

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert,
Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/11159 –**

Folgen von Armut und sozialer Ungleichheit für die Gesundheit

Vorbemerkung der Fragesteller

Deutschland gehört zu den reichsten Ländern der Welt. Die konkreten individuellen Lebensverhältnisse unterscheiden sich allerdings – sie sind durch soziale Ungleichheit gekennzeichnet.

Diese soziale Ungleichheit führt zu ungleichen Gesundheitschancen und unterschiedlichen Lebenserwartungen. Sie verschlechtert aber auch die Gesundheit und reduziert die Lebenserwartung aller in der Gesellschaft („Ungleichheit bringt uns um“, Der Standard, 15. März 2015).

Das dem Bundesministerium für Gesundheit unterstehende Robert Koch-Institut (RKI) verweist in seiner Gesundheitsberichterstattung (GBE) wiederholt auf den engen Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage (vgl. GBE Kompakt 2/2014, RKI 2005: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit; RKI 2015: Gesundheit in Deutschland 2015, S. 148 bis 156). Demzufolge führt ein niedriger sozioökonomischer Status zu einem schlechteren Gesundheitszustand und einer geringeren Lebenserwartung (vgl. „Wer früher stirbt, war länger arm“, ZEIT ONLINE, 31. März 2016). Hierzu gehört, „dass die Überlebenschancen nach dem Auftreten von schwerwiegenden Erkrankungen, wie z. B. einem Herzinfarkt oder Diabetes mellitus, zuungunsten der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen variieren“ (GBE Kompakt 2/2014, S. 9).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verwies bereits im Jahr 2003 auf die unterschiedliche Lebenserwartung von Menschen aus unterschiedlichen Einkommensgruppen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, 2003, S. 14 f.). Bei einem Vergleich zwischen der unteren Einkommensgruppe (weniger als 25 Prozent des durchschnittlichen Einkommens) und der oberen Einkommensgruppe (mehr als 75 Prozent des durchschnittlichen Einkommens) lag der Unterschied in der Lebenserwartung damals bei Männern bei zehn Jahren und bei Frauen bei fünf Jahren (ebd.). Den aktuellsten Studien zufolge liegen die Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung zwischen der höchsten und niedrigsten Einkommensgruppe bei 8,4 Jahren bei Frauen und bei 10,8 Jahren bei Männern (vgl. Robert Koch-Institut: Gesundheit in Deutschland 2015, S. 150).

Das Robert Koch-Institut geht davon aus, dass sich „die sozialen Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung über die Zeit verfestigt oder sogar ausgeweitet haben“ (GBE kompakt 2/2014, S. 9).

1. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Stand der Wissenschaft im Zusammenhang zwischen Armut bzw. von sozialer Lage einerseits und gesundheitlichem Zustand sowie Lebenserwartung andererseits?
2. Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Folgen einer Erhöhung bzw. Verminderung der Ungleichheit bei Einkommen und Vermögen auf den gesundheitlichen Zustand und die Lebenserwartung in der Gesellschaft vor?

Die Fragen 1 und 2 werden gemeinsam beantwortet.

Der Zusammenhang von Armut, sozialer Lage und Gesundheit wird kontinuierlich von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beim Robert Koch-Institut bearbeitet und ist zuletzt auch in den in diesem Kontext erschienenen Gesundheitsbericht für Deutschland eingegangen.

Auch die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung thematisiert diesen Zusammenhang von Beginn der Berichterstattung an. Auf Basis der Kernindikatoren „Lebenserwartung“, „Subjektiver Gesundheitszustand“ und „Behinderung“ werden regelmäßig detaillierte Ergebnisse berichtet. Sowohl die Indikatoren als auch alle Armuts- und Reichtumsberichte sind auf der Internetseite www.armuts-und-reichtumsbericht.de einsehbar. Die Bundesregierung erstellt gegenwärtig den Fünften Armuts- und Reichtumsbericht. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

3. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Ungleichheit bei den Vermögen in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?

Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Vermögensverteilung anhand verschiedener Indikatoren. Die Konzentration der Privatvermögen hat nach einem Anstieg bis zum Jahr 2008 in der Folge nicht weiter zugenommen. Im Übrigen wird auf die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung verwiesen.

Verteilung des Nettovermögens der Haushalte

	EVS			
	1998	2003	2008	2013
Gini-Koeffizient	0,674	0,714	0,748	0,743
Verteilung der Nettovermögen auf Dezile				
D ₁₀	44,7%	49,6%	53,0%	51,9%
D ₉	21,8%	21,2%	21,1%	21,7%
D ₈	14,9%	13,7%	13,1%	13,4%
D ₇	9,8%	8,5%	7,7%	8,0%
D ₆	5,2%	4,5%	4,0%	4,1%
D ₅	2,4%	2,2%	1,9%	1,7%
D ₄	1,1%	1,0%	0,7%	0,6%
D ₃	0,5%	0,3%	0,2%	0,1%
D ₂	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
D ₁	-0,4%	-1,0%	-1,6%	-1,5%
Σ D ₆ ... D ₁₀	96,3%	97,5%	98,8%	99,0%
Σ D ₁ ... D ₅	3,7%	2,5%	1,2%	1,0%

Quelle: EVS (98%-Stichprobe), eigene Berechnungen (IAW)

4. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Ungleichheit bei den Einkommen in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?

Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Einkommensverteilung anhand verschiedener Indikatoren. Danach zeigt sich für die vergangenen zehn Jahre eine sehr stabile Verteilung der Einkommen. Im Übrigen wird auf die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung verwiesen.

Verteilung der jährlichen Nettoäquivalenzeinkommen

	SOEP ¹⁾									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ²⁾	2014
Gini-Koeffizient	0,289	0,286	0,285	0,285	0,280	0,282	0,285	0,286	0,292	0,290
Palma-Ratio	1,055	1,035	1,038	1,028	0,993	1,011	1,033	1,032	1,065	1,044
Verteilung der Nettoäquivalenzeinkommen auf Dezile										
D ₁₀	23,8%	23,4%	23,4%	23,2%	22,5%	22,9%	23,3%	23,2%	23,5%	23,1%
D ₉	14,2%	14,4%	14,1%	14,3%	14,4%	14,4%	14,3%	14,4%	14,4%	14,6%
D ₈	11,8%	11,9%	12,0%	12,0%	12,1%	11,9%	12,0%	12,0%	12,1%	12,1%
D ₇	10,3%	10,4%	10,4%	10,4%	10,6%	10,5%	10,5%	10,4%	10,5%	10,5%
D ₆	9,2%	9,2%	9,3%	9,2%	9,4%	9,3%	9,2%	9,2%	9,2%	9,3%
D ₅	8,2%	8,2%	8,3%	8,3%	8,4%	8,2%	8,2%	8,2%	8,2%	8,3%
D ₄	7,3%	7,3%	7,3%	7,3%	7,4%	7,3%	7,2%	7,3%	7,2%	7,3%
D ₃	6,4%	6,4%	6,4%	6,4%	6,4%	6,4%	6,3%	6,4%	6,2%	6,3%
D ₂	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	5,2%	5,1%
D ₁	3,5%	3,6%	3,6%	3,6%	3,6%	3,7%	3,6%	3,6%	3,5%	3,4%
Σ D ₆ ... D ₁₀	69,2%	69,2%	69,2%	69,2%	69,0%	69,1%	69,3%	69,3%	69,7%	69,6%
Σ D ₁ ... D ₅	30,8%	30,8%	30,8%	30,8%	31,0%	30,9%	30,7%	30,7%	30,3%	30,4%

Quelle: SOEP v32, eigene Berechnungen (IAW)

1 // Werte mit Berücksichtigung selbstgenutzten Wohneigentums; Einkommensjahr

2 // Zeitreihenbruch durch revidiertes Stichprobenkonzept, vgl. DIW Wochenbericht Nr 25/2015

5. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Ungleichheit bei der Lebenserwartung in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren entwickelt (bitte nach Geschlechtern und Einkommensquintilen aufschlüsseln)?
6. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Ungleichheit bei der Mortalität in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren entwickelt (bitte nach Geschlechtern und Einkommensquintilen aufschlüsseln)?

Die Fragen 5 und 6 werden gemeinsam beantwortet.

Auf die Antwort zu Frage 14 wird verwiesen.

7. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Ungleichheit bei der Morbidität in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren entwickelt (bitte nach Möglichkeit Gesamtmorbidität angeben sowie aufgeschlüsselt nach KHK/Herzinfarkte, Schlaganfälle, Krebs, Diabetes, Demenz sowie jeweils nach Geschlechtern beantworten)?

Zu der Frage, wie sich die sozialen Unterschiede im Krankheitsgeschehen in den vergangenen zehn Jahren entwickelt haben, liegen für Deutschland bislang nur wenige Studienergebnisse vor, die noch keine belastbaren Aussagen erlauben.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

8. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Ungleichheit bei der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?

Zu der Frage liegen für Deutschland bislang nur wenige Studienergebnisse vor, die noch keine belastbaren Aussagen erlauben.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

9. Wie hat sich die Mortalität bei ALG-II- und weiteren Grundsicherungsberechtigten (Zweites und Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB II und XII) in den vergangenen zehn Jahren entwickelt (durchschnittliches Sterbealter, Lebenserwartung)?

Die Statistiken zum Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) können nur solche Personen erfassen, die die entsprechenden Leistungen beziehen.

Im Bereich des SGB II endet der Leistungsbezug spätestens mit Erreichen des Rentenalters. Allgemeine Aussagen zur Lebenserwartung sind auf Basis der Statistik des SGB II nicht möglich.

Im Bereich des SGB XII wird seit Einführung der zentral beim Statistischen Bundesamt durchgeführten Statistik der Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII im Jahr 2015 der Tod von Leistungsberechtigten als Grund der Leistungseinstellung zusammen mit dem Alter dieser Leistungsberechtigten statistisch erfasst.

Nach den aktuellsten Daten für das dritte Quartal 2016 wurden die Leistungen von 5 025 Leistungsberechtigten von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wegen Todes der Leistungsberechtigten eingestellt. Das durchschnittliche Alter der Leistungsberechtigten betrug 79,8 Jahre.

Hierbei ist aber zu beachten, dass diese Leistungseinstellungen lediglich 29 Prozent der insgesamt im dritten Quartal 2016 statistisch erfassten Leistungseinstellungen (17 280) in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ausmachen und daher eine allgemeine Aussage über die Lebenserwartung von Leistungsberechtigten nach dem SGB XII (also auch unter Einbeziehung der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII) auf Basis der Statistik nicht möglich ist.

10. Wie wirken sich Armut und Armutsgefährdung nach Kenntnis der Bundesregierung auf Gesundheit und Lebenserwartung aus (bitte nach Frauen und Männern differenzieren)?

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

11. Welcher Zusammenhang besteht nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen dem sozioökonomischen Status von Patientinnen und Patienten sowie dem Tumorstadium zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose?

Ein Zusammenhang zwischen dem Tumorstadium zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose und dem Sozialstatus der Patientinnen und Patienten wurde nach hiesiger Kenntnis bisher nur einmalig mit den Daten des klinischen Registers der Universitätsklinik Leipzig untersucht. Eine verlässliche Aussage ist auf dieser Basis nicht möglich.

12. Welcher Zusammenhang besteht nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen der sozioökonomisch bedingten Überlebenschance von Patientinnen und Patienten mit Krebs nach Abgleich des Stadiums zum Zeitpunkt der Diagnose, der aus dem sozioökonomischen Status resultiert?

Der Bundesregierung sind keine ausreichend aussagekräftigen Studien aus dem deutschen Kontext zu dieser Frage bekannt.

13. In welcher Art und in welchem Ausmaß wirken sich Armut und Armutsgefährdung nach Kenntnis der Bundesregierung auf Gesundheit und Lebenserwartung von älteren Menschen aus?

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut kommt zu dem Ergebnis, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten nicht nur im mittleren, sondern auch im höheren Lebensalter auf tun. In den ersten Jahren nach dem Übergang in den Ruhestand schwächt sich die gesundheitliche Ungleichheit jedoch wieder ab. Im weiteren Altersgang zeigt sich häufig eine weitere Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, wobei allerdings sehr unterschiedliche Verlaufsmuster je nach betrachtetem Gesundheitsaspekt zu beobachten sind. Die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ist bei Männern eher als bei Frauen festzustellen, was unter anderem mit der höheren vorzeitigen Sterblichkeit zusammenhängen könnte, die Männer mit niedrigem Sozialstatus verstärkt betrifft.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 und die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung, insbesondere auf Kapitel B.V.1.1 im Vierten Armuts- und Reichtumsbericht, verwiesen.

14. Welche empirisch-quantitativen Untersuchungen aus den vergangenen 16 Jahren zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Lebenserwartung in Deutschland sind der Bundesregierung bekannt?

In den vergangenen 16 Jahren gab es nur wenige aussagekräftige Studien zur sozialen Ungleichheit bei Mortalität und Lebenserwartung. Ein Überblick über die bis zum Jahr 2014 für Deutschland vorliegenden empirischen Ergebnisse zu sozialen Unterschieden in der Mortalität und Lebenserwartung findet sich in Lampert, Thomas / Kroll, Lars Eric (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE kompakt 5 (2), Berlin: Robert Koch-Institut.

15. Welche einschlägigen Studien zu den Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit und die Lebenserwartung der Menschen hat die Bundesregierung im Rahmen der bisherigen Armuts- und Reichtumsberichterstattung in Auftrag gegeben, und welche diesbezüglichen Erkenntnisse und Indikatoren sind in dem Vierten und dem Fünften Armuts- und Reichtumsbericht (5. ARB: Entwurf) ausgeführt?

Alle Armuts- und Reichtumsberichte sowie die Studien, die die Bundesregierung im Rahmen der bisherigen Armuts- und Reichtumsberichterstattung in Auftrag gegeben hat, sind auf der Internetseite www.armuts-und-reichtumsbericht.de unter „Bericht“ aufgelistet und einsehbar. Zu dem Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit wurde eine Studie für den Zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung vergeben (Lampert / Ziese (2005): „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“, BMGS (Hrsg.)). Diese Studie wurde für die folgenden Armuts- und Reichtumsberichte im Auftrag der Bundesregierung vom Robert Koch-Institut jeweils umfassend aktualisiert. Die diesbezüglichen Erkenntnisse sind den Armuts- und Reichtumsberichten zu entnehmen.

Im Einzelnen können die verwendeten Studien den jeweiligen Armuts- und Reichtumsberichten entnommen werden, ebenso wie die Ergebnisse und die verwendeten Indikatoren.

Die Indikatoren des Fünften Armuts- und Reichtumsberichts sind bereits jetzt auf der Internetseite www.armuts-und-reichtumsbericht.de dargestellt. Für den Bereich Gesundheit werden die Entwicklung der Lebenserwartung und die Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustands abgebildet. Bei Interpretation der Indikatoren muss auf die offene Frage der kausalen Beziehung zwischen diesen und sozio-ökonomischen Merkmalen hingewiesen werden. Statistische Korrelationen sind nicht mit einer kausalen Beziehung gleichzusetzen. Individuelle Gesundheit und Lebenserwartung resultieren aus dem Zusammenwirken vieler Merkmale wie Geschlecht, Bildung, Einkommen oder Berufsstatus, sind aber auch mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen und dem Gesundheitsverhalten statistisch assoziiert.

16. Zu welchen Ergebnissen hinsichtlich der Unterschiede in der Lebenserwartung der einkommensarmen und der wohlhabenden Bevölkerungsschichten kam nach Kenntnis der Bundesregierung die Untersuchung von Lampert et al. („Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland“, 2007, www.bpb.de/apuz/30179/soziale-ungleichheit-der-lebenserwartung-in-deutschland?p=0), und welche Maßnahmen hat die Bundesregierung zwischenzeitlich ergriffen, um die Unterschiede zwischen den dort genannten Bevölkerungsgruppen in Bezug auf Gesundheit und Lebenserwartung zu verringern?
17. Welche Belege für die mit diesen Maßnahmen bislang erzielten Wirkungen zur Verminderung sozialer Ungleichheit bei Gesundheit und Lebenserwartung liegen nach Kenntnis der Bundesregierung vor?
18. Für welche der von der Bundesregierung ergriffenen Maßnahmen wurde eine wissenschaftliche Evaluation der Wirkung durchgeführt oder zumindest beschlossen, und wann werden die Ergebnisse vorliegen?
19. Welche Pläne verfolgt die Bundesregierung, um die gesundheitliche Ungleichheit in Zukunft zu verringern?

Die Fragen 16 bis 19 werden gemeinsam beantwortet.

Ein Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Gesundheit und Lebenserwartung wird durch epidemiologische Studien regelmäßig bestätigt. In der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung wird fortlaufend darüber berichtet, zuletzt im Vierten Armuts- und Reichtumsbericht. Auch der kommende Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird darauf eingehen. Sowohl der Vierte als auch der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht enthält einen Überblick über entsprechende Maßnahmen der Bundesregierung.

Gesundheit hängt von vielen unterschiedlichen Determinanten auf allen Ebenen und in allen politischen Sektoren ab, die sich nur teilweise beeinflussen lassen. Gesundheitliche Effekte lassen sich zudem oft erst über längere Zeiträume nachweisen. Komplexe Wirkungszusammenhänge erschweren es erheblich, den Erfolgsbeitrag einzelner Aktivitäten und gemeinschaftlicher Anstrengungen zu bewerten. Die Förderung sozialer und gesundheitlicher Chancengleichheit ist der Bundesregierung seit vielen Jahren ein wichtiges Anliegen, das sie in den verschiedenen politischen Handlungsfeldern mit zahlreichen Maßnahmen adressiert.

Neben den vielfältigen Maßnahmen zur Stärkung der sozialen Chancengleichheit kann im Bereich Gesundheit aus der laufenden Legislaturperiode insbesondere das im Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) hervorgehoben werden. Gemäß § 20 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sollen die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheiten beitragen. Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen können in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden, da die Interventionen hier in aufsuchender Form erfolgen. Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in den Lebenswelten helfen dabei, die gesundheitlichen Rahmenbedingungen durch Strukturbildung zu verbessern und damit zugleich ein gesundheitsförderliches Verhalten der Menschen zu erleichtern. Deshalb ist die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung, z. B. in der Kita, der Schule, der Kommune, im Betrieb oder im Pflegeheim, ein Schwerpunkt des Präventionsgesetzes. Die Pflegekassen erhielten mit dem Präventionsgesetz einen spezifischen Auftrag zur Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen. Zudem wurden die Krankenkassen und die Pflegekassen dazu verpflichtet, ab dem Jahr 2016 mindestens 300 Mio. Euro für derartige Leistungen aufzuwenden.

Da es sich bei der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention um eine Aufgabe zahlreicher staatlicher wie nicht-staatlicher Akteure auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene handelt, ist deren enge und nach gemeinsamen Zielen ausgerichtete Zusammenarbeit notwendig. Die mit dem Präventionsgesetz geschaffene Nationale Präventionskonferenz bietet hierfür eine verbindliche Kooperationsstruktur. Als Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz wird sich das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den ebenfalls in der Präventionskonferenz vertretenen Bundesministerien weiterhin dafür einsetzen, dass die nationale Präventionsstrategie wesentlich zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beiträgt. In den ersten von der nationalen Präventionskonferenz beschlossenen bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen vom 19. Februar 2016 haben sich deren Mitglieder bereits darauf verständigt, dass eine Konzentration von Aktivitäten auf solche Lebenswelten erforderlich ist, in denen insbesondere auch Menschen mit sozial ungünstigen Gesundheitschancen ohne Stigmatisierung erreicht werden können.

Dauerhafte Wirkungen sind zu erzielen, wenn alle Akteure ihre Verantwortung wahrnehmen. Die Sozialversicherungsträger haben es sich zum Ziel gesetzt, hierfür mit ihren Leistungen zur Prävention sowie zur Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung einen Unterstützungsbeitrag zu leisten.

Der Erfolgskontrolle und Evaluation der mit dem Präventionsgesetz geschaffenen Regelungen dient der Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsbericht) nach § 20 d Absatz 2 Nummer 2 SGB V. Mit dem erstmals zum 1. Juli 2019 von der Nationalen Präventionskonferenz vorzulegenden Präventionsbericht wird die Bundesregierung eine Grundlage erhalten, um einzuschätzen, ob mit den Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden konnten. Auf dieser Grundlage wird sich die Bundesregierung mit ihrer Stellungnahme nach § 20 d Absatz 4 SGB V auch zu einem etwaigem gesetzlichen Fortentwicklungsbedarf gegenüber den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes äußern.

Exemplarisch sei auch auf die Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verwiesen, die seit vielen Jahren mit gezielten Maßnahmen besonders auch vulnerable Bevölkerungsgruppen in den Blick nimmt. Mit dem von der BZgA initiierten Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ existiert seit dem Jahr 2003 ein stetig wachsendes Netzwerk, das über den Austausch von Wissenschaft und Praxis, die Bereitstellung von Good-Practice-Beispielen und Unterstützung bei der Qualitätsentwicklung für die Akteure vor Ort einen Beitrag zur Stärkung der Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen leistet. Die hier eingebundenen 16 „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“, die im Wesentlichen von den Ländern und den Kassen finanziert werden, werden im Zuge der Umsetzung des Präventionsgesetzes mit Hilfe der gesetzlichen Krankenkassen personell aufgestockt. Speziell mit Blick auf Kinder und Jugendliche wurde im Kontext des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ im Jahr 2011 ein kommunaler Partnerprozess „Gesund aufwachsen für Alle!“ initiiert. In Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem „Gesunde-Städte-Netzwerk“ sollen mittelfristig alle Kommunen auf der Grundlage konsentierter Handlungsempfehlungen („Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“) bei ihren Bemühungen um gesundheitliche Chancengleichheit unterstützt werden. Vor dem Hintergrund einer sich weiter durchsetzenden Lebenslaufperspektive und der Erkenntnis, dass methodische Erkenntnisse aus der Arbeit für Kinder und Jugendliche auch für andere Altersgruppen genutzt werden können, wurde der kommunale Partnerprozess im November 2015 thematisch erweitert und in „Gesundheit für Alle!“ umbenannt.

Auch für die Zukunft sieht die Bundesregierung in der Umsetzung des Präventionsgesetzes und der Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention einen wichtigen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen will die Bundesregierung auch das gesunde Aufwachsen von Kindern fördern. Als wichtige Maßnahme im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes fördert die Bundesregierung seit 2012 die Netzwerke Frühe Hilfen und den Einsatz von Gesundheitsfachkräften, wie. z. B Familienhebammen und Familien-Gesundheits- Kinderkrankenpflegerinnen und- pfleger. Aufgabe ist die niedrigschwellige Unterstützung von Familien mit kleinen Kindern. Jährlich stellt der Bund dauerhaft für die Frühen Hilfen 51 Mio. Euro zur Verfügung. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen hat die Funktion einer Koordinierungsstelle für den Bund übernommen.

20. Welche Schritte hat die Bundesregierung unternommen, um für Menschen mit Behinderung und Menschen mit chronischen Krankheiten den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu verbessern?

Die gesetzliche Krankenversicherung stellt allen Versicherten – unabhängig vom sozialen Status – umfassend Leistungen zur Krankenbehandlung zur Verfügung, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Für die Gesundheitsversorgung zahlen die Versicherten nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und unabhängig vom individuellen gesundheitlichen Risiko Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Zuzahlungen sind begrenzt auf zwei Prozent, bei chronisch Kranken auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Die angemessene gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung und Menschen mit chronischen Krankheiten ist darüber hinaus auch gesondert sichergestellt: Das SGB V enthält eine eigenständige Regelung, die ausschließlich die Belange behinderter und chronisch kranker Menschen in den Mittelpunkt stellt (§ 2a SGB V). Nach dieser Regelung ist den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Es gilt, die Belange chronisch kranker und behinderter Menschen im Sinne von mehr Teilhabe zu berücksichtigen, ihnen Selbstbestimmung zu ermöglichen und durch Behinderungen bzw. chronische Krankheit bedingte Nachteile auszugleichen. Diese Regelung ist wegweisend für das SGB V. Dies entspricht dem in Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes (GG) bestimmten Benachteiligungsverbot von Menschen mit Behinderung.

Darüber hinaus enthalten gerade die Reformgesetze der laufenden Legislaturperiode eine Reihe von Regelungen, die insbesondere dazu dienen, die Versorgung von Menschen mit Behinderung zu verbessern. Zu nennen sind etwa die Einrichtung von medizinischen Behandlungszentren, die auf die Bedürfnisse von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung zugeschnitten sind, die Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung oder das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG), das durch die Verbesserung der Qualität der Versorgung Menschen mit Behinderungen, die zum Ausgleich ihrer Behinderung auf eine gute Hilfsmittelversorgung zwingend angewiesen sind, in besonderer Weise zugutekommt.

21. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, damit die Höhe der Kosten für Fahrten zur gesundheitlichen Behandlung für einkommensarme Menschen nicht zu finanziellen Problemen führen und infolgedessen die Betroffenen notwendige Behandlungen nicht in Anspruch nehmen?

Gemäß § 60 Absatz 1 Satz 1 SGB V in Verbindung mit der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses übernimmt die gesetzliche Krankenkasse nach § 60 Absatz 2 und 3 SGB V die Kosten für Fahrten einschließlich der Krankentransportleistungen nach § 133 SGB V, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind.

Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung werden in besonderen Ausnahmefällen übernommen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in der Krankentransport-Richtlinie festgelegt hat.

In Bezug auf den von den Versicherten zu leistenden Eigenanteil sieht § 61 Satz 1 SGB V vor, dass Versicherte grundsätzlich eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten je Fahrt, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro leisten, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt. Gemäß § 60 Absatz 2 Satz 1 SGB V übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten in Höhe des Betrages, der den nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrag der Zuzahlung übersteigt.

Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 Absatz 1 SGB V überschritten haben, sind bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit. Die Belastungsgrenze beträgt grundsätzlich zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen des Familienhaushaltes; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

22. Welcher Zusammenhang besteht nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen der Armuts- und Reichtumsverteilung in einer Region sowie der Gesundheit und der Lebenserwartung ihrer Bewohner und Bewohnerinnen?

Die Bundesregierung verfügt über keine systematischen Daten zu entsprechenden regionalen Zusammenhängen.

Grundsätzlich sind kausale Schlussfolgerungen, wonach etwa ein geringes Einkommen zu einer schlechten Gesundheit führt, angesichts der Komplexität der Zusammenhänge nicht sachgerecht. Ein geringes Einkommen kann eine schlechte Gesundheit nach sich ziehen. Eine schlechte Gesundheit kann aber auch die Einkommenschancen des Einzelnen beeinträchtigen, insbesondere da ein als schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand erheblichen Einfluss auf die durchschnittliche Arbeitszeit hat. Klar ist, dass die Frage der individuellen Gesundheit in einem Zusammenhang mit den materiellen Möglichkeiten des jeweiligen Haushalts stehen kann. Der dargestellte Befund wird aber auch maßgeblich durch andere Faktoren beeinflusst und verstärkt, allen voran durch Bildungsunterschiede. Eine höhere Bildung ist eine wesentliche Voraussetzung für verbesserte Einkommens- und Aufstiegschancen des Einzelnen, was sich wiederum positiv auf die subjektiv eingeschätzte Gesundheit auswirkt. Altersunterschiede, Alkohol- und Nikotinkonsum sowie Persönlichkeitsmerkmale oder der Beruf und die Branche, in der eine Person arbeitet, spielen ebenfalls eine Rolle. Dabei geht es auch um unterschiedliche körperliche und psychische Belastungen am Arbeitsplatz (Bericht der Bundesregierung zur Lebensqualität in Deutschland, Oktober 2016, S. 31 ff.).

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 1 und 15 verwiesen.

23. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Korrelationen zwischen der Armuts- und Reichtumsverteilung in einer Region und dem Angebot ambulanter Versorgung (bitte nach hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung differenzieren)?

Der Bundesregierung liegen keine Belege für eine entsprechende Korrelation vor. Allgemein ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) u. a. so genannte Verhältniszahlen (Anzahl der Einwohner je Arzt) für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung beschließt. Der G-BA hat mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz den Auftrag erhalten, die BPL-RL weiterzuentwickeln. Auftrag des G-BA ist es dabei insbesondere, die Verhältniszahlen zu überprüfen und dabei ausdrücklich auch die Sozial- sowie die Morbiditätsstruktur in die Planung einzubeziehen.

24. Welcher Zusammenhang besteht nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen der Armuts- und Reichtumsverteilung in einer Region und der Krankenhausversorgung?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über einen Zusammenhang zwischen der Armuts- und Reichtumsverteilung in einer Region und der Krankenhausversorgung vor. Unabhängig von der wirtschaftlichen Lage und dem sozialen Status der Versicherten umfasst der gesetzliche Anspruch auf Krankenhausbehandlung alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Auch die Maßnahmen des Krankenhausstrukturgesetzes zur Verbesserung der Versorgung, insbesondere im Bereich Qualität, kommen grundsätzlich allen Patientinnen und Patienten gleichermaßen zugute.

25. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über regionale Unterschiede der Versorgung mit Heilmitteln, insbesondere in Bezug auf Armuts- und Reichtumsverteilung in einer Region?

Der Bundesregierung liegen keine Belege für einen systematischen Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Situation einer Region und der Versorgungssituation vor.

26. Welche Folgen für Gesundheit und Lebenserwartung hat es nach Kenntnis der Bundesregierung, wenn Kinder in Armut aufwachsen?

Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings am Robert-Koch-Institut insbesondere auf Basis der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) zeigen, dass auch weiterhin die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwächst. Mit Blick auf im Kindes- und Jugendalter häufig auftretende körperliche Erkrankungen sind nur geringe Unterschiede nach dem sozioökonomischen Status der Eltern festzustellen. Ein niedriger Sozialstatus geht allerdings mit einer geringeren Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche und der zahnärztlichen Untersuchungen einher.

27. Wie unterscheidet sich nach Kenntnis der Bundesregierung die gesundheitliche Verfassung von Kindern, die in Armut aufwachsen, von Kindern, die nicht in Armut aufwachsen, zum Zeitpunkt der Kita-Vorsorgeuntersuchung?

Es wird auf die in Antwort zu Frage 26 erwähnten Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) verwiesen. Die Durchführung spezieller Vorsorgeuntersuchungen in Kitas ist landesrechtlich geregelt und wird je nach Bundesland unterschiedlich gehandhabt. Informationen zur finanziellen Situation der Familie, anhand derer sich gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Kindern, die in Armut aufwachsen, und Kindern, die nicht in Armut aufwachsen, untersuchen ließen, werden in der Regel dabei nicht erhoben. Bundesweite Daten aus den Kita-Vorsorgeuntersuchungen liegen daher nicht vor. Diese Kita-Vorsorgeuntersuchungen ergänzen vielfach die zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehörenden Gesundheitsuntersuchungen für Kinder nach § 26 SGB V (U1 bis U9). Eine statistische Auswertung der ärztlichen Untersuchungsergebnisse findet nicht statt. Daher liegen der Bundesregierung keine speziellen Informationen über die gesundheitliche Situation von Kindern zum Zeitpunkt der Kita-Vorsorgeuntersuchungen vor.

28. Wie unterscheidet sich nach Kenntnis der Bundesregierung die gesundheitliche Verfassung von Kindern, die in Armut aufwachsen, von Kindern, die nicht in Armut aufwachsen, zum Zeitpunkt der Einschulung?

Es wird auf die Antwort zu Frage 26 in Bezug auf die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) verwiesen. Die Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind landesgesetzlich geregelt. Ziel der Einschulungsuntersuchungen ist es, die Schultauglichkeit festzustellen, um den Zeitpunkt der Einschulung festzulegen, sowie den Gesundheitszustand und Entwicklungsstand insbesondere mit Blick auf die Anforderungen im Schulalltag zu erheben. Aufgrund der verpflichtenden Teilnahme aller Kinder im Vorschulalter stellen die Einschulungsuntersuchungen als Vollerhebung eine wichtige Datengrundlage für die Gesundheitsberichterstattung dar. Bundesweit einheitliche Daten liegen nicht vor.

29. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung die gesundheitliche Verfassung von Jugendlichen, die in Armut aufwachsen, von Jugendlichen, die nicht in Armut aufwachsen, zum Zeitpunkt der schulärztlichen Untersuchung der zehnten Klassen?

Schulärztliche Untersuchungen in den 10. Klassen finden nicht in allen Bundesländern statt und sind zudem je nach Bundesland unterschiedlich ausgestaltet, so dass keine bundesweit einheitlichen Daten vorliegen.

30. Wie unterscheidet sich nach Kenntnis der Bundesregierung die gesundheitliche Verfassung von Jugendlichen, die in Armut aufwachsen, von denen, die nicht in Armut aufgewachsen sind, zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung nach § 32 des Jugendarbeitsschutzgesetzes?

Nach § 32 des Jugendarbeitsschutzgesetzes dürfen Jugendliche, die in das Berufsleben eintreten, nur nach ärztlicher Untersuchung beschäftigt werden. Die Jugendlichen haben dem Arbeitgeber eine von einer Ärztin oder einem Arzt ausgestellte Bescheinigung über die Erstuntersuchung vorzulegen. Zweck der gesundheitlichen Betreuung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz besteht vor allem darin, Gesundheitsschäden infolge der Berufsarbeit zu verhindern. Der Arbeitgeber darf Jugendliche nicht mit Arbeiten beschäftigen, die nach ärztlicher Bescheinigung ihre Gesundheit oder Entwicklung gefährden.

Eine statistische Auswertung der ärztlichen Untersuchungsergebnisse findet nicht statt. Daher liegen der Bundesregierung keine Informationen über die gesundheitliche Verfassung Jugendlicher zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung vor.

31. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Menschen, die ab Renteneintrittsalter Grundsicherung des SGB XII beziehen und Menschen mit Pensionsansprüchen?

Erkenntnisse zu Unterschieden zwischen Leistungsberechtigten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Menschen mit bedarfsdeckenden Pensionsansprüchen liegen der Bundesregierung nicht vor.

32. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den gesundheitlichen Zustand von Menschen mit SGB-II-Bezug (bitte zwischen Arbeitslosen, erwerbstätigen ALG-II-Beziehenden und Sozialgeldbeziehenden differenzieren), mit Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung bei Erwerbsminderung im SGB XII?

Eine Vielzahl von Studien weist darauf hin, dass der Gesundheitszustand von Arbeitslosen schlechter ist als der von Erwerbstätigen. Dabei kann Arbeitslosigkeit sowohl Ursache für gesundheitliche Einschränkungen als auch Folge von gesundheitlich bedingten Vermittlungseinschränkungen sein.

Mehr als 40 Prozent der arbeitslosen Bezieherinnen und Bezieher von SGB II-Leistungen haben schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen. Diese Personen schätzen auch unter Berücksichtigung von Altersunterschieden ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als Erwerbstätige ohne Leistungsbezug (vgl. Eggs, Johannes / Trappmann, Mark / Unger, Stefanie (2014): Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich: ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein, IAB-Kurzbericht 23/2014, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit).

Zudem haben Arbeitslose mit einer längeren Dauer der Arbeitslosigkeit tendenziell mehr Gesundheitsprobleme. Nach einer aktuellen Auswertung der Studien

„Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2009 und 2010 haben Männer und Frauen mit kürzeren Arbeitslosigkeitserfahrungen tendenziell einen besseren Gesundheitszustand und suchen auch seltener den Arzt oder das Krankenhaus auf als die Vergleichsgruppe mit längeren Arbeitslosigkeitserfahrungen (vgl. Kroll, Lars Eric / Müters, Stephan / Lampert, Thomas (2016): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit – Ein Überblick zum Forschungsstand und aktuelle Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59 (2): S. 228-237).

Noch umfassender dokumentiert ist der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und der psychischen Gesundheit. Hier zeigen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, dass Langzeitarbeitslose mindestens doppelt so häufig psychische Erkrankungen (insbesondere Depressionen und Angststörungen) haben wie erwerbstätige Personen (vgl. Paul, Karsten / Moser, Klaus (2009): Unemployment impairs mental health: Meta-analyses, in: Journal of Vocational Behavior 74, S. 264-282).

Ergebnisse auf Basis des PASS-Panels des IAB legen nahe, dass gesundheitliche Einschränkungen die Vermittlung in Erwerbstätigkeit erschweren, da in Kreisen mit einer niedrigen Arbeitslosenquote anteilig mehr Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen im SGB II-Leistungsbezug sind als in Kreisen mit vielen Arbeitslosen. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit Befunden auf Basis von Längsschnittanalysen aus verschiedenen europäischen Ländern (vgl. die oben genannte Studie von Eggs et al. (2014) sowie für Befunde aus anderen Europäischen Ländern: Schuring, Merel / Burdorf, Lex / Kunst, Anton / Mackenbach, Johann P. (2007): The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. Journal of Epidemiology and Community Health 61(7):597-604).

33. Wie viele Krankengeldbeziehende haben ein Einkommen unterhalb des Grundsicherungsniveaus, stellen einen Antrag auf aufstockende Grundsicherungsleistungen (SGB II) bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII) und erhalten diese?

Im Oktober 2016 erhielten 16 950 erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit Krankengeldbezug aufstockende Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II.

Für den Bereich des SGB XII liegen hierzu keine Daten vor.

34. Werden Krankengeldbeziehende auf die Möglichkeit der Antragstellung auf Grundsicherungsleistungen bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt aufmerksam gemacht, und wenn ja, von wem, und wenn nein, warum nicht?

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden (§ 44 Absatz 1 SGB V). Als Entgeltersatzleistung schließt das Krankengeld an das zuvor erzielte Regelentgelt an. Das Krankengeld beträgt 70 v. H. des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt); es darf 90 v. H. des entsprechenden Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Absatz 1 Satz 1, 2 SGB V). Sofern den Krankenkassen Hinweise auf eine mögliche Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder dem SGB XII bekannt werden, sind diese nach § 14 SGB I verpflichtet, auf eine mögliche Antragstellung aufmerksam zu machen.

35. Wie hoch ist die verdeckte Armut (Nichtinanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB II und SGB XII trotz bestehendem Anspruch) von Krankengeldbeziehenden?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor.

36. Wie hoch sind Krankengeldzahlungen (z. B. Angabe in Dezilen)?

Das Krankengeld beträgt 70 v. H. des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt); es darf 90 v. H. des entsprechenden Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Absatz 1 Satz 1, 2 SGB V). Krankengeld wird grundsätzlich für Kalendertage gezahlt (§ 47 Absatz 1 Satz 6 SGB V). Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser nach § 47 Absatz 1 Satz 7 SGB V mit 30 Tagen anzusetzen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann aus den aktuell vorliegenden Daten für das Jahr 2015 einen durchschnittlichen täglichen Krankengeldzahlungsbetrag (ohne Berücksichtigung von Kinderkrankengeld) in Höhe von rund 49 Euro ermitteln. Soweit für einen ganzen Monat Krankengeld zu zahlen war, betrug damit im Jahr 2015 der durchschnittliche monatliche Krankengeldzahlungsbetrag rund 1 470 Euro.

37. Inwieweit berücksichtigt die Bundesregierung im Sinne des „health-in-all-policy“-Ansatzes die gesundheitlichen Folgen bei politischen Entscheidungen und Gesetzgebungsverfahren, wie es die Europäische Kommission angeregt hat, bzw. strebt sie eine solche Berücksichtigung an (European Union 2013: Health inequalities in the EU – Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot, S. viii; http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf)?

Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung werden in verschiedenen politischen Handlungsfeldern ergriffen. Auch gewährleistet die nach der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesregierung erforderliche ressortübergreifende Abstimmung von Gesetzesentwürfen und wichtigen politischen Maßnahmen eine Berücksichtigung von gesundheitlichen Belangen. Auch im Rahmen der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie, die mit Beschluss vom 11. Januar 2017 fortentwickelt wurde, ist die Berücksichtigung von Auswirkungen auf die Gesundheit als verpflichtender Prüfstein der Folgenabschätzung von Vorschlägen der Bundesregierung für Gesetze und Verordnungen verankert. Aufgrund dieser umfassenden Berücksichtigung bei Gesetzgebungsvorhaben und Maßnahmen ist derzeit keine verpflichtende Prüfung im Sinne des „health-in-all-policy“-Ansatzes geplant.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 19 und 39 sowie auf die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung verwiesen.

38. Erwägt die Bundesregierung, ein Programm aufzulegen, analog zu den Aktivitäten der britischen Regierung zum Thema „Tackling Health Inequalities: A Programme for Action“, das 2003 begonnen wurde, um die Mortalitätsunterschiede zwischen der niedrigsten und der höchsten Statusgruppe bis zum Jahr 2010 um 10 Prozent zu vermindern (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20031220221853/doh.gov.uk/healthinequalities/programmeforaction/>)?

Maßnahmen des britischen Gesundheitssystems sind nur eingeschränkt auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar. Neben strukturellen Unterschieden ist davon auszugehen, dass das im Jahr 2003 gestartete und bis zum Jahr 2010 fortgeführte Programm „Tackling Health Inequalities“ von einer von Deutschland sehr verschiedenen Versorgungssituation ausging.

Hinsichtlich der unter dem Dach des genannten Programms verfolgten Ziele und Maßnahmen bestehen jedoch durchaus Übereinstimmungen mit Ansätzen in Deutschland. Im Einzelnen wird hier auf die Antworten zu den Fragen 19 und 37 sowie auf die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung verwiesen.

39. Welche messbaren Ziele hat sich die Bundesregierung bei der Verringerung sozialer Ungleichheit gesetzt (bitte nach Einkommen und Vermögen aufschlüsseln)?

Die Bundesregierung hat sich im Rahmen der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie und mit Blick auf die Agenda 2030 der Vereinten Nationen das Ziel gesetzt, zu große Ungleichheit in Deutschland zu verhindern, damit die Einkommens- und Vermögensspreizung moderat und die soziale Teilhabe aller Bürgerinnen und Bürger gewährleistet bleiben. Dementsprechend soll erreicht werden, dass der Gini-Koeffizient des verfügbaren Äquivalenzeinkommens unterhalb des EU-Durchschnitts liegt.

40. Welche messbaren Ziele hat sich die Bundesregierung bei der Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit gesetzt (bitte nach Einkommen und Vermögen aufschlüsseln)?

Mit den insbesondere in der Antwort zu den Fragen 16 bis 19 und den in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung genannten Maßnahmen verfolgt die Bundesregierung das Ziel einer Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Im Sinne einer Ausdifferenzierung dieses übergeordneten Ziels setzen die einzelnen Maßnahmen bei speziellen Gruppen, Lebenswelten oder politischen Handlungsfeldern an. Im Wege regelmäßiger Berichterstattung überprüft die Bundesregierung, ob ihre Maßnahmen in die richtige Richtung wirken oder ob Korrekturen erforderlich sind.