlichen Krankenkassen betroffen sind, geschieht die Umsetzung im gesetzlichen Rahmen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Die präventiven Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Verhältnis zu den kurativen Leistungsanteilen im Zeitraum von 1985 bis 1993 besser ausgestaltet und in der Leistungsintensität gesteigert worden. So wurden 1989 im SGB V die Leistungsansprüche der Versicherten erweitert und präzisiert. Von den im § 11 Abs. 1 genannten fünf Leistungsbereichen der Krankenkassen sind drei der Prävention zuzuordnen:

- die Leistungen zur Förderung der Gesundheit nach § 20 SGB V,
- Leistungen zur Verhütung von Krankheiten nach den §§ 21 bis 24 SGB V,
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26.

Strategien zur Minderung von Risiken und zur Förderung individueller und sozialer Ressourcen werden von seiten der Bundesregierung mit den Ländern und den in diesem Bereich tätigen Institutionen regelmäßig beraten und weiterentwickelt. Darüber hinaus wurden und werden eine Vielzahl von Modellen zur Weiterent-

wicklung der strukturellen, organisatorischen und inhaltlichen Ausgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des SGB V auch von der Bundesregierung gefördert.

Die Krankenkassen entwickeln und führen im Rahmen des gesetzlichen Auftrages in eigener Verantwortung eine Fülle von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch. Die Bundesregierung rechnet damit, daß die Krankenkassen die Maßnahmen auch zukünftig in einem ihrer Bedeutung angemessenen Umfang weiterführen und ausdehnen werden.

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?

Die Risikofaktoren Rauchen, falsche bzw. zu fettreiche und zu üppige Ernährung mit der Folge von Übergewicht und zu hohem Cholesterinspiegel, Bewegungsmangel sowie schlecht bewältigter Streß sind für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch für eine Vielzahl anderer Erkrankungen von Bedeutung.

Die Reduzierung dieser Risikofaktoren steht daher im Zentrum vieler Präventionsstrategien, auch solcher, welche die Bundesregierung z.B. im Rahmen der Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchführen läßt.

Die mit Bundesmitteln durchgeführte Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) hat gezeigt, daß durch einen gemeindebezogenen Interventionsansatz das Risikoprofil für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen signifikant gesenkt werden kann, wenn gleich dies nicht für alle Risikofaktoren in gleichem Maße gelungen ist. Die Umsetzung der Erkenntnisse aus der DHP und diesbezüglichen internationalen Untersuchungen ist nicht prioritäre Aufgabe des Bundes (siehe auch Antwort auf Frage B.2). Die Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten der DHP sollen daher allen Institutionen unseres Gesundheitswesens und Interessenten zugänglich gemacht werden. Ein Handbuch liegt bereits vor. Zudem entwickelt die BZgA derzeit eine Transferkonzeption, mit deren Hilfe die Präventionsempfehlungen der DHP – ggf. auch geschlechtsspezifisch – umgesetzt werden können.

Bezüglich der genannten Risikofaktoren hat die BZgA zahlreiche Aufklärungskonzepte entwickelt und Maßnahmen durchgeführt, bei denen auch die Stärkung der individuellen Kommunikations-, Konflikt- und Handlungsfähigkeit vorgesehen ist. Zur Verbesserung des Umgangs mit alltäglichen Belastungen dient z.B. das von ihr entwickelte verhaltenstherapeutisch orientierte Trainingsprogramm „Gelassen und sicher im Streß“.

Auf die „Verursachungsfaktoren in den Arbeitsbedingungen und Freizeitangeboten“ wird die Bundesregierung dahin gehend Einfluß nehmen, daß sie die Forschung zur Entdeckung von Verursachungsfaktoren fördert. Für die Umsetzung ist die Bundesregierung nur in Teilbereichen (z. B. Arbeitsschutz-Vorschriften) zuständig (siehe Antwort auf die Frage C.5).

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?

Die Konzeption der Bundesregierung in bezug auf die Prävention von Krebserkrankungen wie auch von anderen Krankheiten und Risikofaktoren ist so angelegt, daß sie auf der Basis epidemiologischer und anderer wissenschaftlicher Erkenntnisse Strategien für Präventionsmaßnahmen erarbeiten und diese dann modellhaft erproben läßt.

Risikofaktoren, die durch das Verhalten beeinflussbar sind – bei denen Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung also große Bedeutung haben –, sind für die Krebsentstehung in erster Linie das Rauchen, des weiteren eine übermäßige UV-Strahlenexposition, insbesondere in der Kindheit, sowie eine zu fettreiche, ballaststoff- und vitaminarme Ernährung.

Das unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit in Deutschland durchgeführte „Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung“ ist in verschiedenen Arbeitsgruppen auch mit der Prävention befaßt, insbesondere die Arbeitsgruppen „Gesundheitliche Aufklärung“, „Krebsgefährdung durch Rauchen“, „Ernährung“, „Krebserzeugende Umwelteinflüsse“ und „Krebsgefährdung am Arbeitsplatz“. Das Programm der Europäischen Union „Europa gegen den Krebs“ mit seinen insbesondere auf Prävention ausgerichteten Aktivitäten wird ebenfalls im Rahmen des Gesamtprogramms betreut.

Beispielhaft für die Tätigkeit der Arbeitsgruppen seien angeführt:

- die Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Ernährung“ zur Krebsvorbeugung durch Ernährung, kürzlich ergänzt durch Empfehlungen für die ausreichende Zufuhr von Vitaminen zur Krebsprophylaxe,
- die Initiierung und Begleitung des Projektes zur Krebsprävention an Schulen, das mit den Schwerpunkten Nichtrauchen und Ernährung in vier Bundesländern durchgeführt und aus Mitteln des Programms „Europa gegen den Krebs“ gefördert wird,
- die Unterstützung der Aktion zur Prävention des Hautkrebses der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Eine Unterrichtung und Kooperation der Arbeitsgruppen untereinander ist angestrebt, so daß eine gegenseitige Einflußnahme möglich ist. Daneben ist es

erklärtes Ziel des Gesamtprogramms, ebenso andere Institutionen und Organisationen zu Maßnahmen der Krebsbekämpfung zu veranlassen. So hat die Deutsche Krebsgesellschaft, ausgehend von den Erkenntnissen in den Arbeitsgruppen „Krebsgefährdung am Arbeitsplatz“ und „Gesundheitliche Aufklärung“, eine Kommission Prävention eingerichtet, zu der eine Arbeitsgruppe „Prävention beruflich verursachter Krebserkrankungen“ gehört.

Zur Umsetzung neuer Erkenntnisse steht im Bereich der Arbeitswelt das ständig weiterentwickelte und aktualisierte System der Arbeitsschutzvorschriften und -regelwerke zur Verfügung, hier insbesondere:

- das Chemikaliengesetz und die darauf gestützte Gefahrstoffverordnung in Verbindung mit Technischen Regeln (TRGS), mit Verboten bzw. Verwendungsbeschränkungen für krebserzeugende Gefahrstoffe sowie die Chemikalien-Verbotsverordnung,
- die Röntgenverordnung sowie
- der Katalog arbeitsmedizinischer Vorsorge zur Sekundärprävention mit dem speziellen berufsgenossenschaftlichen Grundsatz G 40 „Krebserzeugende Gefahrstoffe“,
- Regelungen im Rahmen der EU (siehe Antwort auf Frage C.7).

Eine Förderung des Nichtrauchens ist im wesentlichen durch eine entsprechende Einstellung des Menschen zu erreichen. Daher legt die Bundesregierung den Schwerpunkt ihrer Maßnahmen auf die gesundheitliche Aufklärung. Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführten Maßnahmen sind im wesentlichen Beiträge zur Verhaltensprävention, die auf individuelle Einstellungen und Verhaltensweisen Einfluß nehmen. Mit dem Ansatz, das „gesellschaftliche Klima“ in Richtung „Nichtrauchen“ zu verändern, wird auch ein wichtiger Beitrag zur Verhältnisprävention geleistet, denn individuelle Handlungsweisen werden immer auch von gesellschaftlich dominanten Verhaltensweisen und -normen beeinflusst. Die öffentliche Kommunikation der BZgA, die Nichtrauchen als einen positiven Lebensstil propagiert und auf konkrete Handlungsalternativen hinweist, stützt damit auch den einzelnen in seinem Bestreben, Nichtraucher zu werden bzw. zu bleiben.

Neben diesem kommunikativen Beitrag zur Verhältnisprävention fördert die BZgA durch ihre Materialien für unterschiedliche Praxisfelder (z. B. Handbuch „Erlebnispädagogik in der Jugendarbeit“, Medienpaket „Rauchzeichen“) Ansätze ursachenorientierter Prävention, indem sie Empfehlungen ausspricht und Handlungsanleitungen gibt, wie das Rauchen auch durch eine Veränderung der umweltbedingten Faktoren beeinflusst werden kann. Die konkrete Realisierung solcher Vorschläge, z. B. Abbau von arbeitsbedingtem Streß oder die Einrichtung von Nichtraucherzonen und Raucherzimmern in Betrieben liegt jedoch weitgehend in der Verantwortung der jeweils zuständigen Institutionen.

Seit 1971 ist das gesetzliche Krebsfrüherkennungsprogramm kontinuierlich erweitert worden. Derzeit umfaßt das Programm die Früherkennung von bösartigen Geschwülsten des Dickdarms, des Mastdarms, der Haut, der äußeren Genitale, bei Frauen zusätzlich des Gebärmutterhalses und der Brustdrüsen, bei Männern zusätzlich der Prostata. Ein gutes Beispiel für den Erfolg des Krebsfrüherkennungsprogramms stellen die Ergebnisse der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses dar. Seit Einführung nehmen die Sterberaten an Gebärmutterhalskrebs kontinuierlich ab. Die Vertragspartner in der ambulanten Versorgung passen gemeinsam im Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 SGB V die Richtlinien zur Früherkennung von Krebserkrankungen dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft an. Die Bundesregierung unterstützt sie dabei durch Förderung von Studien und Modellvorhaben, wie z. B. der Deutschen Mammographie-Studie.

Es ist bekannt, daß Faktoren des Lebensstils durch andere Einflüsse in ihrer schädigenden Wirkung verstärkt werden können, wie z. B. Rauchen und Asbest. Von daher kann sich Krebsprävention nicht allein auf Verhaltensänderung beziehen, sondern muß auch um die Erkennung und Ausschaltung, zumindest Minimierung anderer Einflüsse bemüht sein. Legt man die international anerkannte Abschätzung der verschiedenen Krebsursachen in den modernen Industriestaaten zugrunde (Doll und Peto 1981), kann z. B. der durch berufliche Faktoren verursachte Anteil der Krebsmortalität auf ca. 4 % geschätzt werden. Hinsichtlich des Zusammenwirkens mehrerer Faktoren, die zu einer Krebserkrankung führen können, besteht allerdings noch erheblicher Erkenntnisbedarf. Um die hierfür notwendige Datenlage zu verbessern, strebt die Bundesregierung per Gesetz die bundesweite Registrierung aller Krebserkrankungsfälle an.

5. Welche Konzepte und Programme verfolgt die Bundesregierung im Hinblick auf die Prävention chronischer muskulo-skeletaler 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?

Die Häufigkeit der Muskel- und Skeletterkrankungen hat seit Jahren zugenommen, z. Z. liegt ihr Anteil z. B. an der gesamten krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit bei etwa 30 %. Die Bundesregierung trägt dem Rechnung mit zahlreichen auf Prävention ausgerichteten Maßnahmen, Projekten und Programmen in den Bereichen Forschung, Lebens- und Arbeitswelt sowie Rechtssetzung.

Die Erkenntnisse über die Ursachen der chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates sind unzureichend, deshalb liegt die Forschungsförderung der Bundesregierung insbesondere auf dem Gebiet der Ursachen und Entstehungsmechanismen dieser Erkrankungen. Da viele Erkrankungen des Bewegungsapparates einen engen Bezug zur Arbeitstätigkeit haben, wird

auch nach Zusammenhängen mit der beruflichen Tätigkeit geforscht. Das Ziel ist zunächst, die Beziehungen zwischen Belastung, Beanspruchung und Erkrankung zu ermitteln und Risikofaktoren aufzudeckeln.

Umgesetzt werden die wissenschaftlichen Erkenntnisse u. a. durch Maßnahmen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Fortbildungsveranstaltungen und Seminare für Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte; Ausarbeitung spezifischer Schulungsprogramme für Arbeitnehmer u. a. m.).

Maßnahmen der Prävention vieler Erkrankungen des Bewegungsapparates haben auch Eingang in die Rechtssetzungsvorhaben „Arbeitsschutzrahmengesetz“ und „Lastenhandhabungs-Verordnung“ gefunden.

Im Rahmen der Präventionsprogramme der Krankenkassen nimmt die Prävention chronischer Muskel- und Skeletterkrankungen einen breiten Raum ein. Es wird eine Vielzahl von Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention angeboten. Auch hier unterstützt die Bundesregierung die Weiterentwicklung und Erprobung neuer Strategien durch Modellmaßnahmen.

Besonderes Augenmerk gilt derzeit der Prävention der Osteoporose. Hier ist bekannt, daß neben der genetischen Disposition eine nicht ausreichende körperliche Betätigung sowie Ernährungsfehler bereits im Kindes- und Jugendalter mitentscheidend sind, ob und wie ausgeprägt im Alter sich eine Osteoporose manifestiert. Auch mit fortschreitendem Alter bleiben diese Faktoren von großer Bedeutung. Auf einer Tagung im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes im Februar 1994 haben sich Experten und Vertreter vieler zuständiger Institutionen und Organisationen verabredet, an einem Präventionskonzept gegen die Osteoporose mitzuwirken.

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?

Die Bundesregierung läßt bereits seit langem in vielen Bereichen die von ihr veranlaßten Präventionsmaßnahmen evaluieren und zieht die Evaluationsergebnisse zur kontinuierlichen Überprüfung und Verbesserung der einzelnen Maßnahmen heran.

Die Effizienz und Effektivität von gesundheitlichen Aufklärungsmaßnahmen wird durch Evaluationsstudien überprüft, die einerseits die Planmäßigkeit der Durchführung, die Zielgruppengenauigkeit, die Ak-

zeptanz in der Zielgruppe sowie die Qualität der Medien untersuchen und andererseits die Effekte, die eine Maßnahme auf das Gesundheitswissen, die Einstellungen, das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Zielgruppe hatte.

Auf der Grundlage der mit Hilfe von unterschiedlichen Studien erhobenen Daten werden die Maßnahmen überprüft, verbessert und weiterentwickelt. Außerdem werden die Evaluationsergebnisse für ökonomische Analysen verwendet, z. B. zur Überprüfung der Streueffizienz von Medien oder zur Berechnung der Kosten pro Nichtraucher im Rahmen des Raucherentwöhnungsprogramms der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Nichtraucher in zehn Wochen“ (siehe auch Antwort auf Frage E.7).

Da jedoch der Nutzen einer Maßnahme in der Regel erst mit zeitlicher Verzögerung eintritt, sind eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge sowie eine eindeutige Zuordnung von Kosten und Nutzen schwierig. Allerdings darf eine rein monetäre Bewertung von Präventionsmaßnahmen nicht die alleinige Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen sein. Für die Bundesregierung steht bei der Prävention in erster Linie die Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung im Vordergrund. Zur Bewertung dieses Faktors fehlen z. Z. jedoch geeignete Indikatoren.

Die Bundesregierung sieht ein Kriterium für die Effizienz einer von ihr veranlaßten Präventionsmaßnahme z. B. auch darin, ob Modellprojekte oder modellhaft erprobte Maßnahmen nach Auslaufen der Bundesförderung durch Länder, Kommunen, die Leistungsträger der Sozialversicherung oder freie Träger weitergeführt werden. Hier kann die Bundesregierung auf erfolgreiche Beispiele verweisen, z. B. auf die Fortführung der von den AIDS- und Drogen-Modellprogrammen aufgebauten Beratungs- und Betreuungsangebote, die erfolgreiche Umsetzung von Diabetiker-Schulungsmodellen u. a.

Als Beispiel für eine wissenschaftlich fundierte Evaluation von Präventivmaßnahmen ist die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) zu nennen. Anhand eines detaillierten Evaluationskonzepts wurden die Auswirkungen der eingesetzten Interventionsmaßnahmen sowohl im Hinblick auf die Reduktion der Ausprägung der Risikofaktoren und auf die strukturellen Auswirkungen als auch hinsichtlich der Mortalität überprüft. Es konnte gezeigt werden, daß es durch die Etablierung eines umfassenden Präventionsprogrammes auf Gemeindeebene möglich ist, das Auftreten kardiovaskulärer Risikofaktoren zu reduzieren (siehe auch Antwort auf Frage B.3).

Die von den Krankenkassen für den Bereich der Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu ausgewählten Schwerpunkten entwickelten Qualitätskriterien basieren auf wissenschaftlichen Ergebnissen zahlreicher u. a. auch von der Bundesregierung geförderter Studien und Modellvorhaben und auf praktischen Erfahrungen der Leistungsträger. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Qualitätssicherung in einem so heterogenen Feld wie der Gesundheitsförderung

erhebliche inhaltliche und methodische Probleme aufwirft und sich noch in den Anfängen befindet.

Derzeit wird von der Bundesregierung eine Studie zur Erfassung des Leistungsspektrums und der Qualität sowie der Inanspruchnahme der Präventionsangebote der Gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20 SGB V gefördert (siehe auch Antwort auf Frage F.10).

Einen Ansatz zur Verbesserung der Effektivität von Präventionsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Kosten sieht die Bundesregierung darin, insbesondere Maßnahmen zu initiieren und zu fördern, durch die entweder mehrere verschiedene Gesundheitsprobleme beeinflußt werden (z. B. Kampagnen zur Reduzierung des Drogen-, Alkohol- oder Tabakkonsums oder zur Bekämpfung der Adipositas) oder andererseits Maßnahmen, die monokausale Krankheiten wie Karies oder Jodmangel bekämpfen. In beiden Fällen sind die gesundheitlichen Kosten sehr hoch. Deshalb und aufgrund der Häufigkeit der genannten Risiken und damit verbundenen Erkrankungen mißt die Bundesregierung Maßnahmen zur Reduzierung dieser Risiken hohe Priorität zu.

Die Bundesregierung wird in Zukunft verstärkt den Ansatz verfolgen, in der Präventionspolitik gesundheitsbezogene Ungleichheiten zu vermindern. Dies soll dadurch erreicht werden, daß der Schwerpunkt bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen auf gesundheitlich besonders exponierte Risikogruppen gelegt wird, vor allem Jugendliche mit abgebrochener Ausbildung, junge Arbeitslose, unverheiratete Mütter mit Kleinkindern, Berufstätige mit hohen Arbeitsbelastungen sowie alleinstehende, isoliert lebende Menschen in der Altersgruppe ab 70. Als erfolgreiche Beispiele von zielgruppengenaue Maßnahmen seien das Bundesmodell „Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter“ oder das „Booster-Programm“ mit niedrigschwelligen Angeboten für Drogenabhängige genannt.

Die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Sachstandsbericht 1994 „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000“ aufgestellten Kriterien für effektive und effiziente Präventionsmaßnahmen werden von der Bundesregierung derzeit geprüft. Danach sollte

- die zu vermeidende Gesundheitsstörung relativ häufig in der Bevölkerung vorkommen,
- die Prävention medizinisch relevant sein,
- die Prävention volkswirtschaftlich bedeutsam sein,
- die Prävention der Krankheit zuverlässig vorbeugen können,
- die Prävention in einer angemessenen Mittel-Zweck-Relation zwischen Anwendung und vorgesehenen Maßnahmen durchgeführt werden können,
- die Prävention ohne unvertretbares Risiko durchführbar sein,
- die Prävention regelmäßig auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.

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?

Das Bundesinstitut für berufliche Bildung (BiBB) hat in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) 1979, 1985/86 und 1991/92 breit angelegte Erhebungen über die Erwerbstätigen der Bundesrepublik Deutschland, ihr Qualifikationsprofil und ihre Arbeitsbedingungen durchgeführt. Darin wurden u. a. auch Arbeitsbelastungen an bestimmten Arbeitsplätzen untersucht: Jeweils knapp ein Drittel der Erwerbstätigen in der Bundesrepublik Deutschland arbeitet regelmäßig oder häufig unter Lärm, ungünstigen klimatischen Bedingungen (Hitze, Nässe, Kälte oder Zugluft) oder hat häufig bzw. regelmäßig schwere Lasten (von mehr als 20 kg) zu heben oder zu tragen. In Wechselschicht arbeiten 19 % aller Beschäftigten, häufige oder regelmäßige Nachtarbeit fällt bei 12 % an.

Für das Gebiet der alten Bundesländer hat die Verlaufsbeobachtung gezeigt, daß mehrheitlich die Belastungen gemäß der Häufigkeit ihrer Nennungen zugenommen haben. Bei Arbeit unter Lärm ist bei der Erhebung 1991/92 ein leichter Rückgang zu vermerken. Hinsichtlich der Arbeiten, bei denen Rauch, Staub, Gase und Dämpfe vorkommen, stagniert in den beiden letzten Erhebungen die Anzahl der Nennungen. Beim Heben und Tragen von Lasten zeigte sich ein Anstieg von 17 über 23 auf 27 %. Auch der Anteil der Arbeitsplätze, bei denen mit gefährlichen Stoffen umgegangen wird, stieg von 1985 bis 1991/92 kontinuierlich von 10 auf 16 %. Eine kontinuierliche Zunahme fand sich auch bei arbeitsorganisatorischen Belastungsformen.

Insgesamt ist eine Verlagerung von „traditionellen“ (physischen) Belastungen hin zu mentalen Belastungen erfolgt. Die arbeitsorganisatorischen Anforderungen sind nach den Erhebungen von BiBB/IAB fast durchgängig deutlich angestiegen. Anforderungen durch starken Termindruck, hohe Konzentration und Verantwortung stehen dabei oben an. Die Verringerung der „traditionellen“ (physischen) Belastungen ist auf Maßnahmen des Arbeitsschutzes zurückzuführen, hängt jedoch auch mit technischen Veränderungen sowie dem allgemeinen Strukturwandel in der Arbeitswelt zusammen.

Während bei den physischen Belastungen die daraus erwachsenden gesundheitlichen Risiken in der Regel angegeben und abgeschätzt werden können, ist das Wirkungsbild bei den mentalen Belastungen wesentlich komplexer. So führen mentale Belastungen nicht automatisch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Ob und in welcher Ausprägung sich solche Beeinträchtigungen entwickeln, hängt von der Form und Dauer der mentalen Belastungen ab, aber auch von den persönlich sehr unterschiedlichen Bewältigungsstrate-

gien. Diese sind zu einem erheblichen Anteil von der „Qualität“ des Arbeitsumfeldes, insbesondere des sozialen Arbeitsklimas, beeinflusst. Erschwerend für die Einschätzung evtl. gesundheitlicher Risiken ist, daß vielfach von „kombinierten Belastungen“ in der Arbeitswelt auszugehen ist.

Bezüglich der Zusammenhänge zwischen den heutigen Belastungsspektren in der Arbeitswelt und den daraus möglicherweise resultierenden gesundheitlichen Risiken wird die Bundesregierung weiterhin Forschungsprojekte im Rahmen ihres Programms „Arbeit und Technik“ fördern. Dabei wird sie unterstützt von den Bundesanstalten für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz, die darüber hinaus auch eigene Projekte betreiben können.

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?

Die dynamische Entwicklung von Produkten, Technologien, Verfahren und Stoffen hat den Arbeitsschutz vor neue Herausforderungen gestellt. In der klassischen Biotechnologie ebenso wie in der modernen Gentechnologie hängen Gefährdungen für die Arbeitnehmer von krankheitserregenden Eigenschaften der vorhandenen Mikroorganismen ab. Die erforderlichen Grundlagen zum Schutz der Arbeitnehmer sind in den allgemeinen Arbeitsschutzvorschriften enthalten. Sie werden branchenspezifisch durch die berufsgenossenschaftliche Unfallverhütungsvorschrift „Biotechnologie“ und das dazugehörige Technische Regelwerk ergänzt. Daneben enthalten das Gentechnikgesetz und seine Verordnungen, insbesondere die Gentechniksicherheitsverordnung, besondere Arbeitsschutzvorschriften. Die Europäische Gemeinschaft hat die EG-Richtlinie „Biologische Arbeitsstoffe“ verabschiedet, mit der Arbeitsschutzmaßnahmen auf dem Gebiet der Biotechnologie in Europa vereinheitlicht werden. Die Umsetzung der Richtlinie wird derzeit mit einem Entwurf einer Verordnung über biologische Arbeitsstoffe vorbereitet.

Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, daß die eingeleiteten Schritte bzw. vorgesehenen Maßnahmen den Schutz der Arbeitnehmer bei der Anwendung traditioneller und neuer biotechnologischer Verfahren sicherstellen.

Neue Gefährdungspotentiale im Bereich der Chemikaliensicherheit, die nicht durch die bisherigen Gefährlichkeitsmerkmale der Gefahrstoffverordnung erfaßt sind, sind gegenwärtig nicht bekannt. Die Bundesregierung wird unverändert auf die Prävention setzen, um mögliche Gefährdungen auch in Zukunft schon im Vorfeld weitgehend auszuschließen. Das Chemikaliengesetz sieht dazu eine gestufte Prüfung aller neu in den Verkehr gebrachten Stoffe vor, um deren Gefährdungspotential rechtzeitig zu erkennen. Sobald sich anhand dieser Prüfung Erkenntnisse über gesundheits-

gefährliche oder umweltgefährdende Eigenschaften ergeben, schreibt das Chemikalienrecht entsprechende Maßnahmen der Kennzeichnung und Verpackung vor. Soweit diese nicht ausreichen, können Verkehrsbeschränkungen oder Verbote des Herstellens, Verwendens und Inverkehrbringens erlassen werden. Speziellen Risiken am Arbeitsplatz wird durch die bestehenden Arbeitsschutzvorschriften, insbesondere der Gefahrstoffverordnung, vorgebeugt.

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?

Dem Begriff „arbeitsbedingte Erkrankungen“ werden im Bereich der Prävention solche Krankheiten zugeordnet, die durch die Arbeitsbelastungen mitverursacht sind oder im Falle außerberuflicher Verursachung durch Arbeitseinflüsse in ihrem Verlauf ungünstig beeinflusst werden. Indirekte Hinweise auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren liefern die Arbeitsunfähigkeitszeiten, für die folgendes gilt: Bei den Arbeitsunfähigkeitstagen und Arbeitsunfähigkeitsfällen gibt es bei den Frauen zu keinem Zeitpunkt höhere Ausprägungen als bei den Männern, bezogen auf die krankheitsbedingten Ausfallzeiten (siehe hierzu auch Antwort auf Frage A.3).

Zur Aufklärung des komplexen Zusammenhangs zwischen arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und den überwiegend chronisch verlaufenden sog. Volkskrankheiten sowie zur Entwicklung von entsprechenden Präventionsstrategien fördert die Bundesregierung seit 1993 verschiedene Modellvorhaben zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen.

Im Forschungs- und Entwicklungsprogramm „Arbeit und Technik“ der Bundesregierung befaßt sich ein Schwerpunkt mit der Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz, und zwar gezielt mit der Förderung von Vorhaben zur Aufdeckung der komplexen Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen und Beanspruchungen der Betroffenen.

Darüber hinaus gehört es zu den Aufgaben der Bundesanstalten für Arbeitsmedizin und für Arbeitsschutz, Belastungen und Beanspruchungen bei ausgewählten Berufsgruppen festzustellen und daraus Rückschlüsse auf arbeitsbedingte Erkrankungen abzuleiten.

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

Das Bundesinstitut für berufliche Bildung (BiBB) hat für die Bundesanstalt für Arbeitsschutz 1993 eine Sonderauswertung der BiBB/IAB-Erhebung (siehe auch Antwort auf Frage C.1) von 1991/92 zu Berufsgruppen

und Anzahl ihrer Belastungen für die Bundesrepublik Deutschland insgesamt durchgeführt. Von 33,1 Millionen Erwerbstätigen haben ca. 4,16 Millionen Erwerbstätige durchschnittlich mehr als sechs Belastungen, die sich auf folgende Berufe verteilen: 79 % der Bergleute, 36 % der Schmiede und Installateure, 45 % der Zimmerer und Dachdecker sowie 41 % der Metallverbinder, Schlosser, Maurer und Betonbauer, Straßen- und Tiefbauer sowie Maschinisten, 40 % der Metallherzeuger und Gießer sowie 39 % der Bau- und Raumausstatter.

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?

Die Grundlagen des staatlichen Arbeitsschutzrechts gehen auf die Gewerbeordnung und damit auf eine Zeit zurück, in der die Arbeitsbedingungen zum Teil durch „traditionelle“ (siehe auch Antwort auf Frage C.1) Belastungen gekennzeichnet waren und Erkenntnisse über gesundheitliche Gefährdungen aufgrund von Kombinationen von Einzelbelastungen und deren Zusammenhänge mit Arbeitsabläufen noch nicht vorlagen. Erst die notwendige Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Reduzierung hoher Einzelbelastungen gab die Sicht frei auf Kombinationseffekte.

Mit der Zunahme gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Beanspruchung durch kombinierte Belastungen findet eine Orientierung auf eine ganzheitliche Sicht gesundheitlicher Gefährdungen am Arbeitsplatz Eingang in moderne Arbeitsschutzvorschriften wie z.B. in das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz) oder in die Zwölfte Verordnung zur Durchführung des Bundes-Immissionsschutzgesetzes (Störfall-Verordnung).

Die Notwendigkeit einer Berücksichtigung aller Einflußfaktoren auf die Gesundheit der Beschäftigten ist durch die EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz vom 12. Juni 1989 vorgegeben: So verpflichtet Artikel 5 Abs. 1 den Arbeitgeber dazu, für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer in bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen. Nach Artikel 6 Abs. 2 Buchstabe g dieser Richtlinie ist ein allgemeiner Grundsatz der Gefahrenverhütung, daß Präventionsmaßnahmen unter der Prämisse einer kohärenten Verknüpfung von Technik, Arbeitsorganisation, Arbeitsbedingungen, sozialen Beziehungen und Einfluß der Umwelt auf den Arbeitsplatz zu planen sind. Artikel 6 Abs. 3 Buchstabe a gibt dem Arbeitgeber auf, eine Beurteilung der Gefahren für Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer vorzunehmen, u. a. bei der Auswahl von Arbeitsmitteln, chemischen Stoffen oder Zubereitungen und bei der Gestaltung der Arbeitsplätze. Die Bestimmungen dieser Richtlinie werden gegenwärtig im Rahmen eines neuen Gesetzes über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (Arbeitsschutzrahmengesetz) in deutsches Recht umgesetzt (siehe hierzu auch Antwort auf Frage C.7).

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?

Die Zusammensetzung des Ausschusses für Gefahrstoffe ist in § 52 der Gefahrstoffverordnung abschließend geregelt; sie wird in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. der Entwicklung angepaßt. Die Zusammensetzung der Unterausschüsse ist vergleichsweise flexibler. Neben den durch die Gefahrstoffverordnung vorgegebenen Mitgliedern können dort sachkundige Gäste zeitweise oder auf Dauer zugelassen werden. Dies ermöglicht, spezielle Fragen mit der notwendigen Intensität zu bearbeiten. Das wichtigste Problem bei der Sicherstellung der wissenschaftlichen Pluralität ist für die Bundesregierung die relativ geringe Zahl sachverständiger Fachleute auf dem jeweiligen Fachgebiet und die Schwierigkeit, für die jeweiligen speziellen Fragestellungen geeignete Experten zu gewinnen.

7. Welche Vorkehrungen hat die Bundesregierung zur nationalen Umsetzung des EG-Rechtes im Arbeitsumweltschutz getroffen?

Zur Umsetzung von EG-Richtlinien zur Verbesserung der Arbeitsumwelt auf der Grundlage des Artikels 118a EG-Vertrag hat die Bundesregierung am 3. November 1993 den Entwurf eines Gesetzes über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (Arbeitsschutzrahmengesetz) beschlossen. Damit sollen unmittelbar die Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz und – soweit erforderlich – die Arbeitsstätten-Richtlinie sowie die Richtlinie mit besonderen Gesundheitsschutz- und Sicherheitsbestimmungen für befristete Arbeitsverhältnisse und Leiharbeitsverhältnisse in deutsches Recht übertragen werden. Für weitere Einzelrichtlinien zur Rahmenrichtlinie schafft der Entwurf die Umsetzungsgrundlage, indem er Verordnungsermächtigungen bereitstellt.

Neben der Übernahme der Bestimmungen der Rahmenrichtlinie zu den grundlegenden Pflichten von Arbeitgebern und Beschäftigten im betrieblichen Arbeitsschutz wird das bisherige Arbeitssicherheitsgesetz als ein Abschnitt in den Entwurf eingebaut. Er enthält weiterhin grundlegende Vorschriften über die arbeitsmedizinische Vorsorge. Erstmals werden diese Arbeitsschutzregelungen einheitlich für alle Tätigkeitsbereiche gelten, also auch z.B. für den öffentlichen Dienst und die Landwirtschaft.

Um EG-Recht auch durch Unfallverhütungsvorschriften umsetzen zu können bzw. branchenspezifisch staatliche Arbeitsschutzvorschriften konkretisieren oder darüber hinausgehende Regelungen treffen zu können, dehnt der Entwurf den Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger auf die Verhütung arbeits-

bedingter Gesundheitsgefahren aus. Der Auftrag der Unfallversicherungsträger war bisher auf die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten beschränkt.

Die erste Lesung des Entwurfs im Deutschen Bundestag hat am 25. Februar 1994 stattgefunden. Die Arbeiten an den Verordnungsentwürfen zur Umsetzung der EG-Einzelrichtlinien sind im Gange, damit die Verordnungen unmittelbar nach Inkrafttreten des Arbeitsschutzrahmengesetzes ebenfalls in Kraft treten können.

EG-Richtlinien zum Gesundheitsschutz der Beschäftigten beim Umgang mit Gefahrstoffen können weiterhin auf der Grundlage des Chemikaliengesetzes in deutsches Recht umgesetzt werden. So wurden durch die am 1. November 1993 in Kraft getretene Novelle zur Gefahrstoffverordnung folgende wichtige Neuerungen eingeführt:

- Kennzeichnung aller gefährlichen Stoffe und Stoffgemische, ergänzt durch besondere Verpackungsanforderung für Haushalts- und Hobbychemikalien;
- Einführung von Gebrauchsanleitungen und Sicherheitsdatenblättern für gefährliche Stoffe;
- erhebliche Verbesserung der Schutzmaßnahmen bei der Verwendung krebserzeugender Stoffe und weltweit erstmals besondere Schutzvorschriften für den Umgang mit erbgutverändernden Gefahrstoffen und
- vollständiger Ausstieg aus Asbest als Werkstoff durch ein umfassendes Herstellungs- und Verwendungsverbot.

8. Welche Konsequenzen hat die Verpflichtung gemäß Artikel 30 Abs. 6 des Einigungsvertrages gehabt, die Frage der Übernahme von Merkmalen des Berufskrankheitsrechts der DDR zu überprüfen und das Arbeitsschutzrecht auf eine neue Basis zu stellen?

1. Nach Artikel 30 Abs. 6 des Einigungsvertrages ist bei der Fortentwicklung des Berufskrankheitsrechts zu prüfen, „inwieweit die bisher in dem in Artikel 3 des Vertrages genannten Gebiet geltenden Regelungen berücksichtigt werden können“. Die Bundesregierung hat auf der Basis der geltenden Ermächtigungsnorm in § 551 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung durch Änderungsverordnung zur Berufskrankheiten-Verordnung vom 18. Dezember 1992 die Liste der Berufskrankheiten ergänzt. Bei folgenden Berufskrankheiten ist damit auch den Gegebenheiten in der früheren DDR Rechnung getragen worden:

- a) Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule
- durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten,

- durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung,
  - durch Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen.
- b) Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule
- durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten auf der Schulter.
- c) Lungenkrebs durch Asbest
- Die berufliche Verursachung wird nunmehr auch aufgrund einer Dosis-Wirkungs-Beziehung (20 Faserjahre) anerkannt; auch die DDR ging bei ihren Entschädigungsregelungen von einem Zeitfaktor aus.
- d) Erkrankungen durch Styrol
- Das frühere Berufskrankheitenbild „Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologe“ wurde durch die Chemikalie Styrol erweitert.
- Derzeit wird im Hinblick auf das frühere DDR-Recht noch geprüft, ob eine Ergänzung der Berufskrankheitenliste um Kehlkopfkrebs durch Einwirkung von Asbest sowie um Erkrankungen durch Dimethylformamid vorzunehmen ist.
2. Die Bundesregierung ist dem Auftrag aus Artikel 30 Abs. 1 des Einigungsvertrages, den öffentlich-rechtlichen Arbeitsschutz zeitgemäß neu zu regeln, durch folgende Maßnahmen nachgekommen:
- a) Neuregelung des Bereichs der technischen Sicherheit von Geräten, Anlagen und Maschinen durch Novellierung des Gerätesicherheitsgesetzes (Gesetz vom 26. August 1992 – BGBl. I S. 1564) und Erlass darauf gestützter Rechtsverordnungen;
  - b) Neuregelung des Bereichs der Arbeitszeit und weiterer Aspekte des sozialen Arbeitsschutzes durch ein neues Arbeitszeitrechtsgesetz. Es soll im Juni 1994 im Bundesgesetzblatt verkündet werden und zum 1. Juli in Kraft treten;
  - c) Fortentwicklung spezialgesetzlicher Regelungen, in denen Arbeitsschutz mit anderen Schutzziele verbunden ist. So ist zum 1. November 1993 die Verordnung zur Novellierung der Gefahrstoffverordnung in Kraft getreten, mit der insgesamt 18 EG-Richtlinien in deutsches Recht umgesetzt wurden und ein umfassendes Verbot von Asbest verwirklicht wurde (siehe Antwort auf Frage C.7);
  - d) Neuregelung des Bereichs des betrieblichen Arbeitsschutzes durch ein neues Gesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (Arbeitsschutzrahmengesetz). Der Regierungsentwurf wird derzeit im Deutschen Bundestag beraten (siehe Antwort auf Frage C.7).
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?

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz hat mehrere Modellvorhaben gefördert, durch die die Anforderungen des § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) modellhaft umgesetzt werden sollen. Ziel eines Modellversuches war z. B. die Prüfung der Frage, ob die Arbeitsunfähigkeitsdaten verschiedener Krankenkassen so aufbereitet werden können, daß sie eine geeignete Grundlage für die Erstellung betrieblicher Gesundheitsberichte darstellen. Die Ergebnisse dieses in enger Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und fünf Betrieben durchgeführten Modellversuchs haben gezeigt, daß der betriebliche Gesundheitsbericht ein taugliches Instrument zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in Betrieben darstellt. Mit Hilfe von Arbeitsunfähigkeits-Auswertungen, ergänzt durch weitere Gesundheitsdaten, kann eine empirische Grundlage für die Entwicklung betriebsspezifischer, innungsspezifischer oder branchenbezogener Programme und Maßnahmen geschaffen werden. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz hat soeben ein Projekt abgeschlossen, in dem ca. 80 betriebliche und belastungsorientierte Gesundheitsförderungsprogramme bilanziert werden, die auf der Grundlage einer Umsetzung des § 20 SGB V entstanden sind.

Bezüglich der in § 20 SGB V enthaltenen Vorschrift, daß die Krankenkassen den Unfallversicherungsträgern und den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen ihre Erkenntnisse über arbeitsbedingte gesundheitliche Gefährdungen oder Berufskrankheiten mitzuteilen haben, gibt es eine Vereinbarung zwischen den Berufsgenossenschaften und den Krankenkassen. Darüber hinaus wird in verschiedenen Vorhaben die Zusammenarbeit zwischen Einzel-Berufsgenossenschaften, gesetzlichen Krankenkassen und weiteren Arbeitsschutzinstitutionen routinemäßig praktiziert (siehe dazu ebenfalls Antwort auf Frage G.12).

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

Die in den Programmen „Humanisierung der Arbeit“ bzw. „Arbeit und Technik“ seit 1974 erzielten Ergebnisse sind in vielfältiger Form in die fachliche Ausgestaltung des Arbeitsschutzsystems (Stand von Wissenschaft und Technik, Verordnungen, Normen usw.) und in die Entwicklung beispielhafter Strategien für integrative Gestaltungen von Gesundheitsschutz, Qualifizierung, Arbeitsorganisation und Technologie eingegangen.

Die derzeitige Forschungsförderung im Programm „Arbeit und Technik“ ist auf die Entwicklung neuer präventiver Ansätze im Arbeits- und Gesundheitsschutz ausgerichtet. Die Forschungsergebnisse ermöglichen eine Vielzahl von Maßnahmen im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Beispielfhaft genannt seien:

- Entwicklung von arbeitswissenschaftlichen Instrumenten zum betrieblichen Einsatz: z.B. „Fragebogen zur Sicherheitsdiagnose“,
- betriebliche Maßnahmen für neue und insbesondere präventive Gestaltungsansätze im Arbeits- und Gesundheitsschutz: z.B. „Gesundheitszirkel“,
- Modifizierung und Ergänzung von Normen und Regelwerken: z.B. ISO-Standards und DIN-Normen,
- technische Entwicklungen zur Unterstützung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes: z.B. Simulationsprogramme für manuelle Tätigkeiten,
- Dialogfunktion und Anstoß institutioneller Maßnahmen: z.B. das Gefahrstoffinformationssystem für Baubetriebe (GISBAU).

Auf der Grundlage der vielfältigen Erkenntnisse, die im Rahmen des Programms „Arbeit und Technik“ gewonnen worden sind, lassen sich folgende Schlußfolgerungen ableiten:

1. Innovationsstrategien müssen auf der Basis von partizipativen Organisationsstrukturen umfassend angelegt werden.
2. Der Arbeitsschutz muß integrativer Bestandteil der Unternehmensstrategie sein.
3. Ein umfassender Arbeitsschutz verlangt auch überbetrieblich eine stärkere Zusammenarbeit der verschiedenen Zweige des Systems der sozialen Sicherung.

#### 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?

Zu der Frage, ob empirisch abgesicherte Erkenntnisse dazu vorliegen, daß Umwelteinflüsse verursachend bzw. mitverursachend für negative Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit sind, hat die Bundesregie-

rung u. a. in ihrer Antwort auf die Fragen A.1 und A.2 der Kleinen Anfrage „Externe Gesundheitskosten durch Umweltbelastungen“ (BT-Drucksache 12/7606) ausführlich Stellung genommen. Dort wird wie folgt geantwortet:

Zahlreiche natürliche und durch den Menschen verursachte Umweltbelastungen physikalischer, chemischer oder biologischer Natur können eine Wirkung auf den menschlichen Organismus entfalten. Abhängig von Expositionsintensität und -dauer können daraus Befindlichkeits- und Gesundheitsstörungen resultieren.

Die Bundesregierung hat im Jahre 1993 bereits mehrfach zu wesentlichen Aspekten von möglichen Belastungen und/oder Gefährdungen der Gesundheit durch Umwelteinflüsse und zu Möglichkeiten für deren Erfassung und Bewertung (unter besonderer Berücksichtigung der Kinder und des ungeborenen Lebens) Stellung genommen:

- Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD „Kindergesundheit und Umweltbelastungen“ (BT-Drucksache 12/4626),
- Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Die Notwendigkeit von ökologischen Kinderrechten; Gefährdung von Kindern durch Umweltgifte“ (BT-Drucksache 12/4817),
- Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD „Ökologischer Gesundheitsschutz“ (BT-Drucksache 12/6128),
- Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Marliese Dobbertien u. a. „Gestörte Fruchtbarkeit durch Umweltgifte“ (BT-Drucksache 12/6464).

In diesen Antworten hat die Bundesregierung im Zusammenhang mit der Belastung von Luft, Wasser, Boden und Lebensmitteln u. a. auf gesundheitliche Gefährdungspotentiale durch die folgenden Einwirkungen hingewiesen:

- einzelne chemische Schadstoffe und Partikel sowie Stoffgemische (Tabakrauch, Verbrennungsabgase, Ozon, Chlorkohlenwasserstoffe, Pestizide, Schwermetalle),
- physikalische Einflußgrößen (Lärm, UV-Strahlung, ionisierende und elektromagnetische Strahlung) und
- biologische Faktoren (biogene Allergene, Infektionserreger).

Belastungen durch diese Umweltfaktoren können grundsätzlich nachteilige Effekte auf die Gesundheit hervorrufen. Dabei besteht – wie erwähnt – eine Abhängigkeit von Dauer und Ausmaß der Exposition. Bei der Belastung, der die Bevölkerung in Deutschland durch Umweltfaktoren ausgesetzt ist, ist eine verursachende oder mitverursachende Wirkung von Umwelteinflüssen bei Erkrankungen allerdings nur in sehr begrenztem Umfang sicher nachgewiesen worden. Diese Feststellung schließt nicht aus, daß Umweltbela-

stungen zusätzliche Risiken für bestimmte Erkrankungen darstellen und wahrscheinlich an der Entwicklung weit verbreiteter chronischer Krankheiten (wie z.B. Allergien, Atemwegs- und Kreislauferkrankungen sowie Krebserkrankungen) oder an weniger eindeutig charakterisierbaren multiplen Beschwerdebildern beteiligt sind. Es ist derzeit jedoch nicht möglich, den hieraus resultierenden Beitrag zur Morbidität bzw. Mortalität in der Bundesrepublik Deutschland verlässlich zu ermitteln.

Eigenständige klinische Krankheitsbilder, für die ausschließlich bestimmte Umweltfaktoren als verursachend anzusehen sind, sind bisher im Gegensatz zu den Berufskrankheiten nur in sehr begrenztem Umfang bekanntgeworden. Solche im engeren Sinne als „Umweltkrankheiten“ zu bezeichnende Erkrankungen spielen in Deutschland nach dem heutigen Erkenntnisstand keine Rolle.

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?

Zu diesen Fragen hat die Bundesregierung bereits in ihrer Antwort auf Frage 6 der Großen Anfrage „Kinder- und Jugendgesundheits- und Umweltbelastungen“ (BT-Drucksache 12/4626) sowie in ihren Antworten auf die Großen Anfragen „Umwelt und Allergie“ (BT-Drucksache 11/4697) und „Ökologischer Gesundheitsschutz“ (BT-Drucksache 12/6128) ausführlich Stellung genommen. Hierauf wird verwiesen.

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?

Die vielfältigen Reaktionen des menschlichen Organismus auf äußere Einwirkungen ändern sich auch in Abhängigkeit vom Lebensalter. Insbesondere im Wachstumsalter (Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche) und in geringerem Umfang sowie mit größeren individuellen Unterschieden auch im Greisenalter, bestehen dabei deutliche Abweichungen zu dem dazwischen liegenden Lebensabschnitt. Dies ist häufig auf eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber der Einwirkung von Umweltfaktoren zurückzuführen, z.B. bei Allergien. Bei Heranwachsenden weicht z.B. das Verhältnis von Größe zu Gewicht und Körperoberfläche von dem bei Erwachsenen ab. Ferner sind bestimmte Reifungsprozesse im Hinblick auf das Stoffwechselgeschehen und die Organentwicklung nicht abgeschlossen. Ältere Menschen müssen u.a. wegen der bei ihnen häufig bereits stark eingeschränkten

Lungen- und Herz-Kreislauf-Funktion als besondere Risikogruppe für Erkrankungen angesehen werden, die mit Umwelteinflüssen im Zusammenhang stehen.

Die epidemiologische Forschung widmet sich u. a. auch der Frage, inwieweit Umwelteinflüsse für diese Bevölkerungsgruppe von besonderer Bedeutung sind. Hierzu wird auf die Antwort zur Frage 13 der Großen Anfrage „Ökologischer Gesundheitsschutz“ (BT-Drucksache 12/6128) verwiesen.

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?

Spezifische Erkenntnisse über durch Umwelteinwirkungen hervorgerufene Erkrankungen an Arbeitsplätzen und in stark belasteten Wohngebieten liegen der Bundesregierung nicht vor. Auf die gesundheitliche Relevanz von unterschiedlichen Umweltbelastungen ist in der Antwort auf Frage D.1 eingegangen worden.

Die Bundesregierung verfolgt mit ihrer Umweltpolitik das Ziel, Gefahren für die Gesundheit durch Umweltbelastungen so zu begrenzen, daß Gesundheitsschäden als Folge unterschiedlicher Belastungen nicht auftreten können.

Soweit Belastungen in der Luft in Innenräumen durch Umwelteinflüsse hervorgerufen werden, sind hierzu eingehende Darstellungen in der Konzeption der Bundesregierung zur Verbesserung der Luftqualität in Innenräumen (BR-Drucksache 803/91) enthalten.

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?

Da Umweltbelastungen grundsätzlich als Risikofaktoren für die menschliche Gesundheit anzusehen sind, muß davon ausgegangen werden, daß Gebiete mit größerem Gefährdungspotential auch stärker belastet sind. Wesentliche Unterschiede zwischen industriell geprägten Gebieten und Freilandräumen, worunter in diesem Zusammenhang vor allem der ländlich geprägte Raum mit geringer Siedlungsdichte verstanden wird, bestehen in der Regel in der Lärmbelastung und in der Belastung mit Luftschadstoffen. Hinsichtlich anderer Umweltbelastungsfaktoren z. B. der ionisierenden Strahlung oder der Belastung des Trinkwassers

(z.B. mit Nitrat) können hingegen durchaus höhere Belastungen in ländlichen Gebieten bestehen.

Auf die zahlreichen Untersuchungen zur räumlichen Differenzierung, z.B. Immissions- und Wirkungskatasterhebungen der Länder, Untersuchungen in industriellen Belastungsgebieten der neuen Bundesländer sowie auf die entsprechenden Angaben in den „Daten zur Umwelt“ (Umweltbundesamt, Erich Schmidt Verlag, 1992), wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

Die Belastung der Luft mit Schadstoffen durch den Kfz-Verkehr ist in Wohngebieten, die unmittelbar an stark frequentierte Durchgangsstraßen oder Verkehrsknotenpunkte grenzen, in der Regel erhöht. Auch in der Nähe von Industrieanlagen können durch deren Emissionen höhere Schadstoffbelastungen der Luft auftreten. Eine generalisierende Aussage hierzu ist jedoch nicht ohne weiteres möglich, da es Industrieanlagen gibt, bei denen technologisch bedingt kaum Emissionen auftreten. Ferner bewirken die strengen Vorschriften zur Emissionsminderung, daß auch im Nahbereich von Industrieanlagen oft nur noch leicht erhöhte oder von der üblichen Belastung nicht abweichende Emissionen festgestellt werden. In den Ein- und Abflugschneisen von Flugplätzen kommt es im allgemeinen nicht zu einer nennenswert erhöhten Luftbelastung.

Wohngebiete an stark frequentierten Durchgangsstraßen oder in den Ein- und Abflugschneisen von Flugplätzen sowie an sonstigen durch starkes Verkehrsaufkommen gekennzeichneten Straßen sind grundsätzlich von stärkerer Lärmbelastung betroffen. Zunehmend durchgeführte aktive und passive Schallschutzmaßnahmen unterschiedlicher Art haben jedoch auch hier in vielen Fällen eine Minderung der Belastung bewirkt.

Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß die Summe der Umweltbelastungsfaktoren in sogenannten besseren Wohnlagen grundsätzlich geringer ist als in anderen Wohngebieten, da für die lokale Umweltqualität auch eine Vielzahl anderer, vor allem kleinklimatischer und orografischer Faktoren verantwortlich sind.

Aus bisher durchgeführten epidemiologischen Untersuchungen lassen sich nur in begrenztem Umfang Aussagen über Kombinationseffekte bei einer Exposition gegenüber verschiedenen Noxen treffen, da weder alle einwirkenden noch alle nachteiligen Wirkungen bekannt sind bzw. vollständig erfaßt werden können. Erste Ansätze zur Erforschung von Kombinationswirkungen gibt es in Form von In-vitro- und In-vivo-Modelluntersuchungen.

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?

Hinsichtlich der Hauptemittenten der Luftverunreinigung wird auf den Fünften Immissionsschutzbericht

der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag, insbesondere die Tabellen 3.3 und 3.4, verwiesen (BT-Drucksache 12/4006).

Bei den vom Individual- und Schwerlastverkehr ausgehenden Emissionen handelt es sich um ein komplexes Substanzgemisch aus mehreren hundert Stoffen. Unter gesundheitlichen Aspekten haben dabei vorwiegend akut wirkende Gase wie Kohlenmonoxid und Stickoxide sowie aromatische Kohlenwasserstoffe und Dieselruß besondere Bedeutung. Stickoxide und Kohlenwasserstoffe sind zusätzlich Vorläufersubstanzen für die Bildung des bodennahen Ozons.

Stickstoffdioxid als Reizgas greift die Schleimhäute des Atemtraktes an und kann nach längerer und höherer Exposition eine erhöhte Infektanfälligkeit bewirken. Erhöhte Atemwiderstände bei Lungenfunktionsuntersuchungen an Kindern, die an verkehrsreichen Straßen wohnen, sind möglicherweise auf irritative Wirkungen des Stickstoffdioxids zurückzuführen.

Benzol, eine wesentliche Komponente verkehrsbedingter Emissionen, ist ein Stoff, der beim Menschen erwiesenermaßen eindeutig krebserzeugende Wirkung hervorruft. Für eine Reihe polycyclischer aromatischer Kohlenwasserstoffe gilt, daß sie ebenfalls beim Menschen krebserzeugend sind (z.B. Benzo-a-pyren, § 35 Abs. 4 Nr. 3 GefStoffV). Auch Dieselmotorenemissionen sind krebserzeugend (§ 35 Abs. 4 Nr. 4 GefStoffV). Zur Frage der Wirkung von Dieselabgasen wird auf die ausführliche Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Dieselmotorenemissionen von PKW und LKW“ (BT-Drucksache 12/6528), insbesondere auf die Antworten zu den Fragen 6 bis 8 verwiesen.

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?

Die Belastung der Luft mit Schadstoffen ist während sog. Smogperioden deutlich höher als bei normaler Wetterlage. Die durch Inversionswetterlagen gekennzeichneten sog. Wintersmog-Perioden sind in den letzten Jahren in den alten Bundesländern allerdings nicht mehr aufgetreten. Hierzu haben maßgeblich die strengen Maßnahmen der Bundesregierung zur Reduzierung der Emissionen aus Großfeuerungsanlagen und anderen stationären Anlagen beigetragen. In den neuen Ländern und in den an Polen und Tschechien angrenzenden Gebieten treten allerdings auch heute noch im Winter bei Inversionswetterlagen deutlich erhöhte Werte an SO<sub>2</sub> und Staub auf. Sobald in den neuen Ländern die aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen vorgeschriebenen Maßnahmen durchgeführt worden sind, werden auch dort solche Fälle stark zurückgehen bzw. ganz verschwinden.

Hohe Luftschadstoffbelastungen während Inversionswetterlagen, die insbesondere durch hohe Schwefeldioxid- und Schwebstaubkonzentrationen gekennzeichnet sind, führen sowohl zu einem vermehrten Auftreten von Atemwegserkrankungen als auch von Kreislaufkrankungen. So waren, wie Nachuntersuchungen ergaben, in der Winter-Smog-Periode 1985 im Ruhrgebiet die ambulanten Behandlungen und Krankenhausaufnahmen mit diesen Diagnosegruppen stark erhöht.

Bei Personen, die gegen Ozon besonders empfindlich sind und die sich während Sommer-Smog-Episoden im Freien länger andauernd intensiv körperlich betätigen, können vorübergehende gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten. So werden z.B. Augenreizungen und Reizungen der Atemwege sowie Einschränkungen des Atemvolumens beobachtet. Diese akuten Wirkungen gehen nach Beendigung der intensiven körperlichen Aktivität und nach dem in der Regel am frühen Abend eintretenden Abklingen der Ozonbelastung wieder zurück. Chronische Gesundheitsschäden sind bei erhöhten Ozonkonzentrationen, wie sie in Mitteleuropa vorübergehend während der Sommer-Smog-Episoden auftreten können, bisher nicht beobachtet worden.

Des Weiteren wird auf die Antwort der Bundesregierung zur Frage 1.5 der Großen Anfrage „Die Notwendigkeit von ökologischen Kinderrechten; Gefährdung von Kindern durch Umweltgifte“ (BT-Drucksache 12/4817) und auf die Antwort zur Frage 6.7 der Großen Anfrage „Kindergesundheit und Umweltbelastungen“ (BT-Drucksache 12/4626) verwiesen.

Die Politik der Bundesregierung zur Reduzierung der Ozonbelastung ist vorrangig auf eine nachhaltige Verminderung der an der Ozonbildung beteiligten Vorläufersubstanzen (Stickoxide [NO<sub>x</sub>] und flüchtiger organischer Verbindungen [VOC]), insbesondere im Verkehrsbereich ausgerichtet, um so die Ursachen für die Bildung von Ozon sowie das großräumige Auftreten erhöhter Ozonkonzentrationen in Mitteleuropa nachhaltig zu bekämpfen. Ziel ist es, die Emissionen dieser Stoffe so weit zu senken, daß auch bei sommerlichen Hochdruckwetterlagen mit besonders günstigen Ozonbildungsbedingungen keine Ozonwerte mehr erreicht werden, die bei empfindlichen Personen zu Beeinträchtigungen führen können.

Neueste wissenschaftliche Untersuchungen gehen davon aus, daß zur Einhaltung z.B. des Schwellenwertes für den Gesundheitsschutz der EG-Richtlinie Ozon von 110 µg/m<sup>3</sup> (als Mittelwert während acht Stunden) die Konzentrationen der Ozonvorläufersubstanzen um bis zu 80 % verringert werden müßten. Dieses Ziel ist nur langfristig und nur durch die konsequente Weiterentwicklung und Anwendung technischer und planerisch-struktureller Maßnahmen in Verbindung mit der Anwendung marktwirtschaftlicher Instrumente zu erreichen.

Technische Maßnahmen zielen auf die Umsetzung des jeweiligen Standes der Technik bei der Emissionsminderung. Hierzu zählen insbesondere die Einführung der Katalysatortechnik und die Weiterentwicklung

neuer Abgasreinigungstechniken, die Verhinderung von Verdampfungsverlusten aus Kraftstoffen, die Entwicklung lösemittelarmer Farben und Lacke, der weitere Einbau von Entstickungsanlagen und die Verbesserung des Wirkungsgrades in allen Bereichen, in denen fossile Brennstoffe eingesetzt werden.

Im einzelnen sind von der Bundesregierung folgende Maßnahmen zur Verminderung erhöhter Ozonkonzentrationen ergriffen worden:

- Verordnung über die Festlegung von Konzentrationswerten für die Ozonvorläufersubstanzen Stickstoffdioxid und Benzol aus dem Verkehrsbereich (23. BImSchV);
- Einführung von Geschwindigkeitsbegrenzern für LKW/Busse;
- Maßnahmen zur Abgasreduktion bei Fahrzeugen;
- Verbesserung der Kraftstoffqualität;
- Abgasuntersuchungspflicht auch für Katalysator- und Dieselfahrzeuge;
- Einführung der Gaspendelung zur Reduzierung der Verdampfungsverluste von flüchtigen organischen Verbindungen (VOC);
- Anhebung bestehender emissionsbegrenzender Anforderungen für spezielle Anlagen auf den Stand der Technik (Dynamisierungsklausel der Technischen Anleitung [TA] Luft);
- Rauchgasentstickung;
- Reduzierung der Emissionen von halogenierten Kohlenwasserstoffen;
- Reduzierung von Lösemitteldämpfen;
- Zeichnung der Protokolle der Economic Commission for Europe (ECE) zur Reduzierung der Stickstoffemissionen und der Emissionen flüchtiger organischer Verbindungen;
- Umsetzung der EG-Richtlinien über die Luftverschmutzung durch Ozon und über Qualitätsnormen für Stickstoffoxide.

8. Wir 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?

Die Bundesregierung hat 1993 in ihren Antworten auf die Großen Anfragen „Kindergesundheit und Umweltbelastungen“ (BT-Drucksache 12/4626, Fragen 5.1–5.4, 6.1, 6.2, 6.4) und „Die Notwendigkeit von ökologischen Kinderrechten, Gefährdungen von Kindern durch Umweltgifte“ (BT-Drucksache 12/4817,

Fragen 1.1–1.7) den Erkenntnisstand über die Häufigkeit von Atemwegserkrankungen insbesondere bei Kindern dargelegt. Siehe dazu ebenfalls Antwort der Bundesregierung auf Frage 4 der Kleinen Anfrage „Externe Gesundheitskosten durch Umweltbelastungen“ (BT-Drucksache 12/7606).

Die Ergebnisse zahlreicher epidemiologischer Studien haben gezeigt,

- daß Erhöhungen der Schwefeldioxid- und Partikelkonzentrationen bei Prädisponierten vermehrt zu Atemwegserkrankungen führen können,
- daß erhöhte Stickstoffdioxid-Belastungen mit einer Verschlechterung der Atemfunktion und mit vermehrten Atemwegsbeschwerden einhergehen können und
- daß eine erhöhte Ozonkonzentration ebenfalls die Häufigkeit von Lungenfunktionsstörungen und Atemwegsbeschwerden steigern kann.

Die von Dockery und Mitarbeitern im Dezember 1993 publizierte prospektive Kohortenstudie an über 8000 Erwachsenen in sechs amerikanischen Städten zum Zusammenhang zwischen Luftverunreinigung und Mortalität läßt die folgenden wesentlichen Aussagen zu:

- Die Mortalitätsrate ist am auffälligsten vom Zigarettenrauchen abhängig.
- Zwischen dem Grad der Luftverunreinigung und der Mortalität finden sich deutliche Assoziationen, wobei Zigarettenrauchen, berufliche Staubexposition, Schulabschluß, Relation von Körpergewicht zu Körpergröße (sog. body-mass index) berücksichtigt wurden.
- Die Mortalität ist in besonderem Maße mit der Luftkonzentration von kleinen Partikeln (Durchmesser gleich bzw. unter  $2,5 \mu\text{m}$ ) und von Sulfat assoziiert. Dies weist auf die Bedeutung von Verbrennungsgasen hin.
- Bei differenzierter Betrachtung der Gesamtmortalität läßt sich eine positive Korrelation zwischen der Sterblichkeit an Lungenkrebs sowie an Herz- und Lungenkrankheiten insgesamt und dem Ausmaß der Luftverschmutzung feststellen.

Neue Untersuchungen aus verschiedenen Ländern haben ergeben, daß eine Zunahme der Schwebstaubkonzentration in Konzentrationsbereichen, die früher als gesundheitlich nicht relevant betrachtet wurden, mit einem statistisch nachweisbaren Anstieg der Häufigkeit von Atemwegserkrankungen und auch der Mortalität assoziiert werden kann. Die Bundesregierung verfolgt auch angesichts dieser Befunde das Ziel, insbesondere im Gebiet der neuen Länder durch emissionsreduzierende Maßnahmen die Schwebstaubbelastung entscheidend zu verringern, z.B. durch die Umsetzung der Technischen Anleitung (TA) Luft, der 13. BImSchV (Großfeuerungsanlagen-Verordnung) und der 1. BImSchV (Kleinfeuerungsanlagen-Verordnung).

Über den Zusammenhang zwischen Luftschadstoffkonzentrationen und Herz-Kreislaufkrankungen liegen nur wenige gesicherte Erkenntnisse vor. Hinweise auf derartige Wirkungen betreffen in erster Linie das Passivrauchen. Von der Londoner Smog-Episode 1952/53 ist bekannt, daß sie mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität an Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankheiten einherging. Ähnliche Befunde fanden sich bei der Smog-Episode 1985 im Ruhrgebiet (siehe hierzu auch Antwort auf Frage D.7).

Ein wesentlicher Teil dieser Erkenntnisse beruht auf epidemiologischen Studien an Bevölkerungsgruppen aus hochbelasteten bzw. belasteten Gebieten im Vergleich mit Bevölkerungsgruppen in wenig belasteten bzw. unbelasteten Gebieten. Eine Reihe methodischer Probleme erschwert dabei in der Regel eine sichere Aussage. Vor allem ist zu berücksichtigen, daß sich die Bevölkerung in Gebieten mit unterschiedlicher Luftschadstoffbelastung meist auch hinsichtlich verschiedener anderer Faktoren (z.B. sozialer Status, Wohnungs- und Arbeitsverhältnisse, Freizeitverhalten, Rauchverhalten) unterscheidet. Ein sich statistisch ergebender Zusammenhang zwischen der Belastung der Luft mit Schadstoffen und Erkrankungen kann daher nicht ohne weiteres im Sinne einer kausalen Erklärung interpretiert werden.

Zu den Auswirkungen auf ambulante Behandlung und stationäre Einweisung sowie zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Krankheitsart und Krankheitsintensität liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor.

9. Über welche Erkenntnisse hinsichtlich der Verteilung umweltbedingter Krankheitsrisiken nach sozialer Schichtung bzw. Lebenslage-Gruppen und Geschlecht verfügt die Bundesregierung?

In verschiedenen Studien zum Einfluß von Umweltbelastungen, z.B. auf die Atemwege oder die Haut, wurden auch Differenzierungen nach sozialen, sozioökonomischen und regionalen Parametern vorgenommen. Eindeutige Ergebnisse waren u.a. wegen des komplexen Zusammenwirkens verschiedener Faktoren (u.a. häufige Koppelung von Sozialstatus, Wohngegend und Umweltbelastung) nicht ableitbar.

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?

Umfassende Angaben über die jährlichen Kosten, die aufgrund von durch Umweltfaktoren verursachten oder mitverursachten Erkrankungen entstehen, sind

der Bundesregierung nicht bekannt. Die Problematik ist noch überwiegend Gegenstand der Forschung. Bisher gibt es lediglich klinische Verdachtsdiagnosen, die nicht gesondert statistisch erfaßt werden. Deshalb ist gegenwärtig eine verlässliche Aussage zu Kostenfragen nicht möglich.

Es gibt allerdings Studien, die sich mit Teilaspekten der Kostenfrage befassen und überschlägige Abschätzungen vorgenommen haben. Hierzu zählt die im Rahmen des Forschungsschwerpunktprogrammes vom Umweltbundesamt (UBA) erstellte Studie „Kosten des Lärms in der Bundesrepublik Deutschland“ (UBA-Bericht 9/91) sowie die 1991 veröffentlichte Studie „Krankheitskosten durch Luftverschmutzung“ (Heinz und Klaaßen-Mielke, Heidelberg 1990). Die Ergebnisse sind allerdings mit erheblichen Unsicherheiten behaftet, da sie auf überschlägigen Abschätzungen und dazu notwendigen, zum Teil hypothetischen Annahmen beruhen.

Der Großteil dieser, wenn auch nicht genau bezifferbaren Kosten fällt in Form stationärer und ambulanter Behandlungskosten bei den Krankenkassen an und wird von diesen übernommen. Die Kosten der Diagnostik zur Abklärung vermeintlich oder tatsächlich umweltbedingter Gesundheitsschäden werden von den Krankenkassen in der Regel nicht in vollem Umfang getragen. Im Votum des im September 1993 vom Bundesministerium für Gesundheit durchgeführten Kongresses „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge“ wurde daher angeregt, daß in begründeten Einzelfällen notwendige Untersuchungen (Ermittlung der äußeren und inneren Schadstoffbelastung) von den Kassen übernommen werden sollten. Umweltmedizinische Zentren und Schwerpunktpraxen können zu einer wissenschaftlich begründeten Indikationsstellung für derartige Untersuchungen beitragen. Eine Zuordnung der Gesundheitsschadenskosten auf einzelne Verursacher scheidet meist schon aus methodischen Gründen (siehe dazu auch Antwort der Bundesregierung auf die Fragen 3, 7 und 13 der Kleinen Anfrage „Externe Gesundheitskosten durch Umweltbelastungen“ – BT-Drucksache 12/7606 – sowie den Kongreßbericht des vom Bundesministerium für Gesundheit 1993 veranstalteten Kongresses „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge“).

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?

Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, daß zur Bekämpfung schädlicher umweltbedingter Gesundheitseffekte alle wichtigen Partner (z.B. Industrie, Behörden, Vereine, Organisationen, Gewerkschaften) ermittelt, informiert und ihre Beteiligung sichergestellt werden sollten. Dabei hat das Prinzip des chancenglei-

chen Zugangs zu Informationen und der Interessentransparenz zu gelten. In das Risikomanagement ist auch die Bevölkerung einzubeziehen.

Die Bundesregierung verfolgt im Rahmen ihrer Präventionspolitik daher mehrere prinzipielle Ansätze zur Minderung umweltbedingter Gesundheitsrisiken: Regulatorische Maßnahmen sowie Förderung der umweltmedizinischen Forschung, Bildung und Aufklärung, z.B. über Allergien, einschließlich entsprechender Organisationsformen und institutioneller Grundlagen. Dieser Sachverhalt wurde in der Antwort der Bundesregierung auf die Großen Anfragen „Kindergesundheit und Umweltbelastungen“ (BT-Drucksache 12/4626, Frage 17) und „Ökologischer Gesundheitsschutz“ (BT-Drucksache 12/6128, Fragen 8, 9–14, 22–24) erläutert.

Die Bundesregierung hat in ihrer Antwort auf die Große Anfrage „Ökologischer Gesundheitsschutz“ (BT-Drucksache 12/6128) zum Stand der umweltmedizinischen Forschung eingehend Stellung genommen und auf Fördermöglichkeiten im Rahmen ihrer Zuständigkeit hingewiesen. Die Bundesregierung fördert umweltmedizinische Forschungsprojekte u.a. in den Programmen „Gesundheitsforschung 2000“ bzw. „Umweltforschung und Umwelttechnologie“ z.B. im Rahmen der Förderkonzeption „Umweltbelastung und Gesundheit“ und durch den Umweltforschungsplan des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit. Einzelheiten zu den geförderten Projekten sind den jeweiligen Forschungsplänen und Programmen zu entnehmen.

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?

Medizinstudenten werden nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) Grundkenntnisse in Toxikologie und Hygiene vermittelt. Fragen der Toxikologie sind Prüfungsstoff im Ersten und Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gehören zum Prüfungsstoff des ökologischen Stoffgebietes u.a. Grundzüge der Allgemeinen und Umwelthygiene, der Epidemiologie sowie Verfahren der Statistik und Informatik. Somit werden umweltmedizinische Aspekte bereits jetzt durchlaufend im Medizinstudium behandelt und sind auch Prüfungsstoff. Auch im Rahmen der derzeit vorbereiteten Neuordnung der ärztlichen Ausbildung ist eine Berücksichtigung der Umweltmedizin entsprechend ihrer gewachsenen Bedeutung vorgesehen.

Im übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Großen Anfragen „Kindergesundheit und Umweltbelastungen“ (BT-Drucksache 12/4626, Frage 17.1), „Die Notwendigkeit von ökologischen Kinder-

rechten; Gefährdung von Kindern durch Umweltgifte“ (BT-Drucksache 12/4817, Fragen 11.3, 11.4) und „Ökologischer Gesundheitsschutz“ (BT-Drucksache 12/6128, Fragen 22 und 23) verwiesen.

*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?

Die Voraussetzung zur Bestimmung des präventiven Potentials einer gesunden Ernährungsweise ist die Kenntnis der relativen Risiken, die auf Ernährungsfaktoren zurückzuführen sind. Zu den Krankheiten, bei deren Entstehung und/oder Verlauf Ernährungsfaktoren beteiligt sind, zählen u. a. Herz-Kreislaufkrankheiten (z. B. Bluthochdruck, ischämische Herzkrankheiten, Erkrankungen der Hirngefäße, sonstige arterielle Verschlusskrankheiten), Karies, Gicht, Gallensteine, Diabetes mellitus Typ II, Fettstoffwechselstörungen, Jodmangelstruma (Kropf), Osteoporose, Eisenmangel- und Vitaminmangelanämie, Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen sowie bösartige Neubildungen. Das Ausmaß des Einflusses der Ernährung auf diese Krankheitsbilder ist sehr unterschiedlich.

Störungen des Stoffwechsels von Kohlenhydraten und Aminosäuren sind genetisch bedingt, können aber durch diätetische Maßnahmen günstig beeinflusst werden. Auch bei Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie und Hochdruckkrankheiten überwiegt die genetische Ätiologie. Überernährung beeinflusst jedoch Entstehung und Verlauf.

Besonders hoch ist das präventive Potential bei Karies (v. a. durch regelmäßige Fluoridgaben im Säuglings- und Kleinkindalter und einen geringen Süßwarenverzehr), bei Struma (durch jodreiche Lebensmittel wie Fisch und einen konsequenten Gebrauch von jodiertem Kochsalz) oder bei einem großen Teil der Anämien (durch reichliche Eisenzufuhr, insbesondere in leicht resorbierbarer Form, v. a. in Fleisch).

Daten über ernährungsabhängige relative Risiken und die damit verbundenen direkten und indirekten Kosten liegen in der Bundesrepublik Deutschland für einige Krankheiten vor, z. B. für die Hypertonie. So beliefen sich die durch Hypertonie und Hochdruckkrankheiten verursachten direkten und indirekten Kosten in der Bundesrepublik Deutschland nach der von der Bundesregierung geförderten Studie „Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten“ im Jahre 1990 auf rund 7,5 Mrd. DM.

In dieser Studie werden die direkten und indirekten Kosten ernährungsabhängiger Erkrankungen im Jahre 1990 auf ca. 107 Mrd. DM in der Bundesrepublik Deutschland geschätzt. Da jedoch die in der Studie ermittelten Kosten nicht ausschließlich durch Fehlernährung bedingt, sondern zu einem mehr oder minder

großen Anteil nur mitbedingt sind, läßt sich nicht berechnen, in welcher Höhe Kosten durch ein verbessertes Ernährungsverhalten der Bevölkerung eingespart werden könnten bzw. welche Last an Erkrankungen und vorzeitiger Sterblichkeit dadurch genommen werden könnte.

Nach § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben die Krankenkassen die Versicherten über Gesundheitsgefährdungen und Krankheitsrisiken zu informieren und sie darin zu unterstützen, eigenverantwortlich ihre Gesundheit zu fördern. So bieten die Kassen auch eine Vielzahl von Ernährungsprogrammen an, geben Ernährungs- und Diätempfehlungen heraus, richten Übungsküchen ein und klären auf vielfältige Weise die Versicherten über gesundes Ernährungsverhalten auf.

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

Zu der Gruppe der Menschen, die in besonderem Maße von ernährungsabhängigen Erkrankungen betroffen sein können, gehören jene mit hohem Medikamenten-, Alkohol- oder Zigarettenkonsum. Sie sorgen sich häufig sehr unzureichend mit essentiellen Nährstoffen. Dies gilt häufig auch für ältere Menschen. Über ein Drittel der starken Raucher hat eine niedrige Vitamin C- und Beta-Carotin-Versorgung, und etwa 13 % der älteren Menschen sind unzureichend mit Vitamin B 12 versorgt.

Etwa 12 % der bundesdeutschen Bevölkerung zeigt ein massives Übergewicht (body-mass-index > 30) und etwa 30 % der Frauen bzw. 45 % der Männer zeigen ein mäßiges Übergewicht (body-mass-index 25 – 30). Den höchsten Anteil stark übergewichtiger Frauen beobachtet man in der Altersklasse 45 – 54 Jahre, bei Männern hingegen in der Altersklasse 55 – 64 Jahre. Mit einem erhöhten Körpergewicht ist ein erhöhtes Risiko typischer ernährungsabhängiger Erkrankungen verbunden, z. B. Hypercholesterinämie, Bluthochdruck, Gicht oder Diabetes mellitus.

Auch Mädchen und junge Frauen, die einem extremen Schlankheitsideal nahekommen, haben häufig eine Mangelversorgung mit essentiellen Nährstoffen, wie die Auswertungen der von der Bundesregierung geförderten „Nationalen Verzehrsstudie“ gezeigt haben.

Bezüglich näherer Ausführungen verweist die Bundesregierung auch auf die Ernährungsberichte 1988 und 1992, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung erstellt und publiziert wurden.

3. Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung hinsichtlich der Verteilung ernährungsbezogener Risiken nach sozialen Schichten bzw. Lebenslage-Gruppen und Geschlecht?

Erste Erkenntnisse über die Verteilung ernährungsbezogener Risiken nach sozialen Schichten und Geschlecht liegen mit dem Datenmaterial der Nationalen Verzehrsstudie vor, welche in den Jahren 1985 – 1988 in Deutschland durchgeführt und von der Bundesregierung gefördert wurde, sowie aufgrund der mit dieser Studie zusammenhängenden Verbundstudie Ernährungserhebung und Risikofaktoren-Analytik (VERA). Obgleich noch weitere Auswertungen ausstehen, läßt sich erkennen, daß vermeidbare Risikofaktoren ernährungsbedingter Erkrankungen in der Bevölkerung in Abhängigkeit vom Körpergewicht, dem Bildungsstand und der Region unterschiedlich häufig auftreten. Zum Beispiel beobachtet man tendenziell höhere Cholesterin- und Triglyzeridparameter im Süden Deutschlands. Ausführliche Ergebnisse sind dargestellt in der VERA-Schriftenreihe Band VII (1993). Umfangreiches Datenmaterial zur Vitaminversorgung verschiedener Bevölkerungsgruppen findet man in Band IV der gleichen Reihe (1992). In beiden Bänden wird neben Geschlecht und Alter eine Vielzahl weiterer sozialer Indikatoren berücksichtigt.

Studien zeigen deutliche Unterschiede im Ernährungsverhalten je nach Ausbildungsgrad. Der Zusammenhang zwischen Ausbildungsgrad und Ernährungsverhalten wurde auch durch eine Ernährungserhebung innerhalb der deutschen Beteiligung am internationalen MONICA-Projekt (MONICA = Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bestätigt. Mit besserer Ausbildung nimmt der mittlere tägliche Verzehr an Fleisch und Wurstwaren ab, der Verzehr an Käse, Frischgemüse und Frischobst nimmt hingegen zu. Besser ausgebildete Männer nehmen weniger Cholesterin, aber mehr Ballaststoffe, Vitamin C, Vitamin E und Calcium als schlechter ausgebildete Männer auf. Die Energiezufuhr, Gesamtfettzufuhr sowie die Fettsammensetzung erweist sich als weitgehend unabhängig vom Ausbildungsstatus. Der höhere Verzehr an Käse, Frischobst und Frischgemüse, bei geringerem Verzehr an Fleisch und Wurst zeigt, daß besser ausgebildete Männer sich tendenziell gesundheitsbewußter ernähren als weniger gut ausgebildete Männer. Dieses Verhalten wirkt sich auf die Zufuhr ausgewählter Vitamine und Mineralstoffe positiv, aber nur gering auf die Zufuhr der Hauptnährstoffe (Eiweiß, Fett, Kohlenhydrate) aus.

Bezüglich der Zusammenhänge zwischen ernährungsbezogenen Risiken und Geschlecht siehe auch Antwort auf Frage E.2.

4. Welche programmatischen und praktischen Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den u. a. durch die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) und die nationale Verzehrsstudie 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?

Es ist eine alte, doch immer noch fortgeltende Erkenntnis, daß Ernährungsverhalten bereits in früher Kindheit

geprägt wird und in späteren Lebensabschnitten nur schwer zu verändern ist. Die Bundesregierung läßt diese Erkenntnis bei ihren Präventionsstrategien im Bereich der ernährungsabhängigen Erkrankungen nicht außer acht. Dabei werden selbstverständlich neue wissenschaftlich bewiesene Erkenntnisse immer berücksichtigt (siehe auch Antworten auf die Fragen E.6 und 7).

Bei allen in der Jugend ansetzenden Maßnahmen, die auf eine Verbesserung des Ernährungsverhaltens abzielen, können hinsichtlich der Gesamtbevölkerung nur langfristig Änderungen erreicht werden. Nach den Ergebnissen des von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten erstellten „Ernährungsberichtes 1992“ gibt es erste Hinweise, daß sich die Ernährungssituation in der Bundesrepublik Deutschland (alte Länder) verbessert hat. Der Pro-Kopf-Verbrauch an Getreideprodukten, Obst, Gemüse, Frischmilcherzeugnissen, Käse, Geflügelfleisch und Fisch hat zugenommen. Während sich der Verbrauch von Zucker und Fetten nicht verändert hat, kann eine Abnahme im Verbrauch von Eiern und Fleisch beobachtet werden. Erste Beobachtungen in den neuen Ländern lassen seit 1990 eine rasche Anpassung an diese Entwicklung erkennen (siehe die Antworten auf die Fragen E.8 und 9). Dies unterstreicht, daß die Präventionspolitik der Bundesregierung auch auf diesem Feld grundsätzlich auf einem richtigen Weg ist. Die Erkenntnisse machen deutlich, daß die Vielzahl der Maßnahmen der Ernährungsaufklärung und -beratung in Deutschland fortgesetzt werden muß. Hierzu gehören auch die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bundesweit sowie die in der Kompetenz der Länder wahrgenommenen ernährungserzieherischen Aufgaben im vorschulischen und schulischen Bereich.

Da Kinder und Jugendliche von sich aus nicht für eine gesunde Ernährung und ein gesundes Ernährungsverhalten motiviert sind, wird Ernährungserziehung immer im sozialen Umfeld stattfinden müssen. Insbesondere Motive wie Spaß, Abenteuer und Erlebnisfreude können erfolgreich genutzt werden, um ein gesundes Ernährungsverhalten zu vermitteln. In allen Entwicklungsphasen muß ein Aufklärungsansatz verwirklicht werden, der geprägt ist durch Persönlichkeitsstärkung, Selbstbestimmung und die kompetente Beteiligung an Entscheidungen.

Die Bundesregierung kann im übrigen nicht bestätigen, daß – wie in der Frage unterstellt – die im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) ergriffenen Maßnahmen ohne Einfluß auf das Risikoprofil für ernährungsabhängige Krankheiten geblieben sind. Das Merkmal Übergewicht konnte zwar nicht wie geplant reduziert werden, jedoch wurde eine signifikante Senkung bezüglich des Gesamtcholesterins erreicht und eine Verbesserung des Quotienten High Density Lipoproteins (HDL) zu Low Density Lipoproteins (LDL) zugunsten der günstigen HDL.

5. Welche Konsequenzen hinsichtlich zielgruppenspezifischer Maßnahmen ernährungsbezogener Präventionspolitik zieht die Bundesregierung aus diesen Einschätzungen, und welche Schritte unternimmt sie, um diese praktisch umzusetzen?

Neue Ergebnisse der Forschung gehen grundsätzlich in die kontinuierlich erfolgende Weiter- bzw. Neuentwicklung von Strategien der gesundheitlichen Aufklärung, die in allen Bereichen, wenn immer möglich, zielgruppenorientiert ist, ein. Dies gilt auch für die ernährungsbezogene Präventionspolitik der Bundesregierung.

In der von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen Studie „Strukturanalyse der Ernährungsberatung“ wurden, ausgehend von einer Ist-Analyse, Strategien für eine verbesserte zielgruppenspezifische Ernährungsaufklärung und -beratung entwickelt, die bei neuen Maßnahmen berücksichtigt werden.

Auch bislang gab es für zahlreiche Zielgruppen spezielle Medien- und Beratungsangebote, z. B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) sowie des Auswertungs- und Informationsdienstes für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (AID).

Hauptzielgruppe der Ernährungsaufklärung der BZgA sind Kinder und Jugendliche. Die langfristig angelegten Maßnahmen zielen nicht allein auf Wissensvermittlung ab, sondern auf eine Änderung des Ernährungsverhaltens. Dazu ist es notwendig, daß die Konzeption der Aufklärungsarbeit die sozialen Bedingungen der Zielgruppe Kinder und Jugendliche berücksichtigt. Hauptaugenmerk der Arbeit liegt dabei darin, Multiplikatoren für diese Zielgruppe Arbeitsmaterialien an die Hand zu geben, mit deren Hilfe sie ein Ernährungsbewußtsein vermitteln können. Auch den Multiplikatoren, die mit anderen Zielgruppen, z. B. dem Personal in Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung, arbeiten, stehen spezielle Schulungsprogramme und Aufklärungsmaterialien zur Verfügung.

Spezielle Beratungs- und Aufklärungsangebote zum Thema gesunde Ernährung richten sich auch an ältere Menschen direkt sowie an die Mitarbeiter von Alten- und Pflegeheimen und Sozialstationen.

Zur Umsetzung der geschilderten zielgruppenspezifischen Maßnahmen trägt u. a. das von der Bundesregierung finanzierte Projekt „Verbraucheraufklärung im Ernährungsbereich“ mit der von den Verbraucherzentralen (VZ) in den Ländern durchgeführten Ernährungsberatung bei. Auch hier werden neben eigenen Veröffentlichungen der VZ Materialien des AID verwendet. Als besonders breitenwirksam hat sich die mobile Beratungsarbeit der VZ in den neuen Ländern mit eigens bereitgestellten Spezialfahrzeugen („Infomobilen“) bewährt.

Die kontinuierliche inhaltliche Koordinierung von Beratungsaussagen aller mit öffentlichen Mitteln geförderten Ernährungsberatungsinstitutionen hat sich ein Arbeitskreis dieser Einrichtungen zur Aufgabe gemacht.

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?

Die im Auftrag oder mit Förderung der Bundesregierung erarbeiteten Aufklärungsmaterialien, z. B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) oder des Auswertungs- und Informationsdienstes für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (AID), stehen bundesweit sowohl den Bürgerinnen und Bürgern als auch den Multiplikatoren im Ernährungsbereich, z. B. beratenden Institutionen wie Gesundheitsämtern, Krankenkassen, Verbraucherzentralen, zumeist kostenlos zur Verfügung. Sie werden regelmäßig dem Stand der Wissenschaft entsprechend überarbeitet und auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt. Die Abstimmung und Weiterentwicklung der Materialien erfolgt auf der Grundlage von Erkenntnissen aus Evaluationsstudien sowie aufgrund von Rückmeldungen.

7. Welche Maßnahmen der Evaluation, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung hat die Bundesregierung zu diesen Materialien und Kampagnen in den letzten Jahren unternommen?

Schriftliche Informationsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und des Auswertungs- und Informationsdienstes für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (AID) werden bei Bedarf überarbeitet und dem aktuellen Wissensstand im Ernährungsbereich angepaßt. Die Materialien werden schwerpunktmäßig durch Begleitstudien oder durch Reichweiten- und Wirkungsanalysen evaluiert (siehe Antwort auf Frage B.6).

Beispielsweise wurde das von der BZgA entwickelte Kurssystem „Abnehmen – aber mit Vernunft“ evaluiert und auf der Basis der Ergebnisse optimiert. Wirksamkeitskontrollen zeigen, daß dieses Programm seinem Anspruch einer langfristig wirksamen Änderung des Ernährungsverhaltens gerecht wird. Zum anderen hat die BZgA als einen Beitrag zur Qualitätssicherung präventiver Maßnahmen im Ernährungsbereich einen „Qualitätsraster Adipositas“ in Zusammenarbeit mit den Bundesverbänden der Krankenkassen entwickelt. Der Raster wird derzeit implementiert. Er enthält Kriterien zur Bewertung von Maßnahmen zur Gewichtsreduktion bez. Anlage, Kosten, verhaltensändernde Wirkung, Umsetzbarkeit im Alltag etc. Dieses Instrument zielt darauf ab, daß nur noch effektive und gesundheitsgerechte Maßnahmen zur Gewichtsreduktion durch Krankenkassen bezuschußt werden (siehe auch Antwort auf Frage F.5).

Die DGE bietet mit immer wieder aktualisierten Beratungsstandards einen Orientierungsrahmen zu ausgewählten Fragestellungen in der Ernährungsberatung.

Der Qualitätsverbesserung des Beratungsangebotes dient auch ein Fort- und Weiterbildungsprogramm für Multiplikatoren im Ernährungsbereich, das der AID im Rahmen der Projektförderung des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten durchführt. Es richtet sich an Fach-, Lehr- und Beratungskräfte einschließlich Mitarbeiter aus dem Großküchenbereich. Neben warenkundlichem, lebensmittelrechtlichem, ernährungsphysiologischem und psychologischem Fachwissen werden auch methodische und didaktische Kenntnisse vermittelt.

8. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über die Anpassung der Ernährungsgewohnheiten in den neuen Bundesländern an veränderte Einkommens-, Angebots- und Preisstrukturen?

Zu dieser Frage liegen der Bundesregierung Ergebnisse regionaler Studien vor. Danach zeigen sich in den neuen Ländern deutliche Veränderungen beim Verbrauch einzelner Lebensmittelgruppen. So erhöhte sich z.B. der Verbrauch an frischen Südfrüchten, Gemüse, Käse, Joghurt, Quark, Margarine, Seefisch und Geflügelfleisch. Rückgänge im Verbrauch waren bei Butter, Schweine- und Rindfleisch zu verzeichnen. In der Rangfolge der Beweggründe für einen rückläufigen Lebensmittelverbrauch stand der gesundheitliche Aspekt an erster Stelle.

Obwohl die Studien nicht repräsentativ sind, reflektieren sie doch typische Verhaltensweisen ausreichend gut. Ein erweitertes, ständig verfügbares Lebensmittelsortiment und veränderte Preisstrukturen trugen wesentlich zu Änderungen im Verbrauch einzelner Lebensmittel bei. Es deutet sich eine allmähliche Stabilisierung des Verbraucherverhaltens an. Langfristig ist mit einer weiteren Angleichung des Ernährungsverhaltens der Verbraucher in den neuen Ländern an das der alten Länder zu rechnen. Insgesamt unterscheiden sich die Ernährungsprobleme in den neuen Ländern nicht wesentlich von denen im früheren Bundesgebiet.

Entscheidend für die Änderungen im Verbrauchsverhalten waren die Angebotsfülle gegenüber früheren Defiziten im Lebensmittelsortiment sowie veränderte Preisrelationen. Preisveränderungen spielen bei Speisen und Getränken in Gaststätten und Kantinen sowie bei Brot und Backwaren eine erhebliche Rolle.

9. Welche Auswirkungen haben nach Ansicht der Bundesregierung diese Veränderungen auf Umfang und Verteilung von ernährungsbezogenen Gesundheitsrisiken?

Die in der Antwort auf Frage E.8 beschriebenen Verbrauchsstrukturen wirken sich auf die Ergebnisse von Ernährungsbilanzen bei einigen Inhaltsstoffen günstig aus. Gestiegener Südfruchtverzehr führt zur Erhöhung der bisher unzureichenden Vitamin C-Aufnahme, der höhere Margarine- und niedrigere Butteranteil bewirken einen höheren Anteil an erwünschten mehrfach ungesättigten Fettsäuren, das nunmehr in größerem

Umfang verfügbare und verzehrte Vollkornbrot führt zu einer höheren Ballaststoffaufnahme. Diese Faktoren dürften sich – repräsentative Ernährungsbilanzen liegen bislang noch nicht vor – auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung in den neuen Ländern positiv auswirken.

Durch die seit 1990 schlechter gewordene Jodversorgung (Verbrauch von jodiertem Speisesalz ist in den neuen Ländern rückläufig) ist das Risiko, an Jodmangelstruma (Kropf) zu erkranken, in der Bevölkerung der neuen Länder gestiegen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat zur Verbesserung der Jodversorgung in Deutschland die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen. Durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Vorschriften über jodiertes Speisesalz soll die Verwendung von Jodsalz bei Bäckern und Metzgern, in Kantinen, der Gastronomie und der übrigen Lebensmittelwirtschaft gefördert werden. Eine flankierende Aufklärungskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist bei Bäckern und Metzgern angelaufen, die übrigen Bereiche werden folgen.

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?

Einen quantitativen Überblick über das Verpflegungsangebot in Ganztagschulen enthält der Ernährungsbericht 1992 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Danach bestand in 75 % der untersuchten Ganztagschulen ein Schulmilchangebot, in 57 % ein Speisen- oder Getränkeangebot an einem Stand/Wagen. In nahezu allen befragten Schulen wurde eine warme Mittagsmahlzeit angeboten. Informationen darüber, wie viele Kinder und Jugendliche weder in Kindergärten und Schulen noch zu Hause eine dem Bedarf angemessene Tagesernährung erhalten, liegen der Bundesregierung nicht vor.

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?

Die Bundesregierung hat bei ihren Maßnahmen im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung einen Schwerpunkt im Bereich der Ernährung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, gesetzt (siehe Antwort auf Frage E.4). Die Medien und Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sind den Ländern bekannt und mit diesen abgestimmt. Auch die durch die Bundesregierung geförderten Medien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), die sich an verschiedene Zielgruppen, u.a. Eltern, Erzieher, Lehrer und Küchenkräfte wenden,

stehen den Ländern zur Verfügung. Im Bereich der Multiplikatorenschulungen führt z.B. die DGE in Berlin Intensiv-Schulungsprogramme für Kindertagesstätten-Leiter/Leiterinnen, Erzieher/Erzieherinnen und Küchenkräfte durch, in denen Kenntnisse zur Lebensmittelauswahl und -zusammenstellung, -verarbeitung und -bevorratung in Theorie und Praxis vermittelt werden. Eine wichtige Aufgabe bei der Sicherstellung und Qualitätsprüfung einer gesunden Ernährung für Kinder und Jugendliche haben auch die Verbraucherzentralen und der Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (AID) übernommen, zum überwiegenden Teil mit Fördermitteln der Bundesregierung (siehe auch Antwort auf Frage E.7).

Im Rahmen des Projektes „Gesundes Schulfrühstück“ werden von der BZgA Informationsveranstaltungen vorwiegend in Grundschulen durchgeführt. Über mobil eingesetzte Aktionsmedien, wie die „Reisende Frühstücksbar“ bzw. die „Frühstückskisten“ wird Lehrern und Eltern dargelegt, daß Kinder leicht Zugang zu einer gesunden Ernährung finden können, wenn mit Phantasie und Experimentierfreude eine angenehme Essensatmosphäre geschaffen wird.

Mit dem Projekt „Gut drauf“ zielt die BZgA mittels eines spaß- und abenteuerorientierten Motivationsansatzes auf das Ernährungs-, Bewegungs- und Streßbewältigungsverhalten von Jugendlichen ab. Das Projekt arbeitet gemeindenah in von Jugendlichen häufig frequentierten Bereichen wie z.B. in Schulen, Sportvereinen, Freizeiteinrichtungen.

Das im Rahmen des Programms der Europäischen Union „Europa gegen den Krebs“ laufende Projekt zur Krebsprävention an Schulen, an dem vier Länder teilnehmen, hat einen seiner Hauptschwerpunkte auf dem Gebiet gesunde Ernährung.

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?

Im Gegensatz zu den in der Frage genannten Zahlen hat nach Kenntnis der Bundesregierung etwa die Hälfte der Beschäftigten in der Bundesrepublik Deutschland, also 14 – und nicht nur sechs Millionen – die Möglichkeit, in Kantinen zu essen.

In einem Projekt „Außer-Haus-Verpflegung für Berufstätige“ hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) modellhaft Maßnahmen für Beschäftigte, denen keine Kantine zur Verfügung steht, entwickelt und erprobt. Im Rahmen der allgemeinen Ernährungsinformation und -aufklärung wird vom Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (AID) die speziell auf diese Zielgruppe abgestimmte Informationsschrift „Fit am Arbeitsplatz – durch richtiges Essen“ herausgegeben. Weitere Maßnahmen sind wegen fehlender Zuständigkeit des Bundes nicht geplant.

13. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um die gesundheitliche Qualität des Kantinenessens zu gewährleisten bzw. zu verbessern, insbesondere auch im Hinblick auf in Nacht- und Schichtarbeit Beschäftigte?

Für Kantinen bei Dienststellen des Bundes hat die Bundesregierung Richtlinien erlassen, die zuletzt 1989 überarbeitet wurden. Sie enthalten Empfehlungen über die qualitative und quantitative Zusammensetzung von Mittagmahlzeiten in Kantinen des Bundes. Diese Kantinenrichtlinien des Bundes werden auch von den Ländern und Gemeinden als Maßstab herangezogen.

Von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), die durch Fördermittel der Bundesregierung unterstützt wird, wurden Informationsmaterialien zur Ernährung für Nacht- und Schichtarbeiter erarbeitet, die kostenlos erhältlich sind. Darüber hinaus informiert die DGE Multiplikatoren, z.B. mittels Lehrgängen zur Gemeinschaftsverpflegung, über das Thema „Ernährung der Nacht- und Schichtarbeiter“.

14. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Ernährungslage von langfristig Arbeitslosen sowie Sozialhilfeempfängern, Altersrentnern mit geringen Bezügen, Aus- und Rücksiedlern, Asylsuchenden und Obdachlosen?

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), das am 1. November 1993 in Kraft trat, regelt den Unterhalt von Asylbewerbern. Für die Durchführung des Gesetzes sind die Landesregierungen und die von ihnen beauftragten obersten Landesbehörden zuständig. Der Bund ist am Vollzug des Gesetzes nicht beteiligt. § 3 Abs. 1 AsylbLG bestimmt, daß der „notwendige Bedarf“ an Ernährung grundsätzlich durch Sachleistungen gedeckt werden soll. Nur unter besonderen Voraussetzungen sind ausnahmsweise Leistungen in Form von Wertgutscheinen oder Bargeldzahlungen erlaubt (modifiziertes Sachleistungssystem). Das AsylbLG ermöglicht weiterhin die Verpflegung mittels eines „Selbstversorgungssystems“, denn die Umstellung auf das Sachleistungsprinzip schließt nicht aus, Asylbewerbern unzubereitete Lebensmittel ihrer Wahl zur Verfügung zu stellen, um ihnen zu ermöglichen, ihre Speisen selbst anzurichten. Nahrungsmittel müssen keineswegs für alle gleich bemessen sein, sondern können auch nach neuem Recht differenziert und flexibel angeboten werden, um so etwa religiös oder ethnisch bedingte Eigenheiten zu berücksichtigen. Darüber hinaus kann auf diese Weise ggf. auch ernährungsphysiologischen Bedürfnissen (Diätkost, Schonkost, Babynahrung usw.) Rechnung getragen werden.

Die laufenden Leistungen zur Bestreitung des Lebensunterhalts eines Sozialhilfeempfängers, die nach Regelsätzen bemessen werden, umfassen lt. Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge mindestens zu 50 % den Bedarf für Ernährung. Die Höhe der Regelsätze wird von den jeweiligen Ländern seit dem 1. Juli 1990 auf der

Grundlage des sog. Statistik-Modells ermittelt. Grundlage ist dabei das statistisch ermittelte Ausgaben- und Verbraucherverhalten von Haushalten in unteren Einkommensgruppen. Der Ernährungsbedarf ist so bemessen, daß er eine vollwertige Ernährung sichert und die notwendigen Nährstoffe (Protein, Fett, Kohlenhydrate, Mineralstoffe und Vitamine) zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit ausreichend deckt. Sozialhilfeempfänger, die eine kostenaufwendigere Ernährung benötigen, haben zudem einen Anspruch auf Krankenkost- oder Diätzulage.

Bei älteren Menschen sind als Risikogruppen für eine nicht bedarfsgerechte Ernährung Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen und Multimorbidität anzusehen.

Daten über die Ernährungslage von Arbeitslosen, Aus- und Rücksiedlern sowie Obdachlosen liegen der Bundesregierung nicht vor.

15. Welche zielgruppenspezifischen Programme entwickelt bzw. verfolgt die Bundesregierung, um Ernährungsdefiziten in Qualität, Quantität und kultureller Entsprechung bei diesen Gruppen entgegenzuwirken?

Hier wird auf die Zuständigkeit der Länder und Kommunen verwiesen.

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?

Die Bundesregierung verfolgt in ihrer Ernährungspolitik auch das Ziel, die Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln zu angemessenen Preisen bei einem vielseitigen Angebot zu gewährleisten. Auf diese Weise wird sichergestellt, daß alle Verbraucher die Möglichkeit haben, sich abwechslungsreich, vernünftig und den kulturellen Gepflogenheiten entsprechend zu ernähren.

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?

Die Bundesregierung hat Bemühungen nachdrücklich unterstützt, in denen die Kommission der Europäischen Union (EU) vom Ministerrat aufgefordert wurde, u. a. auch im Rahmen des Programms „Europa gegen Krebs“ Maßnahmen zu „Ernährung und Gesundheit“ vorzuschlagen, ggf. sogar dazu ein umfassendes Programm zu entwickeln. Leider hat die Kommission diesem vom Ministerrat erteilten Auftrag bisher nicht ent-

sprochen. Auch in einer Mitteilung der Kommission vom 24. November 1993 über den „Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ sind keine Vorschläge dieser Art enthalten.

Die Bundesregierung trägt einen größeren Teil der Kosten für den deutschen Teil einer langjährigen internationalen epidemiologischen Studie, die unter der Koordination der International Agency for Research on Cancer (IARC) Lyon in verschiedenen EU-Mitgliedstaaten begonnen wurde und mit deren Hilfe umfassende Kenntnisse über den Einfluß der Ernährung und ihre einzelnen Faktoren auf die Krebsentstehung gewonnen werden sollen.

Auf nationaler Ebene befaßt sich im Rahmen des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung eine eigene Arbeitsgruppe mit der Umsetzung von gesicherten Erkenntnissen zum Thema Krebs und Ernährung. Diese Arbeitsgruppe hat neben Empfehlungen zur Ernährung von Tumorkranken auch solche zur Prävention von Krebserkrankungen entwickelt, welche durch eine Infothek der Deutschen Gesellschaft für Ernährung einem breiten Publikum zugänglich gemacht werden. Derzeit werden z. B. Empfehlungen zur ausreichenden Zufuhr von Vitaminen unter dem Aspekt der Krebsprophylaxe erarbeitet (siehe Antwort auf Frage B.4).

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?

Die Ernährungspolitik der Bundesregierung richtet sich in diesem Zusammenhang nicht, wie in der Frage unterstellt, schwerpunktmäßig auf eine Regulierung des Cholesterinspiegels. Die Empfehlungen verfolgen vielmehr ganzheitliche und multikausale Ansätze. Wissenschaftlich unstrittig ist jedoch, daß eine vollwertige, fett- und cholesterinarme Ernährung zur Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen beitragen kann. Selbst von den meisten Kritikern einer intensiven medikamentösen cholesterinsenkenden Therapie wird ein erhöhter Cholesterinspiegel als Risikofaktor für arteriosklerotische Krankheiten angesehen. Deren Kritik richtet sich vornehmlich gegen eine massive, altersunabhängige medikamentöse Lipidsenkung, nicht jedoch gegen die entsprechenden Ernährungsempfehlungen.

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?

Steuervereinfachung ist ein besonderes steuerpolitisches Anliegen der Bundesregierung. Dem würde eine

weitere Überfrachtung des Steuerrechts mit außerfiskalischen Zielsetzungen zuwiderlaufen. Die Bundesregierung beabsichtigt deshalb nicht, für tierische Fette steuerliche Sonderregelungen im Bereich der Besitz- und Verkehrsteuern einzuführen. Ebenso ist die Einführung einer Verbrauchsteuer auf tierische Fette nicht vorgesehen. Eine solche Steuer würde nur die in Deutschland in den Verkehr gebrachten Erzeugnisse belasten und damit zu Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der deutschen Produzenten führen. Soweit mit der steuerlichen Belastung von tierischen Fetten eine Erschwerung des Marktzuganges für Anbieter aus Drittländern verbunden wäre, könnten zudem handelspolitische Auseinandersetzungen im Rahmen der Vereinbarungen des General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) zu erwarten sein. Darüber hinaus würde eine prohibitiv ausgestaltete Steuer auf ein Grundnahrungsmittel Haushalte mit niedrigeren Einkommen unverhältnismäßig belasten.

Die Bundesregierung hält das Instrument einer gezielten Besteuerung zur Veränderung des Ernährungsverhaltens für ungeeignet. Die öffentlich geförderte Ernährungsaufklärung und -beratung in Deutschland bemüht sich vielmehr, durch gezielte Maßnahmen den Fettverzehr insgesamt, insbesondere den Verzehr tierischer Fette, von derzeit 40 % der Gesamtenergiezufuhr pro Tag langfristig auf 25 – 30 % zu reduzieren.

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?

Derartige Modellrechnungen sind der Bundesregierung nicht bekannt. Es wird jedoch auf Kapitel 5 des Ernährungsberichts 1988 verwiesen, in dem die Möglichkeiten und Grenzen der Beeinflussung des Ernährungsverhaltens durch staatliche Maßnahmen untersucht werden.

#### F. Rolle der Ärzte in der Prävention

Für den Bereich der Rolle der Ärzte in der Prävention verweist die Bundesregierung zunächst auf den folgenden Sachverhalt:

Die vertragsärztliche Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung umfaßt auch präventive Leistungsangebote, wie z.B. die Gesundheitsuntersuchung oder die Krebsfrüherkennungsuntersuchung (§§ 11, 21 – 26, 73 Abs. 1 SGB V). Die vertragsärztliche Versorgung erfolgt im Rahmen des den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragenen Sicherstellungsauftrages, dessen inhaltliche Ausgestaltung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen obliegt. Die Bundesregierung hat nach geltendem Recht auf die konkrete Ausgestaltung keine Einflußmöglichkeiten.

Präventive Aufgaben nehmen auch die Betriebsärzte auf der Grundlage des § 3 des Arbeitssicherheitsgesetz

zes (ASiG) wahr. Dieses Gesetz zielt sowohl auf eine arbeitsmedizinische Sekundärprävention als auch auf eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Sinne der Primärprävention.

1. Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung hinsichtlich des Potentials ärztlicher Prävention zur Eindämmung wichtiger Volkskrankheiten?

Die Prävention ist fächerübergreifend und kontinuierlich Gegenstand der ärztlichen Ausbildung. Zwar ist sie nicht als gesondertes Fach ausgewiesen, ist aber in den zu lehrenden und zu prüfenden Fächern enthalten, z.B. im Prüfungsstoff für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten oder im Prüfungsstoff für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung die Prävention einschließlich Gesundheitsberatung. Außerdem zählen sozialmedizinische Probleme der Krankheitsentstehung und -verhütung sowie arbeitsmedizinische Untersuchungen zur Verhütung und Früherkennung beruflich bedingter Schäden zum Lehr- und Prüfungsstoff der ärztlichen Ausbildung. Im Rahmen der vorgesehenen Neuordnung des Medizinstudiums werden derzeit u.a. auch Überlegungen angestellt, wie die Lehrinhalte der Prävention und Gesundheitsförderung noch intensiver als bisher in der ärztlichen Ausbildung vermittelt werden können.

Nach Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommt der Ärzteschaft, in enger Kooperation mit anderen Berufsgruppen, bei der Prävention der wichtigen Volkskrankheiten eine bedeutende Aufgabe zu, da sie ihre Maßnahmen an den individuellen Gesundheitsrisiken der von ihnen betreuten Patienten ausrichtet und damit dem jeweiligen Bedarf anpassen kann. Den gesetzlichen Rahmen hierzu gibt der § 28 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Danach muß die Tätigkeit des Arztes „zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sein“. Zu den Schwerpunkten einer vor allem primär-präventiven Gesundheitsberatung der im ambulanten Versorgungsbereich tätigen Ärzte zählen im einzelnen:

- die Erfassung und Abschätzung individueller Gesundheitsrisiken,
- ärztliche Einflußnahme auf Patienten zur Vermeidung gesundheitsgefährdender Ernährungs- und Lebensgewohnheiten,
- der Aufbau bzw. die Stärkung der Motivation zu einer gesundheitsgerechten Lebensweise,
- die Unterstützung des Patienten im Hinblick auf die für seine Gesundheit relevanten veränderten Lebensbedingungen.

Die Krankenkassen sehen die Rolle des Arztes entsprechend seiner Qualifikation überwiegend in der Krankheitsfrüherkennung und in der Beratung des Patienten hinsichtlich einer frühzeitigen aktiven Wahrnehmung

der Angebote zur Gesundheitsförderung. Diese sollen von qualifiziertem Personal verschiedenster Träger, u. a. auch der Krankenkassen, durchgeführt werden.

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?

Die Bundesregierung befürwortet, wie aus den im Gesundheitsreformgesetz von 1989 und im Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 geschaffenen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu ersehen ist, die Verstärkung des präventiven Anteils in der medizinischen und sozialen Versorgung der Bevölkerung. So sind insbesondere mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes Anreize für den Ausbau weiterer präventivmedizinischer Leistungen geschaffen worden. Die Leistungserbringer sind aufgefordert, diesen Weg entsprechend weiter zu gestalten. Die Bundesregierung unterstützt dies durch Modell- und Forschungsvorhaben sowie Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung (siehe hierzu auch die Antworten auf die Fragen B.2 und C.3).

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?

Die Schulung von chronisch Kranken ist eine wesentliche Voraussetzung für den eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung, für eine erfolgreiche Umsetzung der medizinischen Therapie sowie eine wichtige Hilfe bei der Bewältigung des chronisch Krankseins. Daher hat die Bundesregierung bezüglich vieler chronischer Erkrankungen Schulungsmodelle erproben und weiterentwickeln lassen.

In welcher Form und in welchem Umfang Angebote zur Patientenschulung in die vertragsärztliche Versorgung einbezogen werden, ist eine Frage der konkreten Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrages. Ein Beispiel hierfür ist der 1991 erfolgte Abschluß der Diabetes-Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Ersatzkassen, die von den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen auf kommunaler und Landesebene auch für den Primärkassenbereich übernommen wurde. Die Übertragbarkeit auf andere Gruppenbetreuungsprogramme wird derzeit auch im Rahmen eines von der Bundesregierung geförderten Modellversuchs bei an Bluthochdruck Erkrankten geprüft. Ähnliche Modellprojekte sind für an Asthma Erkrankte und für Menschen mit Wirbelsäulenbeschwerden beabsichtigt. Neben der gesundheitlichen Aufklärung und Schulung der betroffenen Patienten ist dabei auch ihren Angehörigen Unterstützung im

Umgang mit der Erkrankung zu gewähren. Ergänzend bietet die Teilnahme an Selbsthilfegruppen eine Möglichkeit, um das Leben mit der chronischen Krankheit besser zu bewältigen. Dem hat die Bundesregierung mit der durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingefügten Ergänzung des § 20 Abs. 3 a SGB V Rechnung getragen, mit der die Tätigkeit der Selbsthilfegruppen stärker in das Konzept der Krankenkassen einbezogen werden soll (siehe auch Antwort auf Frage G.11).

Nach derzeitigem Erkenntnisstand haben die Schulungsmaßnahmen auch für chronisch kranke Kinder und Jugendliche große Bedeutung. Daher fördert die Bundesregierung bezüglich allergie- und asthmakrankender Kinder Modellvorhaben, die auf der Grundlage von Konsensuspapieren, in denen die medizinischen, methodisch-didaktischen und Evaluationsstandards festgeschrieben sind, die fachlichen Voraussetzungen für eine eventuell flächendeckende Versorgung mit stationären und ambulanten Schulungsangeboten klären sollen.

5. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um für präventive Angebote Qualitätsstandards zu entwickeln, die pädagogisch, psychologisch und medizinisch strukturiert und evaluiert sind?

Die Formulierung von Qualitätsstandards für präventive Leistungen wirft, wie in der Antwort auf Frage B.6 bereits ausgeführt wurde, erhebliche methodische Probleme auf. Dennoch gibt es bereits zahlreiche erfolgreiche bzw. erfolgversprechende Ansätze, so werden durch erste abgestimmte Konsensuspapiere der Krankenkassen zu Qualitätskriterien von Präventionsangeboten Vergleichsstudien möglich (siehe auch Antwort auf Frage F.10). Die Förderung entsprechender wissenschaftlicher Studien zur Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen fällt primär in den Verantwortungsbereich der Träger der Maßnahmen. Dem hat der Gesetzgeber für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung z.B. dadurch Rechnung getragen, daß für Erprobungsmaßnahmen nach den §§ 67 und 68 SGB V die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorgeschrieben ist.

Bei den von der Bundesregierung geförderten Modellmaßnahmen zu präventiven Fragestellungen sind Evaluationen durchgeführt und Qualitätsstandards entwickelt worden. Beispielsweise werden in die für jugendliche Typ-I-Diabetiker entwickelten Schulungsprogramme, in die sowohl Ärzte, Schwestern und Diätberaterinnen eingebunden sind, zunehmend auch Psychologen einbezogen, die insbesondere die psychologische Verarbeitung der Diagnose „Diabetes“ unterstützen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat in Kooperation mit den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesärztekammer eine Anleitung zur Beurteilung von Maßnahmen gegen Übergewicht entwickelt. Dieser „Qualitätsraster Adipositas“ richtet sich an die Entscheidungsträger von Organisationen und Institutionen, die Maßnahmen gegen Übergewicht durchführen oder finanzieren und

soll langfristig zur qualitativen Verbesserung von Angeboten führen (siehe auch Antwort auf Frage E.7).

Die Förderung entsprechender wissenschaftlicher Studien und die Durchführung von Konsensuskonferenzen zur Erarbeitung von Qualitätsstandards sind mögliche Instrumente, die zukünftig verstärkt unter dem Aspekt präventiver Zielorientierung der Gesundheitspolitik entwickelt werden sollen.

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?

Der Bund hat aufgrund der verfassungsrechtlich geregelten Kompetenzverteilung lediglich Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der Ausbildung der Ärzte. Die Fort- und Weiterbildung der Ärzte liegt im Zuständigkeitsbereich der Länder bzw. der ärztlichen Standesorganisationen. Wie bereits in der Antwort auf Frage F1 dargestellt, wird im Medizinstudium die Prävention ausreichend berücksichtigt.

Die Bundesärztekammer hat mitgeteilt, daß sie in angemessenem Umfang die Durchführung von Lehrgängen zur Verbesserung der ärztlichen Tätigkeiten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung plant. Dadurch sollen die traditionellen ärztlichen Aufgaben in den Bereichen Prävention, Kuration und Rehabilitation im Hinblick auf die Zielsetzung „Gesundheitsförderung“ weiterentwickelt werden.

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?

Die Bundesregierung hat keinen Einfluß auf die inhaltliche Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrages. Das Praxismanagement einer Arztpraxis obliegt dem Gestaltungsrecht des einzelnen Arztes (siehe auch Vorbemerkung zum Fragenkomplex F).

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?

Seit dem 1. Oktober 1989 wurden die präventivmedizinischen Leistungen für Versicherte erweitert und um die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ergänzt. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat gemäß

§ 92 SGB V in Richtlinien zur Gesundheitsuntersuchung das Nähere zu Inhalt und Umfang der Gesundheitsuntersuchung festgelegt. Ziel der Gesundheitsuntersuchung ist es, insbesondere Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln sowie Risikofaktoren zu identifizieren und zu vermindern.

Die Untersuchungsergebnisse werden von den Ärzten dokumentiert. Nach § 92 Abs. 4 SGB V haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen die anfallenden Ergebnisse zu sammeln und auszuwerten. Eine auf der Grundlage dieser Dokumentation aus dem Jahre 1990 von der Bundesregierung geförderte Studie zur Wirksamkeit der Gesundheitsuntersuchung hat folgende Ergebnisse gezeigt:

- Die Gesundheitsuntersuchung wird bisher nur von ca. 20 % der Anspruchsberechtigten wahrgenommen. Die Beteiligung zeigt jedoch nach Angaben der Krankenkassen steigende Tendenz.
- Mit zunehmendem Alter steigt die Beteiligung an und erreicht bei den 65- bis 69jährigen Männern bzw. bei den 55- bis 59jährigen Frauen das höchste Niveau.
- Die Ergebnisse belegen weiter, daß die Gesundheitsuntersuchung die Erkennung von Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, Nierenerkrankungen sowie anderen chronischen Krankheiten und deren Risikofaktoren möglich macht. So wiesen jeweils ein Drittel der untersuchten Männer und Frauen erhöhte Blutdruckwerte (32 % bzw. 33 %), erhöhte Cholesterinwerte (31 % bzw. 36 %) oder Übergewicht (30 % bzw. 33 %) auf. Es fanden sich an Risikofaktoren: Rauchen (24 % bzw. 12 %), Bewegungsmangel (jeweils 17 %) sowie Streß (16 % bzw. 18 %).
- Durch die Gesundheitsuntersuchung wurden folgende, bisher nicht erkannte Erkrankungen festgestellt:

Hypertonie (Bluthochdruck): Männer 8,2 % / Frauen 7,5 %

Koronare (herzkranzgefäßbedingte) Herzkrankheit: 5,2 % / 4,8 %

Diabetes mellitus: 6,1 % / 4,7 %

Nierenerkrankungen: 4,3 % / 4,4 %.

Aufgrund der erkannten Gesundheitsbelastungen wurden ernährungsmedizinische Maßnahmen bei mehr als 50 % der Männer und Frauen veranlaßt, gefolgt von Bewegungstraining (18 %), Nikotinentwöhnung (12 % der Männer bzw. 6 % der Frauen) oder Maßnahmen gegen Streß (6 % bzw. 8 %). Bei etwa jeder siebten Gesundheitsuntersuchung (15 %) führte das Ergebnis zu einer medikamentösen Behandlung. 43 % der teilnehmenden Männer konnten gleichzeitig zu einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung motiviert werden.

Wichtig ist, daß die mit der Einführung dieses neuen Krankheitsfrüherkennungsangebotes eröffneten Möglichkeiten künftig mehr genutzt werden. Die o.g.

Untersuchung zeigte jedoch auch auf, daß zur Fortentwicklung folgendes notwendig ist:

1. Die Motivation zur Teilnahme der Anspruchsberechtigten, insbesondere der jüngeren Versicherten, an der Gesundheitsuntersuchung ist zu verbessern.
2. Handhabbare und in der Arztpraxis umsetzbare Behandlungs- und Beratungskonzepte für die sich aus der Gesundheitsuntersuchung ergebenden Behandlungsnotwendigkeiten und für die Minimierung von Risikofaktoren sind zu erarbeiten.
3. Die Dokumentation der Auswertungsergebnisse ist weiterzuentwickeln. Wünschenswert ist die Einführung eines Dokumentationssystems, das auch die im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung veranlaßte Folgediagnostik und -therapie berücksichtigt.
4. Die Entwicklung und Erprobung von Strategien einer alters- und risikofaktorengesteuerten Differenzierung der Art und des Umfangs der im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung eingesetzten Untersuchungsverfahren ist zu prüfen.

Die Bundesregierung wird entsprechende Forschungsprojekte zur Umsetzung des § 25 SGB V im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten fördern. Eine Ausschreibung hierzu ist erfolgt.

9. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um die Minimierung unerwünschter Nebenwirkungen und einen hohen Wirkungsgrad bei der Massenanwendung bereits etablierter präventiver Maßnahmen insbesondere in der GKV zu gewährleisten?

Für die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sind die Voraussetzungen für die zur Anwendung kommenden Untersuchungsverfahren in § 25 Abs. 3 gesetzlich festgelegt. Danach muß es sich um Krankheiten handeln, die wirksam behandelt werden können, deren Vor- oder Frühstadien durch diagnostische Maßnahmen erfaßbar sind, deren Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind und für deren aufgefundene Verdachtsfälle genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die weitere Diagnostik und Behandlung zu übernehmen.

Für einen Teil der Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 SGB V sind entsprechende Qualitätskriterien noch zu entwickeln. Wie in den Antworten auf die Fragen F.4 und F.5 ausgeführt, sind in wichtigen Bereichen durch die Krankenkassen Modellprojekte zum Teil mit Unterstützung der Bundesregierung durchgeführt und abgestimmte Qualitätskriterien festgelegt bzw. deren Entwicklung eingeleitet worden.

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?

Die Vertragspartner haben im Bereich der Krankheitsfrüherkennung durch die Formulierung und die Weiterentwicklung verbindlicher Richtlinien in erheblichem Maße zur Qualitätssicherung von präventiven Angeboten beigetragen. Des weiteren bilden die §§ 135 und 136 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eine ausreichende Grundlage für die Etablierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen auch für präventive Angebote in der vertragsärztlichen Versorgung. Seitens der Bundesregierung wird zur Zeit kein gesetzlicher Nachbesserungsbedarf bei den Bestimmungen des SGB V zur Qualitätssicherung präventiver Maßnahmen gesehen, zumal, wie bereits in der Antwort auf Frage B.6 erwähnt, z.T. erhebliche Schwierigkeiten bei der Formulierung von Qualitätsstandards außerhalb der Krankheitsfrüherkennung bestehen.

Bei dem Versuch einer Individuumübergreifenden Messung von Gesundheit und ihrer Nutzung für Rangfolgen von sinnvollen Präventionsmaßnahmen bzw. Leistungen ergeben sich schwerwiegende methodische Probleme, die mit der Messung verbunden sind:

- Der Gewinn an Gesundheit müßte meßbar sein, und damit müßten die einzelnen beobachtbaren Wirkungen summierbar gemacht werden.
- Der Gewinn an Gesundheit müßte abstrahierbar über verschiedene Krankheiten sein.
- Der Gewinn an Gesundheit müßte vorausschaubar sein, das heißt zur zukünftigen Entwicklung der Krankheit bzw. des Krankheitsspektrums und seiner Bekämpfung müßten Wahrscheinlichkeitsausagen (Erwartungswerte und Streuung) vorliegen.
- Der Gewinn an Gesundheit müßte von Aktivitäten in anderen Gesundheitsbereichen unabhängig oder doch abgrenzbar sein.

11. Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung hinsichtlich der wissenschaftlichen Infrastruktur der Präventivmedizin in der Bundesrepublik Deutschland?

Die medizinischen Fakultäten der Universitäten, daneben auch vereinzelt etablierte Einheiten für Gesundheitswissenschaften bilden im wesentlichen die Infrastruktur für die Präventivmedizin. Diese wird meist als Querschnittsaufgabe innerhalb zahlreicher medizinischer Fachdisziplinen wie z.B. der Kinderheilkunde betrieben oder besteht als originäres Gebiet wie im Falle der Arbeitsmedizin mit Lehrstühlen an fast allen Universitäten.

Mit wissenschaftlichen Themen der Präventivmedizin beschäftigen sich auch außeruniversitäre Einrichtungen, hier sind vor allem das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes\*, der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Bundesanstalt für Arbeitsmedizin (BAfAM) zu nennen sowie die häufig den Universitäten nahestehenden

\*) Seit 1. Juli 1994 Robert-Koch-Institut, Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten, Berlin.

Institute der Einrichtungen der sogenannten Blauen Liste [z.B. Deutsches Institut für Ernährungsforschung (DIfE), Diabetes Forschungsinstitut (DFI), Medizinisches Institut für Umwelthygiene (MIU), Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB), Institut für Arbeitsphysiologie (IFADO)].

Zu den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die sich schwerpunktmäßig mit Präventivmedizin beschäftigen, zählen u. a. die Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM), die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS).

Eine mit den sehr günstigen Verhältnissen in der kurativen Medizin vergleichbare wissenschaftliche Infrastruktur gibt es für die Präventivmedizin in Deutschland außer im Bereich der Arbeitsmedizin bislang noch nicht. Mit den fünf von der Bundesregierung geförderten Forschungsverbänden „Public Health“ wurde eine wichtige Grundlage für den Ausbau der wissenschaftlichen Infrastruktur der Präventivmedizin geschaffen (siehe Antwort auf Frage H.1).

#### 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?

Der Gesetzgeber hat für die Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung den gesetzlichen Rahmen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgegeben. Die Umsetzung erfolgt durch die Krankenkassen eigenverantwortlich.

Nach den von den Krankenkassen übermittelten Arbeitsprogrammen umfassen die Gesundheitsförderungsmaßnahmen folgende inhaltliche Schwerpunkte: Ernährung, Bewegung, Entspannung und Streßbewältigung, Suchtbekämpfung durch Aufklärung und Verhaltenstrainingsprogramme (z.B. Nichtrauchertraining), Arbeit und Gesundheit, Umwelt und Gesundheit, Spezialangebote für bestimmte Altersgruppen (z.B. für die schwangere Frau, für die junge Familie, für Säuglinge, Schulkinder und Jugendliche, für Bürger und Bürgerinnen im Vorrentenalter und für Rentner und Rentnerinnen) und Berufsgruppen. Die verschiedenen Kassenarten bedienen sich in unterschiedlichem Ausmaß folgender methodischer und organisatorischer Umsetzungsstrategien: Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit mittels Broschüren, Wurfzetteln, Videofilmen, Werbespots in Funk und Fernsehen, Organisation von Beratungsdiensten, Kursangeboten für Risikopatienten zu ausgewählten o.g. Themen.

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?

Alle Krankenkassenarten haben zur Gesundheitsförderung Strategiepapiere entwickelt, die sich auch an den in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation formulierten Zielen orientieren. Die Strategiepapiere der Kassen gehen in der Gesundheitsförderung über die Erreichung von mehr Gesundheitskompetenz beim einzelnen Bürger hinaus und beziehen Möglichkeiten gesundheitsadäquater Gestaltung der ökologischen und sozialen Umwelt mit ein, soweit dies die Handlungsspielräume der jeweiligen Kassenart zulassen. Die Gesundheitsförderungsstrategien umfassen Angebote zur Verhaltens-, aber auch Verhältnisprävention, auf Zielgruppen orientierte Angebote, die den unterschiedlichen Lebensweisen und Bedürfnislagen der Versicherten Rechnung tragen. Die Qualität der Angebote wird durch Einsatz von qualifiziertem Personal gewährleistet. Die Bundesregierung ist diesbezüglich der Auffassung, daß die Verhältnisprävention nicht primär Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Wie schon in der Antwort auf Frage B.2 ausgeführt wurde, sind Verhaltens- und Verhältnisprävention umfassende, in alle Lebens- und Verantwortungsbereiche hineinreichende Aufgaben. Dabei tragen die verschiedensten gesellschaftlichen Gruppierungen und der einzelne Bürger entsprechende Verantwortung.

Im Bereich der Arbeitswelt ist die Verhältnisprävention eine Aufgabe des betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitsschutzes. Die Krankenkassen können in diesem Feld nur anregend und ergänzend tätig werden. Bei den von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz im Auftrag der Bundesregierung begleiteten bzw. geförderten Projekten hat sich herausgestellt, daß eine klare Rollenverteilung zwischen betrieblichen Handlungsträgern und deren Partnern sinnvoll ist. Die Projekte sind dann erfolgreich, wenn die jeweiligen Beteiligten in kooperativer Arbeitsweise sich für ihre spezifischen Zielsetzungen engagieren; damit wird für den einzelnen (Verhalten) und für den Abbau von Belastungen bzw. für die Gestaltung von Bedingungen (Verhältnisse) das Optimale erreicht.

3. Was haben die gesetzlichen Krankenkassen getan, um entsprechend der Verpflichtung in § 20 SGB V den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen nachzugehen?

Die Krankenkassen widmen sich entsprechend den Bedürfnissen ihrer Versicherten der Klärung von Ursachen für Gesundheitsgefährdungen insbesondere in der Arbeitswelt. Dabei bedienen sie sich verschiedener methodischer Instrumente wie Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Hierbei werden unter Mitwirkung der Arbeitnehmer und der Gewerkschaften die erfaßten Gesundheitsdaten entsprechend ausgewertet, um Ursachen von Gesundheitsgefährdungen zu identifizieren. So führen z.B. einige Krankenkassen in Kooperation mit Betrieben und Berufsgenossenschaften Modellvorhaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durch. Die erfaßten Primär- und Sekundärdaten der Kassen werden gemeinsam mit Berufsgenossenschaften und Arbeitsmedizinern zu-

sammengeführt und ausgewertet, um Aussagen über Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen und Erkrankungen zu ermöglichen (siehe auch Antwort auf Frage G.12). Darüber hinaus ist geplant, epidemiologisch geeignete Indikatoren zum frühzeitigen Erkennen von Berufskrankheiten bzw. berufsbedingten Gesundheitsgefährdungen zu entwickeln.

4. Wo und wie werden die Ergebnisse präventiver Aktivitäten der Krankenkassen dokumentiert?

Die Dokumentation der Ergebnisse präventiver Aktivitäten der Krankenkassen erfolgt je nach Kassenart unterschiedlich. So werden z.B. durch die Betriebskrankenkassen systematische Erfassungen erfolgreicher betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch das „Europäische Informationszentrum Gesundheitsförderung im Betrieb“ organisiert. Diese Einrichtung wird als Collaborating-Center vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa in Kopenhagen, getragen. Für diese Aufgaben wurde u. a. die Datenbank „Praxisbeispiele für betriebliche Gesundheitsförderung“ eingerichtet, die Dokumentationsstelle und Serviceeinrichtung gleichermaßen ist. In dieser Datenbank werden kontinuierlich neue Informationen über beispielhafte Aktivitäten betrieblicher bzw. betriebsbezogener Gesundheitsförderung dokumentiert. Andere Krankenkassen führen interne Dokumentationen durch, beteiligen sich aber auch am o.g. Dokumentationssystem (siehe Antworten auf die Fragen C.9 und G.3).

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?

Grundsätzlich ist zu diesem Themenkomplex anzumerken, daß eine Aussage über den Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Prävention bzw. Gesundheitsförderung und seine Ausweitung zu Lasten kurativer Leistungen äußerst schwierig ist, da der Kontenrahmen, in dem die Ausgaben der GKV erfaßt werden, nicht in jedem Fall eindeutig zwischen präventiven und kurativen Leistungsausgaben unterscheidet. Die Ermittlung von Verschiebungen zwischen diesen Anteilen der Leistungen wird überdies durch Änderungen des Kontenrahmens im Laufe der Jahre erschwert.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen betragen 1992 ca. 3,4 Mrd. DM, davon wurden 1,1 Mrd. DM für Früherkennungsmaßnahmen ausgegeben.

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?

Die vorliegenden Mitteilungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung lassen keine Beantwortung der Frage zu, da die meisten Kassenarten ihre in der Prävention tätigen Mitarbeiter nicht ausschließlich für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen einsetzen, sondern auch für andere Aufgaben, wie z. B. für die Rehabilitationsberatung.

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?

Die Bundesregierung beabsichtigt nicht, den Betrieben finanzielle Anreize für Gesundheitsförderungsprogramme zu geben. Für den Belastungsabbau bei Arbeitnehmern gelten die gesetzlichen Vorschriften unseres Arbeitsschutzsystems. Die Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist eine originäre Aufgabe des Arbeitgebers und dient u. a. auch der Steigerung von Leistungskraft und Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe. In diesem Sinne sind Gesundheitsförderungsprogramme nicht nur als zusätzliche soziale Leistungen des Arbeitgebers an die Beschäftigten zu sehen, sondern auch als Möglichkeit zur Förderung der Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. Sie liegen somit im unternehmerischen Interesse, und oft übersteigt der betriebliche Nutzen solcher Maßnahmen die aufzuwendenden Mittel.

Liegen Aufwendungen und Sachleistungen des Arbeitgebers zur Gesundheitsförderung seiner Mitarbeiter überwiegend im betrieblichen Interesse des Arbeitgebers (z. B. Kreislauftrainingskuren unter betriebsärztlicher Aufsicht oder Vorsorgeuntersuchungen), können sie als Betriebsausgaben abgesetzt werden und sind nicht als Arbeitslohn der Mitarbeiter anzusehen (BFH-Urteil vom 24. Januar 1975, BStBl II S. 340, und BFH-Urteil vom 17. September 1982, BStBl 1983 II S. 39).

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

Von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung wurden folgende Modellprojekte nach § 67 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) benannt:

Im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) werden vier Vorhaben als Erprobungsregelungen durchgeführt. So werden z.B. auf der Basis von Arbeitsunfähigkeits-Daten-Analysen und Befragungen der Beschäftigten sowie Beratungen in Gesundheitszirkeln konkrete Gesundheitsangebote an die Beschäftigten unterbreitet und bei aktiver Teilnahme Prämien vergeben (AOK-Hamburg). Weitere Projekte werden zum Thema Früherkennung von angeborenen Hüft- und Nierenfehlbildungen bei Neugeborenen sowie zur teilstationären Behandlung im pädiatrischen Bereich bei chronisch kranken Kindern durchgeführt (AOK-Hessen). Ein weiteres Vorhaben hat Ernährung und Gesundheit zum Inhalt (AOK-Rheinland).

Im Bereich der Innungskrankenkassen (IKK) werden Modellprojekte zur handwerksbezogenen Gesundheitsförderung z.B. zur Entwicklung eines Praxismodells im Friseurhandwerk in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz durchgeführt (IKK-Landesverband Nordrhein und Rheinland-Pfalz).

Bei den Ersatzkassen führt die Hamburgische Zimmererkrankenkasse im Baugewerbe eine Modellförderung im Rahmen der Erprobungsregelung zur Vermeidung von Wirbelsäulen- und Nierenerkrankungen durch.

Des weiteren wurde von den Krankenkassen darauf hingewiesen, daß über die Erprobungsvorhaben hinaus Modellprojekte durchgeführt werden, die jedoch nicht nach den gesetzlich festgelegten Vorgaben für die Durchführung von Erprobungsregelungen ausgerichtet sind. Die in den jeweiligen inhaltlichen Schwerpunktfeldern durchgeführten Modellprojekte der Krankenkassen werden in deren eigenen Publikationen veröffentlicht.

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

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

In den letzten Jahren wurden in der Bundesrepublik Deutschland mehrere epidemiologische Erhebungen zur Zahngesundheit von Kindern im Alter von sechs bis zwölf Jahren durchgeführt. Diese betreffen damit jene Altersgruppen, die gruppenprophylaktisch betreut werden. Die Ergebnisse wurden in der Regel von den jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften für Zahngesundheit bzw. Jugendzahnpflege und vom Institut der Deutschen Zahnärzte vorgelegt. Zwei Wiederholungsstudien für Bayern und den Rems-Murr-Kreis zeigten, daß sich die Kariesfreiheit bei Sechsjährigen innerhalb von drei Jahren um rd. 10 % verbessert hat. 1991/1992 hatten 35 % der Sechsjährigen in beiden Regionen ein kariesfreies Gebiß. Damit wird das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Jahr 2000 ange-

strebte Ziel, nämlich kariesfreie Gebisse bei 50 % der Fünf- bis Sechsjährigen, zwar noch nicht erreicht, rückt aber für diese Regionen in greifbare Nähe.

Das Institut der Deutschen Zahnärzte hat 1989 für die alten Länder und 1992 für die neuen Länder bundesweit repräsentative Erhebungen an Acht-/Neunjährigen und 13-/14jährigen vorgenommen. Diese Erhebungen hatten folgende Ergebnisse: In den alten Ländern wiesen Zwölfjährige einen Kariesbefall von 4,1 und in den neuen Ländern von 3,3 DMF-T (Decayed/kariöse, Missing/fehlende, Filled/gefüllte Teeth/Zähne) auf. Dies ergibt einen Mittelwert für Deutschland von 3,9 DMF-T. Da die Untersuchungen jeweils an Acht-/Neun- und 13-/14jährigen vorgenommen wurden, ist der Wert für Zwölfjährige durch Interpolation der Werte der untersuchten beiden Altersklassen errechnet worden.

Landesweit repräsentative epidemiologische Untersuchungen für Zwölfjährige liegen für die Länder Baden-Württemberg und Niedersachsen sowie für Berlin-West vor. Danach beträgt der DMF-T in Baden-Württemberg (1992) 2,4, in Niedersachsen (1991/1992) 3,1 und in Berlin-West (1986) 3,9. Der gemäß WHO für das Jahr 2000 anzustrebende Wert von maximal 3 DMF-Zähnen wird damit in Deutschland insgesamt noch nicht erreicht, jedoch gibt es bereits größere Regionen, die das WHO-Ziel fast bzw. deutlich erreicht haben bzw. unterschreiten. Bei einem Anhalten der Entwicklung der letzten zehn Jahre ist davon auszugehen, daß das WHO-Ziel bis zum Jahre 2000 auch in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt erreicht wird.

Im internationalen Vergleich weisen die meisten mit Deutschland vergleichbaren Staaten jedoch deutlich bessere Werte hinsichtlich der Zahngesundheit zwölfjähriger Kinder auf. So haben Finnland und Dänemark bei Zwölfjährigen einen Kariesbefall, der nur ein Drittel des deutschen Wertes beträgt (1,2 bzw. 1,3 gegenüber 3,9 DMF-T in Deutschland). Insgesamt ist festzustellen, daß sich der Kariesbefall bei Zwölfjährigen in Deutschland seit Anfang der 80er Jahre zwar spürbar verbessert hat, der internationale Abstand auf viele vergleichbar entwickelte Staaten jedoch nach wie vor sehr groß ist.

Der Deutsche Ausschuß für Jugendzahnpflege führt ein Projekt durch, das in der Zukunft Zeit-Reihen-Daten auf repräsentativer Erhebungsbasis für den Mundgesundheitszustand der deutschen Bevölkerung liefern wird. Die nächsten drei Untersuchungsjahre sind 1994, 1997 und 2000. Die Veröffentlichung erster Ergebnisse wird jedoch nicht vor März 1995 möglich sein.

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?

Es wird auf die Antworten auf die Fragen F.8 und G.5 verwiesen.

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

Die Krankenkassen haben dem gesetzlichen Auftrag des § 20 Abs. 3 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durch Erarbeitung von Rahmenempfehlungen zur „Zusammenarbeit der Kassen und ihrer Verbände mit Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen einschließlich einer finanziellen Förderung“ Rechnung getragen. Alle Kassen haben hierzu auch eigene Grundsatzpapiere verabschiedet, in denen einheitliche Vorgaben zur Förderung der Selbsthilfe formuliert wurden. Danach ist eine Intensivierung der Zusammenarbeit auf allen Ebenen vorgesehen. Die Aktivitäten der Selbsthilfe sollen durch ideelle, sachliche und finanzielle Hilfen unterstützt werden. Die Formen der Förderung umfassen:

1. Infrastrukturelle Unterstützung
2. Institutionelle finanzielle Förderung
3. Finanzielle Förderung von Aktionen und Projekten der Selbsthilfegruppen.

Die gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen haben insbesondere das Ziel, durch Hilfe zur Selbsthilfe die medizinisch aufgerichtete Betreuung durch den Arzt und die persönlichen Betreuungsleistungen der Krankenkassen um psychosoziale Leistungen zu ergänzen. Dabei bezieht sich die gesundheitsbezogene Selbsthilfe nicht nur auf gesundheitsfördernde, sondern auch auf rehabilitative Leistungen bei beispielsweise chronisch oder psychosomatisch Kranken und/oder Behinderten. Die Einbeziehung der Angehörigen der Betroffenen in gesundheitsfördernde bzw. präventive Maßnahmen ist von besonderer Bedeutung.

Für die finanzielle Förderung von Organisationsformen der Selbsthilfe haben die verschiedenen Krankenkassen entsprechend ihrer Förderrichtlinien in unterschiedlicher Höhe Mittel eingeplant. Die Betriebskrankenkassen (BKK) haben z.B. pro Mitglied einen Kostenbeitrag von 1 DM für Selbsthilfegruppen vorgesehen. Die von den Krankenkassen erarbeiteten Förderrichtlinien bieten einen Orientierungsrahmen, der Spielraum bei der Auswahl und Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit Selbsthilfeszusammenschlüssen läßt und so die individuellen und regionalen Voraussetzungen berücksichtigt.

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 arbeitsanteilige Gesundheitsbelastungen bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auszuweiten?

Die gesetzlichen Krankenkassen haben auf der Basis von § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung eine Empfehlungsvereinbarung ausgearbeitet, die die Kooperation von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften bzw. der gesetzlichen Unfallversicherung regelt. Nach § 4 Abs. 3 SGB V sowie nach § 86 SGB V sind die Träger der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung zur engen Zusammenarbeit bei der Erfüllung ihrer Aufgaben verpflichtet. Die Kooperation im einzelnen muß der eigenverantwortlichen Entscheidung der Sozialversicherungsträger vorbehalten bleiben. Sollten sich im Einzelfall Defizite in der Kooperation zwischen gesetzlicher Kranken- und Unfallversicherung zeigen, können die beteiligten Sozialversicherungsträger hierauf von den Betroffenen, den zuständigen staatlichen Aufsichtsbehörden oder sonstigen Dritten hingewiesen werden. Die Bundesregierung begrüßt es, daß im Rahmen der Vereinbarung zwischen Kranken- und Unfallversicherung zunehmend mehr gemeinsame bzw. abgestimmte Projekte mit dem Ziel der Erfassung, Vermeidung bzw. Reduzierung von arbeitsbedingten Belastungen durchgeführt werden.

Die Bundesregierung sieht die Notwendigkeit, den Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren auszudehnen, und zwar auch zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den staatlichen Gewerbeaufsichtsbehörden bei der Überwachung der Einhaltung von Arbeitsschutzvorschriften sowie zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Rahmen des § 20 SGB V. Die Ausweitung dieses Präventionsauftrages soll durch ein neues Gesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (Arbeitsschutzrahmengesetz) erfolgen (siehe hier auch die Antwort auf Frage C.7).

#### H. Forschung und Lehre

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

Sehr viele Forschungsbereiche der Medizin, von denen größtenteils auch Lehrkapazitäten gestellt werden, sind auch mit den Themen Prävention und Gesundheitsförderung befaßt. Dies gilt für Universitäten und auch außeruniversitäre Forschungseinrichtungen. Hochschulkapazitäten und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen für nichtmedizinische Fächer, etwa im Bereich der Verhaltens-, der Sozial- und Umweltwissenschaften, der Pädagogik und der Gesundheitsökonomie, auf die sich Prävention und Gesundheitsförderung ebenfalls stützen, gehören auch in diesen Zusammenhang (siehe auch Antworten auf die Fragen 1 und 3 der Großen Anfrage „Ökologischer Gesundheitsschutz“, BT-Drucksache 12/6128).

Um die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Prävention und der Gesundheitsförderung besser zu erkennen und zu verbessern, fördert die Bundesregierung in einem breit angelegten Schwerpunkt die Forschung auf dem Gebiet „Public Health“. Auch in diesem Förderschwerpunkt legt sie besonderen Wert auf

den Ausbau der epidemiologischen Forschung, insbesondere der klinischen Epidemiologie. Folgende Forschungskapazitäten im Förderschwerpunkt „Public Health“ des Programms der Bundesregierung „Gesundheitsforschung 2000“ beschäftigen sich mit dem Themenbereich Prävention und Gesundheitsförderung:

1. Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund „Public Health“

Beteiligt: u. a. Universität Bielefeld (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Fakultät für Soziologie), Universität Düsseldorf (Zentrum für Medizinische Soziologie, Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung, Universitäts-Kinderklinik)

Themen: u. a. „Entwicklung und Qualifizierung des öffentlichen Gesundheitswesens“ und „Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt“.

2. Berliner Forschungsverbund „Public Health“

Beteiligt: u. a. Technische Universität Berlin, Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität Berlin, Bundesgesundheitsamt (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie)\*)

Themen: u. a. „Gesundheitsförderung in Stadt und Umwelt“, „Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung bei ausgewählten Zielgruppen“.

3. Norddeutscher Forschungsverbund „Public Health“

Beteiligt: u. a. Medizinische Hochschule Hannover, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Universität Hamburg, Universität Greifswald, Universität Rostock

Themen: u. a. „Gesundheitsförderung und Sozialgerontologie“, „Arbeit, Umwelt und Gesundheit“.

4. Münchener Forschungsverbund „Public Health“ / Öffentliche Gesundheit

Beteiligt: u. a. Universitäten München und Augsburg, Technische Universität München, GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit

Themen: u. a. „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“, „Laiensystem und kommunale Gesundheitsförderung“.

5. Sächsischer Forschungsverbund „Public Health“ (im Bewilligungsverfahren)

Beteiligt: u. a. Technische Universität/Med. Fakultät Dresden, Universität Leipzig, Deutsches Hygiene-Museum, Umweltforschungszentrum Leipzig-Halle

Themen: u. a. „Lebensweise, Gesundheitsrisiken und Gesundheitsförderung“, „Umwelt und Gesundheit“.

Neben den „Public Health“-Forschungsverbänden fördert die Bundesregierung an der Universität Ulm (Abteilung Medizinische Soziologie) ein Projekt „Lebensweisen und Gesundheit“.

Lehrkapazitäten zum Themenbereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ bestehen insbesondere in den

Aufbaustudiengängen Public Health sowie in den Modellversuchen zur Entwicklung dieser und weiterer Studiengänge, die vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft gefördert werden.

– TU Berlin

Modellversuch in Kooperation mit der FU Berlin, Ergänzungsstudiengang „Gesundheitswissenschaften/Public Health“, seit 1992, 40 Studienanfängerplätze

– Universität Bielefeld

Zusatzstudiengang „Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung“, seit 1989, 45 Studienanfängerplätze

– Universität Bremen und Bundesverband der Innungskrankenkassen

Modellversuch Weiterbildungsstudiengang „Gesundheitsförderung/Gesundheitswissenschaften“, seit 1994, 25 Studienanfängerplätze (für hauptamtlich Beschäftigte von Innungskrankenkassen und ihren Verbänden)

– TU Dresden

Postgraduierten-Studiengang „Gesundheitswissenschaften/ Public Health“, seit 1991, 32 Studienanfängerplätze

– Universität Düsseldorf

Zusatzstudiengang „Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin“, seit 1991, 20 Studienanfängerplätze

– Medizinische Hochschule Hannover (Modellversuch)

Ergänzungsstudiengang „Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen/Public Health“, seit 1990, 20 Studienanfängerplätze

– Universität Lüneburg

Weiterbildungsstudiengang „Angewandte Gesundheitswissenschaften“, seit 1994, 24 Studienanfängerplätze

– Universität München (Modellversuch)

Postgraduierten-Studiengang „Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie“, seit 1993, 25 Studienanfängerplätze

– Universität Heidelberg

Modellversuch Aufbaustudiengang Medizin und Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern, seit 1989

– Fachhochschule Magdeburg

Grundständiger Studiengang Gesundheitsförderung/-management, seit 1993, 25 Studienanfängerplätze

– Bildungswissenschaftliche Hochschule Flensburg, Universität

\*) (wie Seite 34!)

Modellversuch Studienschwerpunkt Gesundheit in Studiengängen für Lehrämter der Primar- und Sekundarstufe I an allgemeinbildenden Schulen und Sonderschulen sowie Ergänzungsstudium Gesundheitspädagogik (in Vorbereitung)

- Fachhochschulen Magdeburg/Merseburg

Modellversuch Studienschwerpunkte Gesundheitsprävention und -nachsorge für psychisch Kranke und Suchtkranke sowie Gesundheitsprävention im Alter im Studiengang Sozialwesen (in Vorbereitung).

In den Akademien für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und München werden für die Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern in zahlreichen fachgruppenspezifischen Lehrgängen insbesondere Kenntnisse auf den Gebieten Epidemiologie, Umwelt- und Seuchenhygiene, Statistik, Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung vermittelt.

Unter den außeruniversitären Forschungseinrichtungen, die überwiegend öffentlich finanziert oder gefördert werden und die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung befassen, sind, geordnet nach den fachlichen Schwerpunkten, zu nennen:

Ernährung:

- Bundesanstalt für Getreide-, Kartoffel- und Fettforschung, Detmold
- Forschungsinstitut für Kinderernährung, Dortmund
- Bundesanstalt für Ernährung, Karlsruhe
- Bundesanstalt für Milchforschung, Kiel
- Bundesanstalt für Fleischforschung, Kulmbach
- Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Potsdam

Lebensweise, Umwelt- und Arbeitsmedizin:

- Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch-Gladbach
- Bundesanstalt für Arbeitsmedizin, Berlin
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Dortmund
- Institut für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund
- Medizinisches Institut für Umwelthygiene an der Universität Düsseldorf
- Fraunhofer-Institut für Toxikologie und Aerosolforschung, Hannover
- Institut für Wasser-, Boden-, Lufthygiene des Bundesgesundheitsamtes, Langen/Hessen
- Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit GmbH, München

Erkrankungen des allergischen Formenkreises und der Lunge:

- Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, Berlin\*)

\*) (wie Seite 34!)

- Institut für Experimentelle Biologie und Medizin, Borstel
- Medizinisches Institut für Umwelthygiene an der Universität Düsseldorf

Sucht:

- Institut für Molekulare Pharmakologie, Berlin

Public Health und Epidemiologie:

- Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, Berlin\*)
- Max-Dellbrück-Centrum für Molekulare Medizin, Berlin
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
- Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, München
- Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Potsdam.

2. Hält die Bundesregierung diese Kapazitäten zum Beispiel im Vergleich zur kurativen Medizin für ausreichend?

Um die Kapazitäten auszubauen, hat die Bundesregierung den in der Antwort auf Frage H.1 näher dargelegten Forschungsförderschwerpunkt „Public Health“ eingerichtet und fördert die dort bezeichneten Modellversuche zur Qualifizierung von Fachpersonal für die unterschiedlichen Einsatzfelder von Prävention und Gesundheitsförderung.

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?

Ziel der durch die Bundesregierung geförderten Forschungsverbände „Public Health“ und der weiteren Modellversuche sowie der z.T. vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft geförderten Aufbaustudiengänge „Gesundheitswissenschaften/Public Health“ ist es, dazu beizutragen, in Deutschland die wissenschaftliche Basis für die Forschung und Lehre zur Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen (siehe auch Antwort auf Frage H.1). Die Modellversuche zur Entwicklung der dort bezeichneten Studiengänge verfolgen das Ziel, in Deutschland Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß auf Hochschulniveau qualifiziertes Fachpersonal für die unterschiedlichen Einsatzfelder von Prävention und Gesundheitsförderung (ärztliche Praxis, Gesundheitsbildung in der Schule, staatliche Gesundheitsverwaltung und internationale Organisationen, Aufgaben der öffentlichen und betrieblichen Gesundheitsdienste, gesetzliche Krankenversicherung sowie öffentliche und private Träger

\*) (wie Seite 34!)

der Gesundheitsförderung und Rehabilitation) herangebildet werden.

Besonderes Kennzeichen des Public Health-Forschungsansatzes ist seine Interdisziplinarität und die hiermit verbundene integrative und ganzheitliche Sichtweise gesundheitlicher Fragestellungen. Eine interdisziplinär angelegte Betrachtung von Fragen der Medizin, der Verhaltenswissenschaften, der Ökonomie, der Bevölkerungswissenschaften, der Psychologie und der Epidemiologie soll gewährleisten, daß Präventionsgesichtspunkte kontinuierlich auch in Untersuchungen mitberücksichtigt werden, deren Hauptgegenstand sich anderen Fragestellungen widmet.

Die bislang im Rahmen des Programms der Bundesregierung „Gesundheitsforschung 2000“ etablierten „Public Health“ Förderschwerpunkte sind eine Strukturmaßnahme zur Erweiterung der Forschungskapazitäten zugunsten von Prävention und Gesundheitsförderung. Langfristig wird es Aufgabe der Länder sein, diese Maßnahme fest zu verankern, die entwickelten Vorschläge durch die Förderung lokaler Kompetenzen umzusetzen und ggf. weiter zu entwickeln.

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?

Angesichts der Tatsache, daß eine deutliche Verlagerung der gesundheitspolitischen Prioritäten von der kurativen zur präventiven Medizin erst seit einigen Jahren zu verzeichnen ist und im Grunde erst durch die jüngsten Reformgesetze eine feste Verankerung in der Gesundheitspolitik erfahren haben, sind die derzeit vorhanden und im Aufbau befindlichen Ausbildungs- und Forschungskapazitäten als ausreichend zu betrachten. Die Bundesregierung geht davon aus, daß durch ihre Fördermaßnahmen im Bereich „Public Health“ (siehe Antworten auf die Fragen H.1 und H.3) die Ausbildungs- und Forschungskompetenz entscheidend verbessert werden kann. Zur realistischen Einschätzung des künftigen Bedarfs an Fachkräften und Erkenntnissen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung müssen die Ergebnisse der derzeitigen Fördermaßnahmen abgewartet und sorgfältig ausgewertet werden. Von einer Überkapazität ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht auszugehen.

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?

Die Erhaltung und Entwicklung von Forschungskapazitäten kann nur im Zusammenwirken mit den Ländern geregelt werden. Unter der Voraussetzung einer zunehmenden Beteiligung der Länder an den „Public

Health“-Forschungskapazitäten wird die Bundesregierung eine Übergangsfinanzierung nach Auslauf der jetzigen Bundesförderung prüfen.

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?

Von der Bundesregierung geförderte Gesundheitsforschung ist anwendungsbezogene Forschung. Die geförderten Projekte sollen die notwendigen Voraussetzungen für gesundheitsbezogene Innovationen schaffen, die dann durch die zuständigen Institutionen praktisch umgesetzt werden können. Insbesondere präventionsrelevante Ergebnisse werden daher nicht nur in der Gesundheitspolitik umgesetzt, sondern auch Gruppen, Organisationen und Verbänden anderer relevanter Politikbereiche zur Verfügung gestellt.

Die Mehrzahl der Forschungsprojekte in den „Public Health“-Verbänden verfolgt praxisnahe Forschungsziele. Durch Beiräte und Foren, an denen die lokal verantwortlichen Institutionen teilnehmen, wird der Transfer in die Praxis gewährleistet. An einem Teil der Forschungsvorhaben sind Praxiseinrichtungen direkt beteiligt.

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?

Aufbaustudiengänge „Public Health“ sind erst in den Jahren 1989/1990 eingerichtet worden (siehe Antwort auf Frage H.1). Die Dauer der Studiengänge variiert zwischen ein und zwei Jahren. Nach ersten Informationen aus den Norddeutschen und Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbänden verteilt sich die naturgemäß noch geringe Zahl der Absolventen auf nahezu alle Bereiche des Gesundheitswesens (Krankenhaus, Krankenkassen bzw. Organisationen der Krankenkassen, Organisationen der Leistungserbringer, Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, öffentliches Gesundheitswesen und Entwicklungshilfeorganisationen). Die Entwicklung der beruflichen Tätigkeitsbereiche von Absolventen der „Public Health“-Studiengänge wird weiter zu verfolgen sein. Angesichts der Tatsache, daß Prävention und Gesundheitsförderung durch das Gesundheitsstrukturgesetz und aktuelle Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zunehmende Priorität erhalten haben, wird die Bereitschaft zur Einstellung von Public Health-Fachkräften und damit gleichzeitig eine adäquate Würdigung von Konzepten zu Prävention und Gesundheitsförderung in der Praxis insgesamt positiv beurteilt. Überdies zeichnet sich ab, daß die Krankenkassen bestrebt sind, unter den veränderten Wettbe-

werbsbedingungen des Risikostrukturausgleichs mit Präventionsangeboten (z. B. Raucherentwöhnungskurse, Kurse zum Ernährungsverhalten, gezielte Gymnastikprogramme etc.) ihre Versicherten zu versorgen (siehe Antwort auf Frage G.1). Auch diese Entwicklung ist im Sinne der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung positiv zu beurteilen.

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?

Im Bereich der Europäischen Union (EU) gibt es keine Unterrepräsentanz deutscher Fachkräfte in Gremien und Institutionen zur Prävention und Gesundheitsförderung. An formalen Beratungsgremien der Kommission ist Deutschland immer durch Vertreter beteiligt. Auch in anderen informellen Beratungsgremien im Rahmen der Forschungsaktivitäten der Kommission nehmen deutsche Delegierte aktiv teil, beispielhaft sei die kürzlich neu gegründete Arbeitsgruppe „Public-Health-Research“ erwähnt.

Bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist das 1988 eingeführte System der geographischen Verteilung (Membership Factor 40 %, Contribution Factor 55 %, Population Factor 5 %) der Bundesrepublik Deutschland eine Leitquote von 69 – 95 Stellen im Professional-Bereich zu. Tatsächlich sind aber zur Zeit nur 40 Stellen mit Deutschen besetzt.

Nachdem die lange Jahre auf hoher bis höchster politischer Ebene vorgetragene deutschen Forderungen letztendlich nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben, hat das Zurückhalten von Finanzmitteln (Zahlung des Regulärbeitrages in drei statt zwei Raten, Verminderung der zusätzlichen Programmmittel aller Ressorts um 25 %) mit Hinweis auf die unbefriedigende Personalsituation zu einer leichten qualitativen Verbesserung des deutschen Personalanteils geführt. Eine quantitative Verbesserung konnte jedoch bisher noch nicht erzielt werden. Indirekt dient auch die Benennung von WHO-Kollaborationszentren (z. Z. 42) in der Bundesrepublik Deutschland dazu, den Kreis der deutschen Experten, die für eine Tätigkeit in Gremien und Ausschüssen bei der WHO in Frage kommen, zu erhöhen.

Im Rahmen des Programms „Beigeordnete Sachverständige“ des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) in Zusammenarbeit mit dem Büro für Führungskräfte zu Internationalen Organisationen (BFIO) werden derzeit sechs Stellen bei der WHO für jüngere Akademiker für ein bis zwei Jahre finanziert. Durch Teilnahme an diesem Programm verbessert sich die Möglichkeit einer späteren Festanstellung bei der WHO bzw. einer Tätigkeit als Kurzzeitberater.

Die Bundesregierung wird ihre Bemühungen um die Verbesserung des deutschen Personalanteils bei der WHO konsequent fortsetzen, jedoch sind spürbare Erfolge auch wegen spezieller Hindernisse auf deut-

scher Seite (u. a. Sprache, Nachholbedarf bei Public Health) nur längerfristig zu erwarten.

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?

Im Rahmen der Programme der Bundesregierung „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ und „Gesundheitsforschung 2000“ wurden bzw. werden auch zahlreiche Vorhaben mit Bezug auf die Gesundheit der Frauen gefördert. Beispielhaft seien die Förderschwerpunkte „Schwangerenvorsorge“ und „Fertilitätsstörungen“ genannt. In den „Public Health“-Forschungsverbänden des Programms der Bundesregierung „Gesundheitsforschung 2000“ sollen ab Sommer 1994 fünf frauenspezifische Forschungsprojekte gefördert werden.

Auch im Rahmen der Modell- und Forschungsmaßnahmen der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS hat die Frauengesundheitsforschung ihren Stellenwert. So wurden im Rahmen des Modellprogramms „Frauen und AIDS“ medizinisch-gynäkologische Fragestellungen bearbeitet, konkrete Hilfen für betroffene Frauen angeboten und frauenspezifische Formen und Inhalte der AIDS-Prävention und -Betreuung erarbeitet. Frauenspezifische Beratungs- und Betreuungsangebote wurden darüber hinaus an klinikintegrierten Ambulanzen in München und Berlin bereitgestellt.

Ein Schwerpunkt im sog. „Streetworker“-Modell war die aufsuchende Sozialarbeit bei weiblichen Prostituierten und weiblichen Drogenabhängigen. Ein Ende 1993 begonnenes Modellvorhaben zur Prostitution im grenzüberschreitenden Bereich zu den osteuropäischen Nachbarländern geht Fragen und Problemen der besonderen Gefährdung von Frauen durch HIV und AIDS nach und bietet geeignete präventive Maßnahmen.

Aspekte der Frauengesundheit standen auch im Mittelpunkt verschiedener Forschungsvorhaben zu AIDS. Beispielhaft seien genannt: Studie zum Sexualverhalten von Männern und Frauen und der Gefahr einer Ansteckung mit AIDS; Studie über intime Kommunikation und die Hinderungsgründe, safer Sex zu praktizieren; Projekt zur AIDS-Prävention bei türkischen Mitbürgern und zur besonderen Problematik türkischer Frauen und Mädchen; Studien zu psychologischen und sozialen Charakteristiken von Besuchern weiblicher Prostituierten oder zum Sextourismus deutscher Urlauber und Urlauberinnen. Zudem wurde in regelmäßigen Abständen der Informationsstand von Frauen und Männern zu HIV und AIDS erhoben, um Hinweise darüber zu erhalten, inwieweit die Aufklärung über die Krankheit zu verändern oder zu verbessern ist.

Das Anliegen, die Effektivität von Müttergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren zu verbessern, verfolgt ein durch die Bundesregierung gefördertes wissen-

schaftlich begleitetes Modellprojekt „Begleitende psychosoziale und medizinische Hilfen für Frauen und Mütter“.

Eine Übersicht über frauenrelevante Projekte in der Gesundheitsforschung ist von der Abteilung für Medi-

zinische Soziologie der Universität Freiburg erstellt worden und als Band 2 der Schriftenreihe der „Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/ Public Health“ erschienen.

