

Wortprotokoll

34. Sitzung

Berlin, den 28.04.2004, 14:30 Uhr
Sitzungsort: RTG 3 N 037
Berlin,
Sitzungssaal: Reichstag

Fraktionssaal der FDP

Vorsitz: Peter Rauen, MdB
Dr. Peter Danckert, MdB

TAGESORDNUNG:

Einzigiger Punkt der Tagesordnung

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen
zum dem Thema

"Förderung der Prävention durch Krankenkassen im Bereich Sport"

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Büttner, Hans
Danckert, Peter, Dr.
Freitag, Dagmar
Hemker, Reinhold
Lehder, Christine
Lohmann, Götz-Peter
Wieczorek, Jürgen

Grotthaus, Wolfgang
Hacker, Hans-Joachim
Kumpf, Ute
Lambrecht, Christine
Schäfer, Axel
Scheelen, Bernd
Schulz, Swen

CDU/CSU

Gienger, Eberhard
Heynemann, Bernd
Kaupa, Gerlinde
Letzgus, Peter
Rauen, Peter
Riegert, Klaus

Fischer, Dirk
Göhner, Reinhard, Dr.
Kolbe, Manfred
Link, Walter
Ramsauer, Peter, Dr.
Sebastian, Wilhelm-Josef

B90/GRUENE

Hermann, Winfried

Sowa, Ursula

FDP

Parr, Detlef

Günther, Joachim

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Der Vorsitzende: Sehr geehrte Sachverständige, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen des Sportausschusses, ich darf sie zu unserer heutigen Anhörung zum Thema „Förderung der Prävention durch Krankenkassen im Bereich Sport“ begrüßen. Sachverständige sind Herr Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer, Beauftragter für Sport und Gesundheit des Deutschen Sportbundes, Frau Dr. Gudrun Eberle vom AOK-Bundesverband, Herr Dr. Eckart Fiedler, Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse, Prof. Dr. Ingo Froböse, Deutsche Sporthochschule Köln, in Begleitung von Herrn Dr. Hans-Martin Schian, Herr Prof. Dr. Jürgen Innenmosser, Direktor des Instituts für Rehabilitations-sport, Sporttherapie und Behindertensport der Universität Leipzig, Herr Manfred Pawlita, Gmünder Ersatzkasse, Herr Peter Reichelt von der Technischen Krankenkassen, sowie Herr Privatdozent Herr Dr. Theodor Stemper von der Universität Düsseldorf.

Ich teile mit, dass ich mich in der Leitung mit meinem Stellvertreter, Herrn Abg. Peter Danckert, abwechseln werde. Zu dieser Anhörung ist ein Fragenkatalog erarbeitet worden, zu dem die Sachverständigen schriftlich Stellung genommen haben. Eine Prüfung der eingegangenen Stellungnahmen hat gezeigt, dass die Bedeutung besondere des Sports für die gesundheitliche Prävention unbestritten ist. Nach meinem Eindruck werden die Setting-Ansätze als erfolgsversprechend beurteilt, insbesondere deswegen, weil man hierdurch die Menschen ohne Diskriminierung erreichen kann. Hinsichtlich der Bonusprogramme habe ich den Eindruck gewonnen, dass alle Kassen, die Stellung genommen haben, derartige Programme oder Systeme bereits anbieten. Diese sind jedoch im Detail durchaus unterschiedlich ausgestattet. Überwiegend wird die Auffassung vertreten, dass die bloße Mitgliedschaft in einem Sportverein oder in einem Fitneß-Studio nicht ausreicht, um in den Genuß eines Bonus zu

gelangen. Herr Prof. Dr. Dr. Peter Scriba hat seine Teilnahme an der heutigen Teilnahme leider absagen müssen. Da wir in der heutigen Anhörung eine überschaubare Anzahl von Sachverständigen zu Gast haben, rege ich an, dass vor Eintritt in die Befragung jeder der Sachverständigen etwa drei bis fünf Minuten lang seine Kernaussagen formuliert. Wir könnten dann etwa ab 15.15 Uhr in die Befragung eintreten. Ich schlage ferner vor, die beiden Komplexe des Fragenkatalogs hinsichtlich der Befragungszeit in etwa gleich zu gewichten. Wir könnten dann bis etwa 16.15 Uhr den ersten Fragenkomplex behandeln und anschließend auf den zweiten Komplex hinsichtlich der Anreizsysteme übergehen. Ich habe weiterhin vorgesehen, recht pünktlich gegen 17.30 Uhr die heutige Anhörung zu schließen.

Als ersten Sachverständigen bitte ich nun Herrn Prof. Dr. Banzer um sein kurzes Statement.

Sv Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer (DSB): Ich begrüße es sehr, dass es gelungen ist, eine Anhörung zu dieser Thematik durchzuführen. Ich habe nämlich den Eindruck gewonnen, dass das Thema Prävention und Sport in den letzten Monaten nicht mehr den Stellenwert genießt, der ihm eigentlich zukommt. Ich glaube, dass die Frage nach den Möglichkeiten, um durch Bewegung etwas für die Gesundheit zu tun, im Grunde wissenschaftlich überhaupt nicht mehr erörtert werden muss. Es liegen hierzu eine ganze Reihe von hochqualifizierten Studien vor. Diese kommen alle zu dem Ergebnis, dass sinnvoll angewandte Bewegung einen präventiven Effekt auf den verschiedensten Ebenen hat. Dies betrifft nicht nur die klassischen Zivilisationskrankheiten, sondern auch weitere Krankheitsbilder. Aus der Präventivmedizin wissen wir aber auch, dass Prävention durch Sport nur dann in einem großem Umfang erfolgreich sein

kann, wenn sie möglichst vielen Menschen flächendeckend angeboten wird. Prävention ist eine Aufgabe, die im Grunde bereits im Elternhaus möglichst frühzeitig beginnen muss. Es geschieht daher völlig zurecht, dass in diesem Zusammenhang der Blick auf Kindergärten oder Schulen gerichtet wird. Ich sehe dies auch im Zusammenhang mit der Diskussion um die Ganztagschulen. In diesem Zusammenhang stellen die Setting-Ansätze eine Möglichkeit neben anderen Angeboten dar. Der DSB hat hierzu auch eine ganze Reihe von Programmen aufgelegt. Ich möchte noch ein abschließendes Wort zur Beurteilung der Aktivitäten der Krankenkassen zum Stichwort Bonus-Modelle sagen. Wir beurteilen natürlich die Präventionsangebote des DSB als wirkungsvoll. Deswegen würden wir uns wünschen, dass aus diesen Angeboten eine möglichst flächendeckende Aktivität entstehen kann. Nur dann wird die Prävention auch eine langfristige Wirkung haben. Ich will noch kurz etwas zu den ökonomischen Effekten der Prävention bemerken. Es gibt gegenwärtig keine verlässliche wissenschaftliche Methode, um eine Gesamtberechnung dieser Effekte durchzuführen. Natürlich müssen wir die ökonomischen Effekte von Prävention im Einzelnen differenziert betrachten. Ich plädiere dafür, dass man bei dieser Diskussion stärker als bisher die Tatsache berücksichtigt, dass bewegungsbezogene Prävention ein Wert an sich sein kann. Es wäre sicher nicht angemessen, Bewegung und Sport schlicht zu instrumentalisieren. Wir plädieren daher deutlich für eine Stärkung der Diskussion über Prävention und Gesundheit als Wert an sich.

Der Vorsitzende: Ich erteile nun Dr. Frau Gudrun Eberle das Wort.

Sv Dr. Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband): Prävention und Gesundheitsförderung tragen aus unserer Sicht ganz wesentlich zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung bei, vor

allem aber auch zur Verbesserung der Lebensqualität unserer Versicherten. Daher liegt eine erfolgreiche Prävention im gesamtgesellschaftlichen Interesse. Sie liegt aber auch im originären Interesse der Krankenkassen, ganz besonders auch der AOK. Wir engagieren uns seit mehreren Jahren in allen möglichen Bereichen der Prävention. Es gibt bei uns individuelle Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung, aber auch außerbetriebliche Prävention. In diesem Gesamtzusammenhang spielt die Bewegung sicher eine herausragende Rolle. Aus medizinischer Sicht gilt die regelmäßige und richtige Bewegung als Rundum-Schutzfaktor. Sie wissen sicherlich, dass Bewegung auch ein evidenzbasiertes Handlungsfeld der Krankenkassen ist. Dies gilt sowohl für die individuelle wie auch für die betriebliche Prävention. Aus unserer Sicht hat der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen die Chancen für Prävention deutlich erhöht. Dies gilt insbesondere, seit wir nach der letzten Gesundheitsreform einheitliche Qualitätskriterien in unserem GKV-Leitfaden aufgestellt haben. Auch wir wissen, dass Prävention erst dann in Richtung einer Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele wirkt, wenn die erforderliche Breitenwirksamkeit erreicht wird. Im Gegensatz zu meinem Vorredner sehen wir nicht den Bonus der gesetzliche Krankenkassen als Weg, um Breitenwirksamkeit zu erreichen. Wir sehen primär die Notwendigkeit, dass es dazu kommt, dass Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen wird. Zunächst ist es wichtig, dass wir ein Präventionsgesetz bekommen, das in die richtige Wirkung wirkt. Es müssen nationale prioritäre Gesundheitsziele aufgestellt werden, damit alle Akteure wissen, wie sie in die gleiche Richtung marschieren und sich gegenseitig unterstützen können.

Der Vorsitzende: Vielen Dank, Frau Dr. Eberle. Ich erteile nun das Wort Herrn Dr. Eckart Fiedler.

Sv Dr. Eckhard Fiedler (Bamer Ersatzkasse):
Ich möchte zunächst den Weltgesundheitsbericht in Erinnerung rufen, in dem ja uns Deutschen ja attestiert worden ist, dass wir fünf bis zehn Jahre länger gesund leben könnten, wenn wir uns mehr bewegen würden. Hierzu kommt natürlich auch die Frage der gesunden Ernährung. In diesem Zusammenhang muss man auch die Feststellung des Sachverständigenrats für Gesundheitswesen sehen, der vor zwei Jahren in seinem Gutachten festgestellt hat, dass durch eine gezielte Prävention mittelfristig erhebliche Kosten eingespart werden können. Es sind einmal Einsparungen in der Größenordnung von zwanzig und dreissig Prozent genannt worden. In diesem Zusammenhang darf man nicht vergessen, dass wir bereits eine Krise unserer sozialen Sicherungssysteme, also auch der Krankenversicherung, auf der Einnahmenseite haben. Von daher muss man überlegen, wo man gezielt ansetzen kann. Hierbei bietet sich die Prävention, speziell über Bewegung, natürlich an. Gerade Herz-Kreislauf-Erkrankungen können über Bewegung erfolgreich bekämpft werden. Daher haben wir uns vor allem der sportlichen Bewegung verschrieben. Wir haben etwa die Kampagne „Deutschland bewegt sich“ ins Leben gerufen. In diesem Zusammenhang haben wir auch bereits frühzeitig angekündigt, dass wir ein Bonus-Programm ins Leben rufen wollen, welches einen Anreiz setzen soll, dass der Einzelne in dieser Richtung aktiv wird. Dadurch soll auch dem Grundsatz der Subsidiarität Rechnung getragen werden. Es geht also um die Eigenverantwortlichkeit, mehr für die eigene Gesundheit zu tun. Gezielt bedeutet im sportlichen Bereich, sich eine ausdauerorientierte sportliche Bewegung zu suchen. Auf die Regelmäßigkeit kommt es natürlich ebenso an. Bei unserem Bonus-Programm werden wir sehr wohl auch darauf achten, dass die gesetzten Anreize auch kontrolliert werden. Man kann sich natürlich darüber streiten, wie intensiv man kontrollieren muss. Wir haben uns jedoch auch

in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Sportbund darum bemüht, gute Angebote zu machen.

Der Vorsitzende: Vielen Dank Herr Dr. Fiedler. Nun hat Herr Dr. Froböse das Wort.

Sv Prof. Dr. Ingo Froböse (Deutsche Sporthochschule Köln): Nur wenn wir uns bewegen haben wir überhaupt eine Perspektive. Wenn wir uns alle nicht bewegen würden, würden wir alle zuckerkrank. Nur über Bewegung ist es überhaupt möglich, den Zuckerstoffwechsel hoch zu halten. Auch Erscheinungen wie Streß können ausschließlich über Bewegung abgebaut werden. Es gibt überhaupt keine andere Möglichkeit, hormonell einzuwirken. Der Gesichtspunkt der Bewegung ist für uns als Sportwissenschaftler essentiell. Sport und Prävention gehört einfach zusammen. Der von den Kassen veranschlagte Betrag von 2,62 € ist natürlich ein Witz. Man muss dies in Relation zu dem Volumen setzen, das die Kassen insgesamt für Gesundheitsausgaben aufbringen müssen. Ich würde das für Prävention vorgesehene Ausgabevolumen daher eher als dürftig bezeichnen. Wichtig ist jedoch, dass zumindest ein Anfang gemacht ist. Über den Betrag von 2,62 € sollte man durchaus noch einmal nachdenken, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt, dass dieser Betrag gegenwärtig noch nicht einmal ausgeschöpft wird. Wichtig ist für mich weiterhin, dass sich der Staat auf dem Gebiet der Prävention auch weiterhin in der Verantwortung sieht. Ich möchte mich einmal auf den Stiftungsgedanken beziehen. Die gesetzlichen Krankenkassen streben ja eine Stiftung an. Der Präventionsgedanke sollte vom Staat aktiv als gesamtgesellschaftliche Aufgabe weiter verfolgt werden und nicht hinter einer Stiftung verschwinden. Ich glaube, dass wir heute nicht primär über die diesbezüglichen wissenschaftlichen Studien diskutieren müssen. Es ist ohnehin klar, dass Prävention lebenslang erfolgen und der jeweiligen Altersent-

wicklung entsprechen muss. Dementsprechend müssen auch die Angebote ausgestaltet werden. Insbesondere auch die Qualitätssicherung ist ein wichtiger Gesichtspunkt. Diese erfolgt noch viel zu wenig. Hierbei kann sicherlich die Sportwissenschaft viel bewirken. Prävention sollte auch nicht durch Wettbewerb verbraucht werden. Wir haben dies bereits in den Jahren 1995/1996 erlebt und erleben es heute teilweise wieder. Die Kassen sollten Prävention zu nutzen, um sich positiv zu profilieren und eine bessere Kundenbindung herzustellen. Außerdem halten wir es für notwendig, zu einer Vernetzung zwischen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege zu kommen. Wir haben ja auch bereits gesetzliche Vorgaben, wie etwa im SGB IX, wo die Prävention bereits umfassend beschrieben ist. Ich halte es nicht für richtig, eine separate Präventionstrategie zu fahren, sondern man sollte eine Strategie wählen, die ein integriertes Gesamtversorgungsmodell darstellt.

Der Vorsitzende: Vielen Dank Herr Professor Froböse. Ich darf nun das Wort weitergeben an Herrn Prof. Dr. Innenmoser.

Sv Prof. Dr. Jürgen Innenmoser (Universität Leipzig): Ich möchte das bisher Gesagte noch etwas ergänzen. Ich möchte auf die Art der Prävention und auf die Probleme eingehen, die wir sehen, wenn es um Bewegungsprogramme für die Prävention geht. Lassen Sie uns erst einmal die vielen kleinen Sünden betrachten, die in der Bevölkerung begangen werden. Es gibt viele Menschen, die das physische Faulsein als Regeneration verstehen. Auch wird das lockere Wohlbefinden nach dem Genuß von Alkohol genauso positiv eingeschätzt wie das positive Gefühl, dass man etwa nach einem Waldlauf hat. Es ist im Grunde einfach, mit Hilfe von Bewegungsprogrammen gesund zu bleiben. Man muss lediglich die im Menschen steckenden Bewegungsmöglichkeiten nutzen. Der Drang zur

Bewegung ist uns ja angeboren. Es kann also gar nicht so schwer sein, diesen Drang zur Bewegung auch tatsächlich zu leben. Mit einem Körper, dessen Muskelkorsett ausreichend trainiert ist, widerstehen wir auch den schlimmsten Sitzmöbeln. Dies gilt auch dann, wenn man bereits die Grenze von 75 Lebensjahren überschritten hat. Mit länger dauernden intensitätsberuhigten und sanften Bewegungen, die etwa bei Aquajogging im Tiefwasser, beim Waldlauf, beim Schwimmen oder beim Radfahren, könne wir soviel Adrenalin abbauen, dass auch der größte Ärger im limbischen System in uns relativiert wird. Auch Dehnungsgymnastik oder ein Durchdrücken der Gelenke kann man jederzeit im Flugzeug oder am Schreibtisch durchführen und dadurch Verspannungen vermeiden. Damit verhindern wir letztlich auch Rückenbeschwerden. Solche Bewegungshandlungen kann man erlernen und bei richtiger Anleitung so verinnerlichen, dass sie letztlich zum Leben gehören. Darauf kommt es uns als Sportwissenschaftlern eigentlich an. Ich will noch darauf eingehen, was wir eigentlich mit richtiger Anleitung meinen. In präventiv wirksamen Sport- und Bewegungsangeboten steht nicht das Machen oder das Tun im Vordergrund. Vielmehr übermitteln die von den Sportlehrern gestellten Bewegungsaufgaben eine Vielzahl von Informationen und Hinweisen, mit denen die Personen ihren Körper und damit auch sich selbst besser kennenlernen. In Präventionssportprogrammen geht es also um das Ausüben von Bewegungen und um das Erlernen von Körperwahrnehmung. Es geht aber auch um Belastungswahrnehmung und Identitätsregulation. Wir sind und natürlich darüber im Klaren, dass nicht jedes beliebige Treiben von Sport präventive Wirkung haben kann. Ein bisschen Bewegung ist natürlich immer besser als überhaupt keine Bewegung. Ich möchte noch auf einen weiteren Gesichtspunkt eingehen. In Leipzig bezeichnen wir unsere sportlichen Initiativen für Krebskranke oder adipöse Kinder als bewegungsaktive Rehabilitation.

Wir wollen damit zu Ausdruck bringen, dass hier eine spezielle Art von Rehabilitation stattfindet. Nach meiner Auffassung wäre es auch im Zusammenhang mit unserem heutigen Thema angebracht, von einer Aufwertung und einer Neukonzipierung von bewegungsaktiver Prävention zu sprechen. Dieser Begriff gehört zur heutigen Thematik dazu und sollte in näherer Zukunft noch etwas vertieft werden.

Der Vorsitzende: Vielen Dank Herr Dr. Innenmoser. Das Wort hat nun Herr Pawlita.

Sv Manfred Pawlita (Gmünder Ersatzkasse): Ich möchte noch ein paar Anmerkungen aus der Sicht der Gmünder Ersatzkasse und aus meiner persönlichen Sicht machen. Wenn wir über ein Präventionsgesetz reden, dann reden wir selbstverständlich auch gleichzeitig über ein Wirken dieses Gesetzes in die Fläche hinein. Den Krankenkassen kann in der Tat nichts besseres passieren als sich des Wissens und der Organisation des Deutschen Sportbundes zu bedienen. Dies reicht dann bis hinein in die Vereine vor Ort. Man sollte hierbei immer einer gewissen Philosophie folgen. Der Sport sollte vordringen, sich mit den Kassen abstimmen und dann sollten die Projekte gemeinsam auf den Weg gebracht werden. Wichtig ist für uns auch, dass alle Lebensphasen erfaßt werden. Das GEK-Lebensphasenmodell berücksichtigt diesen Gesichtspunkt. Das muss vom Kind bis hin zu den Senioren reichen. Hierbei ist das nachhaltige Motivieren zur dauerhaften Sportausübung ein wichtiger Ansatzpunkt. In unserem Bonussystem ist der Erwerb des Deutschen Sportabzeichens nicht als Kriterium enthalten. Wichtig ist uns die Qualitätsorientierung und die Qualitätskontrolle. Diese Qualitätskriterien kann man auch mit dem Sport gemeinsam erarbeiten. Wir haben etwa in Nordrhein-Westfalen mit dem dortigen Landessportbund ein einschlägiges Projekt. Wir haben dort Qualitätszir-

kel auf Kreisebene eingerichtet. Ich will noch ein Wort zu dem Vorwurf sagen, die Krankenkassen würden Marketing über präventive Sportangebote betreiben. Wenn man unsere Präventionsangebote betrachtet, kann man sicherlich einfach belegen, dass der genannte Vorwurf unberechtigt ist. Ich will einfach einmal zwei Beispiele nennen. Wir haben mit dem Deutschen Leichtathletik-Verband eine Kooperation, bei der es darum geht, Grundschüler dazu anzuleiten, wieder zur Leichtathletik als einer der Grundsportarten zurückzufinden. Die Grundschüler als Zielgruppe sind weit davon entfernt, verdächtig zu sein, eine Zielgruppe für Kundenakquisition darzustellen. Noch ein zweites Beispiel. Bei den Dingen, die wir im Betriebssport machen, geht es um Setting-Ansätze, es geht also um das gesamte Lebensumfeld. Und ich möchte noch etwas anfügen. Eigentlich sind die Paragraphen 20 und 65 a des Sozialgesetzbuches V so abgefaßt, dass sie den Krankenkassen schon bisher genügend Möglichkeiten bieten. Diese Möglichkeiten müssen nur aufgegriffen und umgesetzt werden. Es würde im Übrigen den Krankenkassen gut zu Gesicht stehen, wenn sie einen Teil ihrer Marketingausgaben auch dem Sport zu Gute kommen lassen würden. Wir als GEK tun dies jedenfalls. Damit möchte ich es fürs erste bewenden lassen.

Der Vorsitzende: Vielen Dank Herr Pawlita. Ich bitte nun Herrn Peter Reichelt um sein Statement.

Sv Peter Reichelt (Techniker Krankenkasse): Es fällt jetzt natürlich schwer, noch etwas Neues zu sagen. Ich kann mich weitestgehend den Ausführungen meiner Vorredner anschließen. Ich will dennoch versuchen, noch einen neuen Gesichtspunkt einzubringen. Die Möglichkeit, im Bereich der Prävention Leistungen bereitzustellen, gibt es seit dem Jahr 2000. Es ist heute kritisiert worden, dass diese Möglichkeiten nicht ausgeschöpft werden. Hierzu muss man jedoch aber auch beachten,

dass man zur Ausschöpfung der Möglichkeiten zunächst einmal eine Infrastruktur auf der Kassen-
seite, aber auch auf der Anbieterseite benötigt. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass inzwischen alle Kassen bemüht sind, qualitätsgesicherte Möglichkeiten zu nutzen. Wir haben jedoch das Problem, mit den Maßnahmen, die wir umsetzen, alle diejenigen zu erreichen, die im Zuge einer Prävention erreicht werden müssen. Dies gilt auch für den Bereich der Sekundärprävention, für den Bereich der Krankheits-Früherkennung. Dies kann jetzt auch durch einen Bonus gestützt werden. Es gibt Erkenntnisse, dass wir in Deutschland gegenwärtig etwa im Bereich der Krebs-Früherkennung noch Defizite haben. Ähnliches gilt für Jugend-Gesundheitsuntersuchungen. In diesem letztgenannten Bereich haben wir eine Inanspruchnahme von lediglich rund 40 %. Wir wissen, dass in diesem Bereich ein Wert von 90 % ein ideale Größe darstellen würde. Dies kann man natürlich auch für die Prävention gelten lassen. Wir wollen nun versuchen, über den Bonus die Präventionsaktivitäten zu verstärken. Wir wollen gezielter die Angebote an diejenigen Personen heranbringen, die der Prävention bedürfen. Wir haben ja Erkenntnisse darüber, dass Bewegungsmangel und Adipositas im Kindesalter zu nehmen. Solche Effekte versuchen wir aufzugreifen und zu steuern. Allerdings sollte die Erwartungshaltung aufgrund des Bonus nicht allzu groß sein. Wer schon ohnehin gesundheitsbewußt handelt, wird durch den Bonus nicht zusätzlich motiviert werden können. Auch diejenigen, die mit Prävention grundsätzlich nichts anfangen können, werden sicherlich durch den Bonus nicht an die Prävention heran geführt werden können. Wir glauben allerdings, dass man diejenigen Leute, denen noch ein letzter Anreiz gegeben werden muss, über die Bonus-Systeme an die Prävention heranführen kann.

Der Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Reichelt. Das letzte Statement hören wir jetzt von Herrn Dr. Theodor Stemper.

Sv PD Dr. Theodor Stemper (Universität Düsseldorf): Ich möchte mich zuerst einmal dafür bedanken, dass wir kurzfristig zu dieser Anhörung dazu kommen durften. Wenn nach neuen Aspekten gefragt wird, möchte ich die Fitneß-Studios ins Spiel bringen. Ich selbst kümmere mich darum in meiner Eigenschaft als Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des Sportstudio-Verbandes. Dieser ist Vertreter der Sportstudios im Bundesverband der Arbeitgeberverbände. Aus unserer Sicht sollte die Förderung der Prävention durch Sport durch die Krankenkassen unbedingt auch die Fitneßstudios einbeziehen. Gerade die Fitneßstudios bieten Aktivitäten an, die gesundheitsfördernd sind. Solche Aktivitäten solchen qualitätsgesichert und nachhaltig sein. In Qualitäts-Fitneßstudios ist dies üblich. Personen, die in diesen Studios trainieren, durchlaufen zuerst einen Check und ihr Programm wird dokumentiert. Hinzu kommt, dass man nach einer gewissen Zeit nachweisen kann, in welcher Intensität der Betreffende das Training durchgeführt hat. Wir sind auch sehr froh, dass es zur Gründung einer entsprechenden Arbeitsgemeinschaft mit dem Namen Prae-Fit gekommen ist. Diese bemüht sich seit dem letzten Jahr darum, den Gesundheitsaspekt noch stärker als bisher in die Studios zu bringen. Man achtet auch darauf, dass nur solche Studios in Kooperation mit Kostenträgern treten, die auch qualitätsgesichert arbeiten. Hierzu gibt es einen recht umfangreichen Kriterienkatalog, den diese Studios erfüllen müssen. Das Ziel der Arbeitsgemeinschaft besteht darin, über zunehmende Qualitätssicherung und Nachhaltigkeitsprüfung die in die Prävention investierten Mittel unter anderem auch in zertifizierte Studios fließen zu lassen. Hinsichtlich der Bedeutung des organisierten Sports kann ich mich im Wesentlichen den Ausführungen

meiner Vorredner anschließen. Zwischen dem DSB und dem Deutschen Sportstudio-Verband bestehen zwischenzeitlich sehr gute Kontakte. Es ist inzwischen sogar das Berufsbild des Sport- und Fitneßkaufmanns entstanden, und zwar in Zusammenarbeit zwischen DSB und Deutschem Sportstudio-Verband. Die Fitneßanlagen bringen sich aktiv in den Prozeß der Gesundheitsförderung ein. Wir haben für Personen, die langfristig in diesen Anlagen trainieren, ein eigenes Bonus-System entwickelt. Wenn es mir erlaubt ist, möchte ich zum Schluß gern noch ein persönliches Statement abgeben. Ich befinde mich hier in der Anhörung sozusagen in einer Doppelfunktion. In meinem bürgerlichen Beruf bin ich Wissenschaftler an der Universität Düsseldorf. Wir haben mit Bezug auf das Setting in Kooperation mit der Stadt Düsseldorf einen interessanten Ansatz zur Förderung der Kinder gefunden. Wir haben das Düsseldorfer Modell der „Bewegungssport- und Talentförderung“ gegründet und versuchen damit, die Kinder zunächst einmal im zweiten Schuljahr umfassend zu untersuchen. Auf der Grundlage dieser Daten wollen wir die Kinder dann ganz gezielt beraten. Man kann die Kinder dann dadurch ganz gezielt der Förderung zuführen. Bereits jetzt gibt es in diesem Zusammenhang eine Kooperation mit den Krankenkassen vor Ort. Die sportbegabten Kinder wollen wir hier gezielt dem organisierten Sport zuführen. Dadurch können auch die talentierten Kinder dem Leistungssport zugänglich gemacht werden. Inzwischen haben wir mehr als 4.000 Kinder getestet. Auf der Grundlage der erhobenen Primärdaten haben wir festgestellt, dass neun Prozent der Kinder pathologisch übergewichtig sind. Man hört oft von Schätzungen, die davon ausgehen, dass 25 % bis 30 % der Kinder übergewichtig sind. Außerdem haben wir aufgrund der Daten nachweisen können, dass es eine Abhängigkeit der motorischen Leistung und des Übergewichts von der sozialen Belastung gibt, der die Kinder ausgesetzt sind. Je stärker die soziale

Belastung ist, desto höher das Gewicht der Kinder und desto schlechter ist die motorische Leistung. Vielen Dank!

Der Vorsitzende: Ich darf mich bei allen Sachverständigen zunächst einmal für ihre Statements bedanken. Ich möchte noch bemerken, dass einige Kollegen in der heutigen Anhörung wegen zwingender anderer Verpflichtungen noch nicht anwesend sein können. Sie werden zu einem späterem Zeitpunkt zu uns stoßen. Ich übergebe nun die Leitung der Sitzung meinem Stellvertreter, Abg. Dr. Danckert.

Abg. Dr. Danckert (SPD): Auch ich möchte mich noch einmal bei den Sachverständigen bedanken, insbesondere für die ausführlichen schriftlichen Statements. Wir kommen nun zum ersten Fragenkomplex. Zuerst bitte die Kollegen Lohmann und Riegert.

Abg. Lohmann (SPD): Ich habe mir gestern noch einmal vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung die aktuellen Zahlen zum Präventionsgesetz geben lassen. Aus den Ausführungen von Herrn Prof. Dr. Banzer habe ich unterschwellig eine Kritik entnommen, dass die Aktivitäten zum Präventionsgesetz ruhen könnten. Ich kann jedoch versichern, dass an diesem Gesetz intensiv gearbeitet wird. Ihre kritische Auffassung ist uns ja bekannt, und diese mag auch ihre Berechtigung haben. Ich war ja auch etwas stolz auf den novellierten Paragraphen 20, der 2,62 € pro Versicherten für Prävention vorsieht. Der aktuelle Stand ist so, dass die AOK 2,15 € pro Versicherten ausgibt. Sie liegt damit an erster Stelle. Den letzten Platz nimmt die Seekasse ein. Sie hat nur 0,22 € pro Versicherten für Prävention ausgegeben. Wir haben also die Situation, dass der relativ bescheidene Betrag von 2,62 € pro Versichertem gegenwärtig noch nicht einmal ausgenutzt wird. Das ist aber

heute nicht unser Hauptthema. Wir sind sehr interessiert daran, dass Gesundheitsziele parlamentarisch verankert werden. Es ist lediglich ein Gerücht, wenn gesagt wird, dass es das Präventionsgesetz in diesem Jahr nicht mehr geben wird. Es gibt da auch einen Beschluss des Deutschen Bundestages, dass dieses Gesetz in diesem Jahr vorgelegt werden soll. Und nun zu meinen Fragen. Prävention braucht eine Strategie. Ich frage, welche Definition von Prävention als Gesundheitsziel tragfähig ist. Außerdem frage ich, welche zentralen Zielvorgaben bekannt sind und mit welchen gearbeitet wird. Ich richte meine Frage an Frau Dr. Eberle und an Herrn Dr. Fiedler. Ich habe jedoch noch eine weitere Frage, die ich an Herrn Dr. Innenmoser und Herrn Dr. Froböse stellen möchte. Mich interessiert insbesondere, wie man ihrer Ansicht nach den Rehabilitations- und Behindertensport am besten einbetten sollte. Vielen Dank.

Abg. Riegert (CDU/CSU): Ich möchte gerne das Stichwort „Gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ aufgreifen. Meine Frage geht an Frau Dr. Eberle und Herrn Pawlita. Ich bitte Sie um Ihre Einschätzung, wie hoch die Kosten beim Präventionsgesetz sein werden. Sollte man aus Ihrer Sicht den Anteil des Sports und der Bewegung an der Prävention separat festschreiben? Sollte der Gesetzgeber bei der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Ziele festschreiben und konkret Unteraufgaben benennen? Müßte man zu diesen Aufgaben bzw. Unteraufgaben spezielle Vorgaben hinsichtlich der Finanzierung machen? Meine zweite Frage richte ich an die Sportwissenschaftler. Müßte bei denjenigen, die als Neueinsteiger Gesundheitsprävention durch Sport betreiben, eine sportmedizinische Untersuchung erfolgen? Und noch ein anderer Aspekt. Wie können wir diejenigen erreichen, die man eigentlich nicht direkt ansprechen kann? Als Beispiel nenne ich etwa die Eltern von gefährdeten Kindern. Haben Sie Erkenntnisse, wie man diesbezüglich ansetzen kann?

Sv Dr. Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband): Zur Prävention kann ich sagen, dass es gegenwärtig als zentrale Zielvorgabe lediglich das SGB V gibt. In Paragraph 20 Absatz 1 ist ja festgehalten, dass die Leistungen zur Primärprävention den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit leisten sollen. Aus der Sicht der Krankenkassen ist es notwendig, dass künftig Prävention in Deutschland gemeinsame prioritäre Ziele verfolgt. Nur dann kann man einen wirklichen Mehrwert erreichen. Diese gemeinsamen prioritären Präventionsziele sind aus unserer Sicht parlamentarisch festzulegen. Wir haben inzwischen gehört, dass dies verfassungsrechtlich gewisse Probleme aufwirft. Man müßte aus unserer Sicht diese Ziele in einem relativ offiziellen Weg festlegen, weil nur dann die Akzeptanz für Prävention erhöht wird und nur dann auch ein gesellschaftlicher Nutzen erreichbar ist. Eine zweite Frage bezog sich auf den Gesichtspunkt der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe sowie darauf, ob der Anteil des Sports separat festgeschrieben werden muss. Ich glaube, dass man das nicht derart detailliert festschreiben sollte. Aus meiner Sicht wäre es wichtig, denjenigen Bereich festzuschreiben, der dem Wettbewerb nicht zugänglich ist. Es geht hier etwa um den Bereich der sozial Benachteiligten. Diese kann man vor allem über die Setting-Ansätze in Kindergärten oder Schulen erreichen. Dies war ja auch der Anlaß für die Krankenkassen, zu sagen, dass man für denjenigen Bereich, der dem Wettbewerb nicht zugänglich ist, gemeinsam eine Stiftung errichten sollte. Diese Stiftung müßte natürlich entsprechend finanziell ausgestattet werden. Ziel ist es, sich hierdurch an den gesamtgesellschaftlichen Aufgaben auch angemessen zu beteiligen. Wir möchten an dieser Stelle aber auch darauf hinweisen, dass das Erfüllen der gesamtwirtschaftlichen Aufgaben nicht allein durch die Krankenkassen oder weitere Sozialversicherungsträger erfolgen kann. Ich möchte

weiter darauf hinweisen, dass die Krankenkassen in jedem Fall bei solchen Leistungen nur auf Gelder der Versicherten zurückgreifen können. Ich meine, dass es schade wäre, wenn wir über unsere Versicherungsbeiträge etwa die Qualifikation von Lehrern finanzieren müßten. Auf Dauer wäre so etwas jedenfalls nicht gerechtfertigt. An dieser Stelle sind sicherlich andere Träger zuständig. Diese Zusammenhänge stellen für mich auch ein gutes Verständnis eines gesamtgesellschaftlichen Auftrages dar. Man kann zunächst einmal nationale Präventionsziele formulieren und dann einen nationalen Präventionsplan aufstellen. In einem Präventionsgesetz müßten zumindest alle diejenigen Akteure genannt werden, die sich beteiligen müssen. Diese Akteure müßten sich dann verständigen. Eine detaillierte Vorschrift, wieviel im Rahmen etwa der individuellen Prävention für Bewegung ausgegeben werden muss, halte ich nicht für erforderlich. Ich denke, dass sich der Sport gut durchsetzen wird, weil er für die Menschen die attraktivste Form der Gesundheitsvorsorge darstellt.

Sv Dr. Eckard Fiedler (Barmer Ersatzkasse):
Wir haben eine ganze Reihe von Ansätzen, wie man den Präventionsgedanken besser verankern könnte. Gerade im Zusammenhang mit Sport steht bei uns im Vordergrund, dass man mehr ausdauerorientierte Bewegung propagieren und erreichen sollte. Hierzu haben wir eine Reihe von Kampagnen gestartet. Der Hintergrund für das genannte Ziel ist, dass bekanntlich der Anteil derjenigen, die bei uns an Bluthochdruck leiden, in der Altersgruppe zwischen 35 bis 65 Jahren etwa doppelt so hoch ist wie in den USA. Gerade durch Bewegung kann man hohen Blutdruck sachgerecht bekämpfen. Es muss sich hier um eine regelmäßige und wohl dosierte Bewegung handeln. Wir wollen den Menschen dabei auch das Bewußtsein geben, dass sie durch Bewegung etwas für sich selbst tun. Es ist vorhin gesagt worden, dass der im Rahmen von §

20 genannte Betrag zur Gesundheitsförderung nicht ausgeschöpft wird. Die Grunddefinition der Umsetzung von § 20 ist zwischen den Spitzenverbänden einheitlich vorgegeben. Kursangebote machen wir genauso wie jede andere Kasse. Wir leisten hier Zuschüsse. Gegenwärtig gestaltet sich jedoch die Nachfrage recht unterschiedlich. Deswegen haben wir im Rahmen unserer Bonus-Programme einen Anreiz gesetzt. Wer die genannten Programmangebote nachfragt, wird also noch belohnt. Ich gehe davon aus, dass die Nachfrageanreize dazu führen werden, dass die 2,62 € künftig ausgeschöpft werden. Ich möchte allerdings betonen, dass unsere gesamten Aktivitäten in Richtung Bewegung nicht aus dem Aufkommen aus den genannten 2,62 € bezahlt werden. Das läuft sozusagen daneben.

Sv Prof. Dr. Innenmoser (Universität Leipzig):
Durch die jetzt von den Kostenträgern gefundenen Begrenzungen ist jetzt absehbar, dass eine Reihe von Behinderten und chronisch Kranken nicht mehr im Bereich des geförderten Rehabilitationssports gefördert werden können. Es gibt eine zeitliche Begrenzung, innerhalb derer die Personen lernen sollen, einen Sport auszuüben, den sie später selbstständig betreiben wollen. Wir wissen im wesentlichen, dass dies so nicht funktioniert. Im Sinne der Tertiärprävention muss man durchaus darüber nachdenken, den Behinderten und chronisch kranken Menschen eine Folgemaßnahme zu diesem Rehabilitationssport zu ermöglichen. Im Zusammenhang mit dem Behindertensport möchte ich deutlich sagen, dass dieser stets ebenfalls eine präventive Bedeutung hat. Man kann sich durchaus vorstellen, dass der Behindertensport in einer präventiv wirksamen und geförderten Maßnahme integriert wird. Zur zweiten Frage von Abg. Riegert möchte ich kurz zwei Gesichtspunkte nennen. Es ist gefragt worden, ob sportmedizinische Untersuchungen für Neueinsteiger angezeigt sind. Ich denke, dass es unter ganz bestimmten Indikationen

tatsächlich notwendig ist, sportmedizinische Untersuchungen durchzuführen. Dies könnte unter Umständen im Rahmen der ganz normalen hausärztlichen Behandlungen durchgeführt werden. Lassen Sie mich dazu noch etwas ausführen. In Leipzig beginnen jetzt Programme mit adipösen Kindern im Alter von drei bis acht Jahren. Man könnte nun die Ärzte dort fragen, was sie den eigentlich tun, um festzustellen, ob Adipositas droht oder ob die Kinder bereits adipös sind. Es werden dann Standardmaßnahmen durchgeführt und die Kinder anschließend zu den Sportlehrern geschickt. Das reicht natürlich längst nicht aus, um den Sportlehrern sagen zu können, worauf sie speziell achten sollen. Dies bedeutet, dass wir dringend auch sportmotorische Untersuchungen benötigen, und zwar im Hinblick auf die konditionelle und die kraftbezogene Befähigung. Die zweite Frage bezog sich auf die Menschen, an die man nur schwer heran kommt. Wir müssen zu diesen Leuten gehen und ihnen ein Angebot in der Sporthalle um die Ecke vorschlagen. Hierbei ergibt sich insbesondere in Ostdeutschland das Problem des zunehmenden Sportstättenmangels. Und nun zu den Eltern adipöser Kinder. Wir bieten in Leipzig diesen Eltern ein Nordic Walking-Programm an, das diese in einem Park in der Nähe unter Anleitung eines Sportlehrers durchführen können. Diese Eltern nehmen ein derartiges Angebot an, wenn ihnen die Gelegenheit dazu geboten wird.

Sv Prof. Dr. Ingo Froböse (Deutsche Sporthochschule Köln): Zum Rehabilitationssport ist ja gerade schon viel gesagt worden. Ich möchte allerdings noch zwei Dinge ergänzen. Wenn man von Rehabilitations- oder Behindertensport spricht, dann bedeutet dies ja, dass wir es mit einer massiven Leistungsminderung oder Leistungswandlung zu tun haben. Dies ist so nicht genau genug gefaßt. Hier geht es um den Gesichtspunkt, dass wir alle möglicherweise irgendwann einmal in die Situation

kommen könnten, uns einer derartigen Maßnahme unterziehen zu müssen. Die größte Gruppe hierbei ist diejenige, bei der Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates vorliegen. Ziel des Rehabilitationssportes ist es, möglicherweise die alte Leistungsfähigkeit wieder herzustellen oder zumindest den Leistungsabfall zu verlangsamen. Es ist zu bedauern, dass die Kassen im letzten Jahr die Bewilligungszeiträume stark eingeschränkt haben. Dies führt letztlich dazu, dass insbesondere bei der älteren Generation, die langfristiger Förderzeiträume bedarf, eingeschränkt worden ist. Eine Verbindung zur Prävention sehe ich zwangsläufig als gegeben an. Es geht primär darum, Leistungsfähigkeit zu erhalten. Gestatten Sie mir noch ein Wort sportmedizinischen Untersuchungen. Wenn man viel untersucht, wird man dadurch zwangsläufig nicht schlauer. Ich glaube auch, dass solche Untersuchungen ab dem 35. Lebensjahr erforderlich sind, wenn bestimmte Faktoren darauf hindeuten, dass sich die Leistungsfähigkeit verändert hat. Ich persönlich halte solche Untersuchungen jedoch nicht zwingend bei jedem Anfänger für erforderlich. So glaube ich, dass etwa bei Menschen im Kindes- oder Jugendalter keine umfassende Untersuchung erforderlich ist, wenn nicht massive Probleme bekannt geworden sind.

Sv Manfred Pawlita (Gmünder Ersatzkasse): Es ging bei der Frage von Herrn Abg. Riegert um den Komplex der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Wir als GEK sagen hierzu ja. Ich habe ja in meinem Statement bereits auf das Lebensphasenmodell Bezug genommen. Mit Bezug auf die Senioren ist wissenschaftlich bereits umfänglich belegt worden, dass sportlich aktivere ältere Menschen einfach bestimmte Krankheiten nicht bekommen. Es würde uns allen gut zu Gesicht stehen, in diesem Bereich mehr zu bewirken. Es wächst ja durchaus eine Generation von Menschen heran, die aktiv und gesund älter werden will. Meine eigenen Großeltern etwa

wollten nichts vom aktiven und gesunden älter werden wissen. Man muss also unbedingt die Chance nutzen, dass wir jetzt eine Generation haben, die durch Sport gesund Älterwerden will. Daher sollte man es auch als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begreifen. Die Krankenkassen allein können jedoch diesen Auftrag nicht schultern. Wenn man ein Präventionsgesetz macht, dann muss gleichzeitig auch die Festschreibung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe erfolgen. Allen Beteiligten muss klar werden, dass Prävention zunächst einmal Geld kostet. Alle einschlägigen Untersuchungen belegen, dass man zwar möglicherweise kurzfristig mehr Geld ausgeben muss, dass sich jedoch mittel- und langfristig viel Geld einsparen läßt. Es ist noch gefragt worden, ob man im Rahmen eines Präventionsgesetzes konkrete Aufgaben benennen sollte. Ich glaube, dass die Benennungen im § 20 in das Präventionsgesetz einfließen sollten. Die Aufgabenstellung ist eigentlich klar. Ich möchte aber betonen, dass man in keinem Falle die Qualitätskriterien für Prävention allzu hoch schrauben darf. Was der DSB und seine Teilorganisationen in diesem Bereich machen, ist völlig ausreichend, insbesondere wenn man mit Erfolg in die Fläche hinein wirken will. Herr Abg. Riegert hatte aber auch noch nach möglichen Höchstwerten für Kostengrenzen gefragt. Wir als GEK würden gerne noch mehr tun, wenn wir noch mehr tun dürften. Ich kann, auch mit Bezug auf die Frage von Abg. Lohmann, gegenwärtig nicht sagen, woher die genannten Zahlen stammen. Ich weiß jedoch sicher, dass die GEK für das Jahr 2004 die genannte Soll-Grenze in jedem Fall deutlich überschreiten wird. Wir haben diese Soll-Grenze auch im Jahr 2003 überschritten.

Der Vorsitzende: Ich bitte nun die Kollegen Parr und Hemker, ihre Fragen zu stellen.

Abg. Parr (FDP): Ich möchte zunächst einmal meiner Freude Ausdruck geben, dass der Initiativ-

antrag meiner Fraktion zu den Kompetenzen des Sports bei Prävention und Rehabilitation am heutigen Tage eine Fortsetzung findet. Wir als Sportpolitiker bemühen uns, dass der Sport im Rahmen eines Präventionsgesetzes diejenige Bedeutung erhält, die ihm zukommt. Ich möchte den Gesichtspunkt der Bundesstiftung ansprechen und meine Frage an die Krankenkassenvertreter richten. Ich möchte die Frage mit zwei Zitaten beginnen. Die Barmer Ersatzkasse hat sich wie folgt geäußert: „Die Finanzierung einer Bundesstiftung Präventions- und Gesundheitsförderung muss entsprechend durch alle zuständigen Träger und Institutionen, z.B. Bund, Länder, Kommunen, Sozialversicherungsträger, Unternehmen und weitere erfolgen“. Das zweite Zitat stammt von Herrn Prof. Innenmoser. Eine Stiftung kann ein förderndes Element zur Beschleunigung der Umsetzung von Prävention dienen, sie muss aber unbedingt bei der Bewilligung von Fördermitteln ausgewogene Vergaberichtlinien entwickeln und darf besonders förderungswürdige Maßnahmen nicht ausschließen oder vernachlässigen. Hilfreich wäre wenn der Stiftungsvorstand bzw. sein Beirat über breite Sachkompetenz auf allen Gebieten auf dem Gebiet des Sports verfügte“. Vor diesem Hintergrund frage ich mich, wie man alle in ein Boot bekommen kann. Wie soll das mit den Kriterien der Mittelverteilung eigentlich ablaufen, um Prävention zu beschleunigen? Ist die angedachte zentrale Regelung die richtige oder müßte man sich nicht mehr auf regionale Bereiche beziehen? Muss man dezentralisieren, um die Prävention schneller greifen zu lassen?

Abg. Hemker (SPD): Meine erste Frage richte ich an Herrn Prof. Banzer und Herrn Dr. Fiedler. Ich bitte Sie, den Begriff des Settings zu konkretisieren. Nun zum Stichwort Ganztagsbetreuung und Ganztagschule. In diesem Bereich entwickelt sich ja in Deutschland etwas. Ich würde gerne wissen, welche Konkretisierungen in diesen Bereichen mit Bezug

auf unser Thema bereits erfolgt sind. Eine zweite Frage richte ich an Herrn Prof. Froböse und an Frau Dr. Eberle. Ich bitte Sie, kurz zu konkretisieren, welche Erwartungshaltungen Sie an das hoffentlich bald vorliegende Präventionsgesetz haben. Eine weitere Frage geht an Herrn Pawlita und an Herrn Dr. Innenmoser. Wenn ich es richtig verstanden habe, ist die Frage von Abg. Lohmann so beantwortet worden, dass gesagt worden ist man solle die Möglichkeiten des § 20 ausschöpfen. Ich habe es so verstanden, dass gesagt worden man sei auf den Weg, diese Möglichkeiten auszuschöpfen und die Methoden der Ausschöpfung würden bald positive Wirkungen zeigen. Ich frage ganz bewußt noch einmal nach, wie etwa die Kassen dies machen.

Der Vorsitzende: Ich bitte jetzt Herrn Reichelt, mit der Beantwortungsrunde zu beginnen.

Sv Peter Reichelt (Techniker Krankenkasse): Zunächst zur Frage der Bundesstiftung. Wir haben ja vorhin über die Defizite bei der Prävention gesprochen. Bundesweit besteht einfach zu wenig Klarheit über die Zielvorstellungen. Es ist sicherlich notwendig, diese Zielvorstellungen noch konkreter zu formulieren. Gleichzeitig brauchen wir aber auch die zentralen Strukturen bei der Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen. Man darf hier die Qualitätskriterien in keinem Fall vernachlässigen. Ich stimme aber Herrn Pawlita zu, dass man diese nicht zu hoch ansetzen darf. Ich will aber in diesem Zusammenhang auch noch etwas zu den Kosten sagen. Den Kassen wird oft vorgeworfen, dass sie die Möglichkeiten nicht nutzen. Ich meine, dass im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen die Angebote bei der primären Prävention generell deutlich nach oben gehen. Es sind bereits mehr Möglichkeiten auf der Angebotsseite vorhanden und ich erwarte, dass der genannte Schwellenwert in Kürze überschritten werden wird. Es bleibt allerdings die Schwierigkeit, die Angebote gezielt zu

steuern. Gerade der Setting-Ansatz stellt etwa eine Möglichkeit dar, die Eltern betroffener Kinder zu erreichen. Es ist überaus wichtig, die Settings Kindergarten oder Schule für die Prävention zu nutzen. Man muss hier eine Reihe von gesellschaftlichen Gruppen einbeziehen. Dazu gehören auch Bund und Länder. So sind etwa beim Schulsport Bund und Länder in der Pflicht, es gibt dort erhebliche Defizite. Die Krankenkassen werden es sicherlich nicht leisten können, diese Defizite aufzufangen.

SV Manfred Pawlita (Gmünder Ersatzkasse): Ich habe ja bereits ausgeführt, dass wir als GEK das Geld bereits ausgeben, das wir für Prävention ausgeben sollen. Zur Bundesstiftung möchte ich sagen, dass nach meiner Erkenntnis hierzu noch die rechtliche Grundlage fehlt. Nicht zufällig haben auch die Spitzenverbände der Krankenkassen auch eine eigene Stiftung mit dieser Zielsetzung ins Leben rufen wollen. Ich glaube, dass diese Stiftung in nicht allzu ferner Zukunft auch auf den Weg gebracht wird. Eine solche Stiftung sollte sich insbesondere auch mit den Setting-Ansätzen beschäftigen, die im § 20 genannt sind. Letztendlich glaube ich, dass wir in Deutschland auch auf diesem Gebiet zum Perfektionismus neigen. Die Aufgaben einer Stiftung laufen ebenfalls in Richtung Perfektionierung. Die Krankenkassen würden für eine solche Stiftung mit Geld ihrer Mitglieder bezahlen. Ich glaube, dass die Politik gut beraten wäre, wenn sie die Dinge nicht noch perfekter machen wollte. Sie sollte im Grunde auf die Bundesstiftung verzichten. Vielmehr sollte die Politik Druck auf diejenigen Krankenkassen ausüben, die die genannten 2,62 € nicht für Prävention ausgeben. Wir als GEK sind aus den genannten Gründen keine Freunde der Bundesstiftung.

Sv Dr. Eckart Fiedler (Barmer Ersatzkasse): Die Bundesstiftung soll ja über das Präventionsgesetz eingeführt werden. Weil man nicht absehen kann,

wie schnell das Präventionsgesetz greifen wird, haben die Spitzenverbände der Kassen bereits vorab gehandelt und gesagt, dass sie vorab bereits eine eigene Stiftung ins Leben rufen wollen. In diese Stiftung fließt ein Teil des Geldes, der über § 20 für Prävention zur Verfügung gestellt werden soll. Ziel einer solchen Stiftung kann es immer nur sein, die Grundlagen für Prävention weiter zu entwickeln. Dies kann über Modelle, wissenschaftliche Forschung oder Impulsgebung erfolgen. Die Spitzenverbände haben für das laufende Jahr die hierfür zur Verfügung gestellte Summe auf 25 Mio. € begrenzt. Sie wird im kommenden Jahr auf 35 Mio. € steigen. Ob dies ausreicht, wird man erst sehen müssen. Wenn eine Bundesstiftung errichtet werden sollte, wird diese zunächst einmal bundesweit einheitliche Ansätze für Prävention weiter entwickeln. Inwieweit darüber hinaus in der Region Handlungsbedarf besteht, bleibt abzuwarten. Es darf jedoch nicht zu einer Situation kommen, dass alle Modelle, die regional laufen, sozusagen zentral über die Bundesstiftung abgewickelt werden. Dies ist aber nach meiner Erkenntnis nicht angedacht. Insofern haben wir es nach meiner Einschätzung mit einem im Grundsatz richtigen Ansatz zu tun. Zum Gesichtspunkt der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe möchte ich festhalten, dass diese in keinem Falle ausschließlich durch die Kassen zu tragen ist. Man kann als Kostenträger auch die Rentenversicherung einbeziehen und zwar mit Bezug auf die Rehabilitation. Es wäre auch in keinem Falle sachgerecht, die vorhin genannten 2,62 € in vollem Umfang an die Bundesstiftung abzugeben.

Sv Dr. Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband): Ich kann die Ausführungen von Herrn Dr. Fiedler nur unterstreichen. Gerade im Bereich der individuellen Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung sollte die Dezentralisierung unbedingt erhalten bleiben. Eine Zentralisierung bzw. eine Stiftung könnte ich mir vor allem in denjenigen

Bereichen vorstellen, in denen eine einzelne Kassenart eben nicht erfolgreich arbeiten kann. Ich denke hierbei insbesondere an die außerbetrieblichen Settings, also vor allem Kindergärten, Schulen oder benachteiligte Stadtteile. Zuerst haben wir über eine Stiftung der Kassen gesprochen, jetzt sprechen wir von einer gemeinsamen Stiftung aller Sozialversicherungsträger. Wichtig ist, dass eine Stiftung letztlich einen Mehrwert schafft. Es müssen insbesondere diejenigen Gesichtspunkte gefördert werden, bei denen man gegenwärtig Defizite erkennt. Wer aber eigene Ideen einbringen will, sollte wie bisher auch künftig die Möglichkeit dazu haben.

Dr. Hans-Peter Schian (Deutsche Sporthochschule Köln): Mir fehlen in der bislang geführten Diskussion noch eine ganze Reihe von Gesichtspunkten, die wichtig sind. Wir haben ein Projekt im Bereich von Prävention und Rehabilitation durchgeführt, bei dem es um die Vermeidung von Erwerbsminderung und die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit gegangen ist. Ich selbst bin Arbeitsmediziner einerseits, andererseits Neurologe und Psychiater. Nach meiner Überzeugung ist eine ganz wichtige Behinderung vergessen worden. Es geht mir um das Begreifen. Das Begreifen ist in der Psychologie und in der Neurologie wichtig. Begreifen ist bei Kindern für die Prävention wichtig, später ist der Sport eine unablässige Bedingung auch im Bereich der Psychiatrie. Ich glaube, dass man auch im Bereich der Prävention einen Zustand schaffen muss, in dem man so wenig Staat wie nötig und so viel Markt wie möglich hat. Hierzu müssen sich die Kassen und Verbände auseinandersetzen. Eine weitere Voraussetzung für ein wirksames Präventionsgesetz ist es, dass man nicht Einzelmaßnahmen zur Prävention den Menschen hinterher trägt. Die Prävention muss so gestaltet werden, dass sie in die jeweilige Lebensroutine der Menschen integrierbar ist. Außerdem bin auch ich

der Auffassung, dass vor allen Präventionsmaßnahmen eine Diagnostik und eine Strategieentwicklung für Prävention stehen sollte. Auch ein Controlling muss erfolgen. Vor allem muss man tragfähige Kriterien entwickeln. Dann kann man auch ein vernünftiges Bonus-Malus-System entwickeln, dass an der Erfüllung der entwickelten Kriterien ansetzt.

Sv Dr. Winfried Banzer (DSB): Ich bin in meinem Hauptberuf ja Sportmediziner. Ich muss mich natürlich dagegen aussprechen, dass man sportmedizinische Untersuchungen quasi stiefmütterlich behandelt. Die deutsche Gesellschaft für Sportmedizin hat ja hierzu ganz klare Richtlinien entwickelt. Es war noch nach der Stellungnahme des Deutschen Sportbundes zum Setting gefragt worden. Hierzu sagen wir klar ja. Ob Kinder Sport betreiben hängt sehr stark davon ab, in welchem Umfang die Eltern dieser Kinder Sport treiben. Dies ist im Übrigen erst wieder jüngst in einer vom DSB in Auftrag gegebenen Studie nachgewiesen worden. Diese Zusammenhänge machen es gleichsam unverzichtbar, auf die Setting-Ansätze einzugehen. Wir sollten uns auch verstärkt mit denjenigen Ansätzen beschäftigen, die es bereits in einigen Bundesländern zum Thema Ganztagschulen gibt. Auch ich vertrete die Auffassung, dass es nicht ausschließlich die Aufgabe der Krankenkassen sein kann, die Präventionsmaßnahmen zu fördern. Herr Abg. Lohmann hat vorhin gesagt, dass ich dem Präventionsgesetz etwas kritisch gegenüber stehe. Hierzu möchte ich deutlich machen, dass ich nicht dem Präventionsgesetz selbst gegenüber kritisch eingestellt bin. Ich habe mir lediglich erlaubt, darauf hinzuweisen, dass man das Gesetz zügig auf den Weg bringen muss.

Sv Dr. Ingo Froböse (Deutsche Sporthochschule Köln): Ich bin von Herrn Abg. Hemker nach meiner Erwartungshaltung zum Präventionsgesetz

befragt worden. Ich habe mir hierzu einige Punkte notiert. Der erste Gesichtspunkt ist der Gesichtspunkt der Schnelligkeit. Es ist ausgesprochen wichtig, dass das Präventionsgesetz schnell kommt. Eine Gesamtstrategie halte ich für sehr notwendig, und dieses sollte auch in das Gesetz integriert werden, und zwar unter dem Aspekt der Träger übergreifenden Verantwortlichkeit. Parallel dazu muss eine Verzahnung mit dem SGB IX erfolgen, in dem in § 3 die Prävention verankert ist. Dann werden wir auch zu einer Verzahnung von Rehabilitation und Prävention kommen. Wir müssen auch eine staatliche Verantwortung bei Bund und Ländern schaffen. Auch das Stichwort der Qualitätssicherung scheint mir von großer Bedeutung. Damit im Zusammenhang sollte man den Effizienznachweis gesetzlich verankern. Parallel sollte eine entsprechende Forschungsförderung erfolgen, weil sich Prävention ja stets weiter entwickelt. Setting-Ansätze sind zwar grundsätzlich positiv zu bewerten, sie müssen aber auch das Individuum erreichen. Wenn die genannten Gesichtspunkte berücksichtigt würden, würde ich dies als sehr positiv bewerten.

Sv Dr. Eckard Fiedler (Barmer Ersatzkasse): Ich möchte noch einen praktischen Hinweis geben: Es ist ja bereits auf den erschreckenden Trend zu körperlicher Inaktivität gerade im jugendlichen Alter hingewiesen worden. Ich möchte hierzu eine Erfahrung einbringen, die wir im Zusammenhang mit dem Schulwettbewerb „Sportabzeichen“ gemacht haben. Dahinter steht der Gedanke, dass man über den Wettbewerb zur Erlangung der Fitneß-Nadel in den Schulen mindestens zwei Stunden Sport pro Woche anbietet. Über diesen Wettbewerb, der ja im Grunde selbst ein Setting-Ansatz ist, will man auch erreichen, dass man den Schulsport als solchen fördert. Das Ergebnis vom vorletzten Jahr zeigt, dass von 800.000 Sportabzeichen rund 450.000 Sportabzeichen im Bereich der Schulen abgelegt

worden sind. Dies halte ich für einen erfreulichen Trend. Gerade im Bereich der Schule sind daher Setting-Ansätze von großer Wichtigkeit.

Sv Dr. Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband):

Ich möchte hierzu ergänzen, dass die AOK in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Sportbund die größte bundesweite Datenbasis zum Fitneßzustand von Kindern und Jugendlichen geschaffen hat. Wir haben rund 30.000 Schüler getestet. Bereits im letzten Jahr haben wir einen negativen Trend bezüglich der motorischen Fähigkeiten von Kindern festgestellt. Deswegen unterstützt die AOK ja auch in vielen Bundesländern Schulen bei der Vernetzung mit Vereinsangeboten. Wir müssen zum einen in das Setting hineingehen und zusehen, dass in ausreichendem Umfang Sportunterricht angeboten wird. Es geht aber nicht nur allein um den Sportunterricht, sondern auch um die Schaffung von Bewegungsmöglichkeiten, etwa bewegungsfreundliche Pausenhöfe. Es geht also darum, auch Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Kindern leichter machen, sich zu bewegen. Man sollte auch die Modelle der Ganztagschulen nutzen und diese Bewegungskomponenten einbauen. Außerdem wird die geistige Aufnahmefähigkeit von Kindern deutlich erhöht, wenn zwischendurch Bewegungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Sv Dr. Theodor Stemper (Universität Düsseldorf): Wir haben in Düsseldorf die Erfahrung gemacht, dass man vor Ort versuchen muss, die relevanten Partner zusammen zu führen. Dies ist im Rahmen einer Initiative des Sportamtes der Stadt Düsseldorf recht gut gelungen. In Bezug auf das Setting bleibt festzuhalten, dass dieses im Kindergarten beginnt. Dort beginnt auch das Düsseldorfer Modell. Wir haben dafür gesorgt, dass die Kindergärtnerinnen in Sachen Bewegung geschult worden sind. Normalerweise ist das bei Kindergärtnerinnen in Deutschland nicht der Fall. In Düsseldorf haben

die Kindergärtnerinnen in Kooperation mit dem Landessportbund ein Programm durchlaufen, indem sie zu Übungsleiterinnen ausgebildet worden sind. Wir haben drei Kindergärten zu sogenannten bewegungsorientierten Kindergärten gemacht. Einen nächsten Schritt stellt die Schuleingangsuntersuchung beim Gesundheitsamt dar. Auch an dieser Stelle kann der Gesichtspunkt „Sport und Bewegung“ aktiv eingebracht werden. Das Gesundheitsamt macht in Düsseldorf sogenannte motorische Tests, die über die üblichen Schuleingangsuntersuchungen hinaus gehen. Wir haben dadurch eine relativ gute Datenbasis erhalten, die jetzt mit dem verzahnt wird, was in Grundschulen passiert. Die Grundschullehrer haben häufig keine spezielle Ausbildung in Sachen Sport. Im Rahmen einer Vernetzung sollten diese in Sachen Sport speziell geschult werden. Als Fazit möchte ich feststellen, dass die Umsetzung der Zielsetzung der heutigen Anhörung insbesondere der Unterstützung der Kommunalpolitik, aber auch der Politik insgesamt bedarf. Dies kann auch über eine Stiftung erfolgen, in einem Rahmen, wie er soeben formuliert worden ist. Bei den sogenannten nicht kassengebundenen zentralen Aufgaben muss man eine andere Form der Förderung finden. Man kann das etwa im Rahmen exemplarischer Projekte tun, die eine Leuchtturmfunktion haben. Wenn man solche Projekte ausweitet und ihnen die gebotene Publizität verleiht, dann hat das sicherlich einen Sog-Effekt, wie wir ihn uns wünschen. Wir können dann zu einer Sensibilisierung der Bevölkerung, insbesondere der Mütter und Väter gelangen, die ja auch bei der Schuleingangsuntersuchung zugegen sind. Herr Abg. Lohmann hatte ja nach einer Definition der Prävention gefragt. Die von mir beschriebenen Zusammenhänge stellen Prävention dar. Ziel der Prävention ist es, bei jedem Einzelnen von uns ein Regime umzusetzen, bei dem Bewegung und Entspannung in dem jeweils vom Einzelnen akzeptierten Maß praktiziert wird. Der Weg dorthin führt

über die Schaffung von Netzwerken, die vor Ort zusammen arbeiten. Lassen Sie mich noch eine Bemerkung zu den Fitneßanlagen machen. Dort ist die Anspruchshaltung der Nutzer eigentlich recht gering. Die Nutzer wünschen sich lediglich qualitativ hochwertige Angebote. Dafür sorgen die entsprechenden Verbände. Es geht in diesem Zusammenhang um eine Unterstützung für diejenigen, die noch keinen Weg zur Bewegung gefunden haben. Ich möchte etwa als Beispiel den Gesichtspunkt übergewichtiger Mädchen einbringen. Übergewichtige Mädchen werden heute primär in Frauenstudios aufgefangen. Dort können sie in einem geschützten Raum mit gezielten Programmen betreut werden. Dies stellt ein erweitertes Angebot dar, das über die vielen Initiativen der Sportvereine hinaus geht. Solche Fitneßstudios sind natürlich Unternehmen, die kommerziell arbeiten müssen. Sie müssen selbstständig dafür sorgen, dass sie in ausreichendem Maße Kunden haben. Diese würden sich natürlich freuen, wenn eine weitere Zielgruppe, für die sie ja Angebote bereit halten, auch von anderer Seite Unterstützung erhalten würden. Vielen Dank.

Der Vorsitzende: Wenn ich es richtig sehe, sind noch zwei Fragen von Herrn Abg. Hemker offen. Dazu zunächst Herr Prof. Innenmoser bitte.

Sv Prof. Dr. Jürgen Innenmoser (Universität Leipzig): Bei der Frage an mich ging es wohl insbesondere um die Erwartungshaltung. Ich glaube, dass wir mit einem Präventionsgesetz noch wesentliche Hilfen entwickeln können, um die Problematik der Gefährdung durch chronische Krankheiten und entsprechende Hilfen in den Griff zu bekommen. Es muss hier eine entsprechende Lücke geschlossen werden. Wir müssen ein breites Angebot in dieser Richtung sicher stellen. Für mich ist dabei insbesondere die Frage der Qualität von großer Bedeutung. Präventionssport ist nur dann wirksam,

wenn er von qualitativ gut arbeitenden Leuten angeboten wird. Dies muss gewährleistet sein. Es hat keinen Sinn, flächendeckend ein breites Angebot bereit zu stellen, wenn die Menschen, die diese Angebote durchführen, nicht einen bestimmten Qualitätsstandard sicher stellen. Diesen Gesichtspunkt sollte man zumindest in die Durchführungsbestimmungen eines Präventionsgesetzes einbringen.

Sv Pawlita (Gmünder Ersatzkasse): Ich habe die Frage von Herrn Abg. Hemker so verstanden, dass es ihm darum geht zu erfahren, wie man die Mitglieder einer Kasse dazu bringen kann, bei der Prävention mitzumachen. Meine Antwort auf diese Frage orientiert sich natürlich am Lebensphasenmodell. Wir brauchen eine zielgruppengenaue Ansprache und ein lebenslanges Begleiten der Präventionsarbeit. Wenn wir erfahren, dass eine Frau schwanger wird, begleiten wir dieses Mitglied auch während der Schwangerschaft. Insgesamt wollen wir einen lebenslangen Gesundheitsservice bieten. Wir wollen auch frühzeitige Aufklärung betreiben und umfassend informieren. Kommunikation ist in diesem Zusammenhang ein wichtiger Bestandteil. Die Unterlagen, die wir unseren Mitgliedern zukommen lassen, sind regelmäßig in hohem Maße informativ. Wir wissen aus entsprechenden Untersuchungen, dass unsere Mitgliederzeitung von unseren Mitgliedern sehr intensiv gelesen wird. Unsere Mitglieder fühlen sich lebenslang durch uns begleitet. Wir arbeiten auch intensiv mit den Spitzen- und Fachverbänden des Sports zusammen. Auch uns geht es bei der Prävention um den regionalen Bezug. Wir arbeiten mit etwa der Hälfte aller Landessportbünde in Deutschland zusammen.

Der Vorsitzende: Ich habe jetzt noch drei Wortmeldungen zum ersten Fragenkomplex von den Kollegen, Büttner, Gienger und Parr. Da ich keine weiteren Wortmeldungen hierzu sehe, werden wir

mit dieser Fragerunde den ersten Fragenkomplex abschließen. Herr Kollege Büttner bitte.

Abg. Büttner (SPD): Ich richte meine Frage an Frau Dr. Eberle und Herrn Prof. Dr. Banzer. Im bisherigen Verlauf der Sitzung ist mir noch nicht richtig klar geworden, in welche Zielrichtung das Präventionsgesetz eigentlich gehen sollte. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei deren Bewältigung der Sport nur einen bestimmten Anteil hat. Prävention berührt auch das Arbeitsumfeld, die Arbeitsmedizin, die Umweltpolitik und noch weitere Gesichtspunkte. Ich selbst habe als Kind Sport so erlebt, dass man beim Turnen in Riegen aufgestellt wurde, stramm stehen mußte und dann seine Übungen machen mußte. Das war für mich nicht besonders attraktiv. Ich stelle daher ganz konkret die Frage, welche Qualitätskriterien man in ein Präventionsgesetz für sportliche Betätigung aufnehmen sollte. Ich frage weiter, ob man in das Gesetz lediglich die Tatsache aufnehmen sollte, dass Bewegung als solche förderungswürdig ist. Sollte man den Sport im Rahmen der Prävention möglicherweise so behandeln, dass er nützlich sein muss und nicht schaden darf?

Abg. Gienger (CDU/CSU): Ich habe mit großem Interesse die Zahlen notiert, die Herr Prof. Fiedler soeben genannt hat. Er hat gesagt, dass man 5 bis 10 Jahre lang gesünder leben kann, wenn man sich bewegt. Dies könnte zu einem Einsparpotential bis zu 50 Milliarden € führen. Dies sind ja durchaus beeindruckende Zahlen. An diejenigen Zahlen können die Kassen die Wirkungsweise der Präventionsmaßnahmen messen. Ich frage aber, ob die Kassen eine Qualitätskontrolle dahingehend durchführen, ob sie ihre Gelder richtig in Präventionsmaßnahmen investieren. Ich glaube gehört zu haben, dass für die Kassen 20% ihrer Mitglieder etwa 80 % der Gesamtkosten verursachen. Ich stelle mir jetzt die Frage, wie man bei den Präventions-

maßnahmen an eben diese genannten 20 % der Kassenmitglieder herankommt. Nur dann können wir erwarten, möglichst hohe Kostensenkungen zu erreichen. Ich will weiter fragen, welche Kontrollmaßnahmen für erforderlich gehalten werden. Welche Kontrollen verlangen die Kassen von den Kursteilnehmern und den Übungsleitern, damit man feststellen kann, ob Prävention tatsächlich in der richtigen Form erfolgt? Diese Frage richte ich an die Vertreter der Krankenkassen. Ich möchte noch eine zweite Frage stellen, die sich auf die Prävention für Senioren bezieht. Es wird vielfach gesagt, dass Prävention für Senioren nicht erfolgversprechend sei, man müsse primär die Jugendlichen erreichen. Ich frage, ob dies von den Sachverständigen genauso gesehen wird. Ich habe noch einen weiteren Gesichtspunkt, der mir von Bedeutung erscheint. Herr Pawlita hat vorhin gesagt, dass jetzt eine Generation heranwächst, die gesund sein möchte. Andererseits hat Herr Prof. Banzer von einer Studie gesprochen, die zum Ergebnis hatte, dass 27% der jungen Damen und 20% der jungen Männer schlechtere Ergebnisse gehabt hätten als ihre jeweiligen Vorgänger-Kontrollgruppen. Dies könnte dafür sprechen, dass eine Generation heranreift, deren Gesundheitsbewußtsein nachläßt. Für eine Aufklärung zu diesem Punkt wäre ich dankbar.

Abg. Parr (FDP): Wir erhoffen uns ja auch Rückenwind für die Diskussion die Schulsport-Studie. Ich möchte daher Herrn Prof. Banzer bitten, uns diesbezüglich zum Stand der Dinge aufzuklären. Nach meiner Überzeugung drängt hier die Zeit. Herr Reichelt und Herr Dr. Stemper hatten von Jugendgesundheitsuntersuchungen bzw. Gesundheitschecks im zweiten Schuljahr gesprochen. Ich denke, wenn man Kindern, Eltern und Lehrern rechtzeitig eine richtige Information über den Gesundheitszustand der Kinder übermittelt, kann das nur von Vorteil sein. Ich frage in diesem Zusammenhang, ob man solche Untersuchungen obligato-

risch machen sollte. Ich frage in diesem Zusammenhang auch Frau Dr. Eberle, was dies für den Gesundheitsdienst bedeuten würde.

Der Vorsitzende: Ich möchte Frau Dr. Eberle bitten, mit der Antwortrunde zu beginnen.

Sv Frau Dr. Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband): Qualitätskontrolle halte ich für ausgesprochen wichtig. Wir betreten diesbezüglich jedoch kein Neuland. Die Krankenkassen verfügen diesbezüglich über einen Leitfaden. In diesem Leitfaden sind die evidenzbasierten Handlungsfelder enthalten. Die Bewegung stellt eines dieser Handlungsfelder dar. Dort ist auch beschrieben, unter welchen Bedingungen welche Art von Bewegung tatsächlich gesundheitsfördernd ist. In diesem Leitfaden sind auch die notwendigen Qualitätsanforderungen an Anbieter von Bewegungsmaßnahmen beschrieben. Es ist durchaus nicht selbstverständlich, dass ausschließlich gesundheitsfördernder Sport angeboten wird. Wir haben vor einiger Zeit zusammen mit dem DSB eine Studie durchgeführt, in der festgestellt wurde, dass gerade Ausdauersportler falsch laufen. Sie laufen vielfach viel zu schnell. Zum anderen haben wir auch eine Vielzahl von Anbietern, die sicherlich an Gelder der Krankenkassen heran kommen möchten. Wir brauchen daher ein fundiertes und neutrales Instrument, welches die Kriterien für Bewegung festlegt. Ich würde dafür plädieren, im Gesetz schlicht darauf hinzuweisen, dass es ein derartiges Qualitätsregister gibt. Dieses Instrument ist sicherlich auch einer Weiterentwicklung zugänglich. Insgesamt halte ich eine Qualitätskontrolle durchaus für geboten.

Sv. Dr. Winfried Banzer (Deutscher Sportbund): Ich teile im Wesentlichen die von Frau Dr. Eberle soeben geschilderte Position. Ich möchte aber konkret noch etwas zu der Frage von Herrn Abg. Büttner sagen. Die Frage hört sich zunächst ganz

harmlos an. Sie hat aber deutlich gemacht, wie weit wir heutzutage schon gekommen sind. Wir wollen ein Gesetz machen, durch das die Menschen aufgefordert werden sollen, sich zu bewegen.

Sv Prof. Dr. Froböse (Deutsche Sporthochschule Köln): Entscheidend ist nicht, was man macht, sondern wie man es macht. Dieses Wie gilt es zu definieren, wenn man von Qualität spricht. Es reicht nicht aus, einfach Maßnahmen zu nennen, ohne zu versuchen Inhalte zu definieren. Im Sport ist es häufig so, dass man versucht, über die Übungsleiter Qualität zu definieren. Frau Dr. Eberle hat ja bereits die Studie erwähnt, in der festgestellt wurde, dass Jogger vielfach zu schnell laufen. Wer zu schnell läuft, erreicht keinerlei gesundheitsfördernden Effekt. Ich möchte jedoch die Frage stellen, wer Qualität überhaupt definieren sollte. Diese Frage ist nach meiner Überzeugung gegenwärtig im Bereich des Sports noch in keiner Weise geklärt. Wir finden eine Vielzahl von Definitionen über Qualität. Ich selbst befürworte eine Qualitätsdefinition. Man wird letztlich nicht um eine neutrale, standardisierte Qualitätsdefinition herum kommen.

Sv Dr. Eckart Fiedler (Barmer Ersatzkasse): In seiner Frage hat Herr Abg. Gienger ja noch einmal auf meine Zitate Bezug genommen. Diese Zitate stammen aus dem Weltgesundheitsbericht und dem Sachverständigengutachten des Jahres 2002. Die Gelder, die wir in die Prävention fließen lassen, fließen schon heute im Grunde nur in qualitätskontrollierte Maßnahmen, weil ja evidenzbasierte Handlungsfelder definiert sind. In diesen Handlungsfeldern bewegen wir uns. Wir wollen damit auch deutlich machen, dass wir die Gelder aus Pflichtbeiträgen gezielt und effizient einsetzen. Für die Bonus-Programme haben wir jedoch Marketinggelder eingesetzt, die nicht im Leistungsbereich der Kasse verbucht werden. Ich möchte feststellen, dass auch die Höhe der Mittel, die ins Marketing

fließen dürfen, begrenzt ist. Wenn wir jedoch Marketingmittel in das Präventionsmarketing fließen lassen, tun wir grundsätzlich etwas besseres als wenn wir Plakate kleben. Wir werden selbstverständlich unsere Bonus-Programme auch wissenschaftlich evaluieren lassen. Ich möchte jedoch noch einmal unterstreichen, dass diejenigen Gelder, die wir in den Leistungsbereich fließen lassen, alle in qualitätskontrollierte Maßnahmen gehen.

Abg. Gienger (CDU/CSU): Vollziehen Sie dies ausschließlich über ausgebildete Übungsleiter? Bekommen Sie auch eine Rückmeldung aus den entsprechenden Übungsstunden?

Sv Dr. Eckart Dr. Fiedler (Barmer Ersatzkasse): Wir akzeptieren nur solche Angebote, bei denen die Qualität vorab nachgewiesen worden ist. Qualität ist im Kreis der Spitzenverbände gemeinschaftlich definiert worden. Es geht hier um konkrete Anforderungen an Kursangebote, die vorher kontrolliert werden.

Abg. Gienger (CDU/CSU): Ich will noch einmal ganz konkret nachfragen. Werden die Kursteilnehmer selbst dahingehend kontrolliert, ob der Kurs ein positives Ergebnis hatte? Wenn dies nicht geschieht, kann das Ergebnis einer solchen Kursteilnahme nur dahingehend festgestellt werden, wenn die Ausgaben für Gesundheit abnehmen. Trifft das zu?

Sv Dr. Eckart Fiedler (Barmer Ersatzkasse): Wir steigen bei dem Kriterium ein, dass Kursangebote insoweit wissenschaftlich untersucht und belegt sind, dass sie als solche auf ein bestimmtes Symptom einen positiven Effekt haben. Von daher gehe ich davon aus, dass grundsätzlich das Angebot richtig ist. Es wird kontrolliert, ob ein Kursteilnehmer regelmäßig an den Kursen teilnimmt. Wenn dies zutrifft, gehen wir davon aus, dass die entspre-

chende Maßnahme einen entsprechenden gesundheitsfördernden Effekt hat. Allerdings wird nicht kontrolliert, wie eine entsprechende Maßnahme im konkreten Einzelfall wirkt.

Sv Dr. Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband):

Wir haben ja eine Dokumentation, in der die Präventionsangebote aller Krankenkassen aufgeführt sind. Diese Dokumentation zeigt, wo die Schwerpunkte der einzelnen Kassen bei der Prävention liegen. Die GKV erarbeitet gegenwärtig ein Konzept, das auch den Gesichtspunkt der Qualitätskontrolle beinhaltet. Dieses Konzept, das in Zusammenarbeit mit zwei wissenschaftlichen Instituten entstehen wird, liegt gegenwärtig jedoch noch nicht vor. Ansonsten kontrollieren auch wir nicht den Erfolg von Maßnahmen bei jedem einzelnen Versicherten. Auch wir kontrollieren die Anbieter der Maßnahmen. Unsere Versicherten erhalten auch umfangreiche Informationen darüber, wie sie eine qualitätsfundierte Sportstätte, etwa ein Sportstudio, erkennen können. Wir wollen damit die Versicherten in die Lage versetzen festzustellen, welche Sportangebote gut oder weniger gut sind. Ich möchte noch kurz auf den Kostenaspekt bei der Prävention eingehen. Es gibt dort zwei Ebenen. In der Primärprävention ist es praktisch unmöglich, Kostensenkungen nachzuweisen. Hingegen kann man Kostensenkungen im Bereich der Sekundärprävention sehr gut nachweisen. Wenn Krankheiten nämlich diagnostiziert sind, läßt sich – etwa bei einem Diabetiker – sehr gut zeigen, wie man nach Präventionsmaßnahmen Medikationen senken kann und dadurch Einsparungen erzielt. Ähnliches gilt etwa für Rückenerkrankungen. Wenn wir hier über Prävention reden, denken wir überwiegend an den Bereich der Primärprävention. Man darf dabei jedoch nicht vergessen, dass man es noch eine Reihe weiterer Präventionsbereiche gibt, die von den Kassen und weiteren Akteuren bedient werden. Dazu gehört nach § 43 auch der Bereich der Sekun-

därprävention. Dieser Bereich wird im Übrigen auch separat finanziert. Dieser Bereich ist auch nicht in dem genannten Betrag von 2,62 € enthalten. Gestatten Sie mir noch ein Wort zur Prävention bei Senioren. Kindergärten und Schulen sind sicherlich ein ganz wichtiger Schwerpunkt für die Prävention. Falsche Verhaltensweisen sind in dieser Altersgruppe noch nicht sehr ausgeprägt. Dies bedeutet aber nicht, dass wir uns ausschließlich auf Kindergärten und Schulen konzentrieren sollten. Gerade auch bei Älteren kann man eine ganze Reihe von Präventionsmaßnahmen umsetzen. Ich denke etwa an die Sturz-Prophylaxe. Wir brauchen eben eine bestimmte Anpassung an die besonderen Bedürfnisse der Senioren.

Sv Manfred Pawlita (Gmünder Ersatzkasse): Ich kann mich den Ausführungen von Frau Dr. Eberle ausdrücklich anschließen. Ich möchte lediglich darauf hinweisen, dass die Qualitätskriterien nicht so hoch geschraubt werden dürfen, wenn wir in der Fläche wirklich effektiv zusammen arbeiten wollen.

Sv Peter Reichelt (Techniker Krankenkasse): Herr Abg. Parr hatte danach gefragt, ob es Sinn macht, Untersuchungen obligatorisch vorzuschreiben. Bestimmte Untersuchungen wie die Schuleingangsuntersuchungen sind bereits jetzt obligatorisch. Es hilft jedoch nichts, Diagnostik zu betreiben, wenn die anschließende Therapie von dem Betroffenen nicht akzeptiert wird. Dies stellt das Grundproblem in der Prävention dar. Man kann gesundheitsbewußtes Verhalten nicht vorschreiben, man muss die Leute motivieren.

Sv Dr. Theodor Stemper (Universität Düsseldorf): Ich möchte davor warnen, die Qualitätskriterien zu niedrig anzusetzen. Wir müssen uns auf einen Standard einigen, wenn es darum geht, die Förderung des Sports durch die Krankenkassen zu gewährleisten. Wir brauchen dann einfach einen

hohen Qualitätsstandard. Anders ist dies etwa beim Breitensport zu sehen. In diesem Bereich müssen wir ein attraktives und breites Angebot schaffen, bei dem der Qualitätsstandard nicht so hoch sein muss. Wenn aber Maßnahmen aus dem Kostenpool der Krankenkassen finanziert werden, brauchen wir auf jeden Fall ein ausreichend hohes Qualitätsniveau.

Der Vorsitzende: Ich stelle fest, dass wir für den zweiten Fragenkomplex noch etwa 55 Minuten übrig haben. Als erste hat sich Frau Abge. Freitag zu Wort gemeldet. Bitte schön.

Frau Abge. Freitag (SPD): Ich bin überzeugt, dass uns der gesamte Komplex der Bonussysteme noch weiterhin beschäftigen wird, da sich die Dinge stark in Entwicklung befinden. Meine erste Frage richtet sich an die Vertreter der Krankenkassen. Wer kontrolliert eigentlich den Standard der Angebote? Gerade dort, wo sich neue Möglichkeiten herausbilden, kann man ja schwarze Schafe nicht ausschließen. Meine zweite Frage richte ich ebenfalls an die Kassenvertreter. Ich habe festgestellt, dass die Frage Nr. 19 in den schriftlichen Stellungnahmen recht unterschiedlich beantwortet worden ist. Es geht hierbei um die Frage, ob das Bonus-System zum Sport treiben anregen kann. Die AOK hat dabei entsprechende Möglichkeiten nur als sehr begrenzt eingeschätzt. Hingegen sagt die Gmünder Ersatzkasse, dass das Bonus-Systeme hierzu eindeutig geeignet seien. Die Barmer Ersatzkasse läßt diese Frage relativ offen. Ich bitte daher die Kassenvertreter um eine ergänzende Erläuterung, warum sie in der beschriebenen Weise geantwortet haben. Ich halte die Frage, ob man dadurch wirksam Anreize setzen kann, durchaus für bedeutsam. Ich will ergänzend noch auf die Frage 20 zurück kommen, die sich auf gruppenbezogene Bonus-Systeme bezieht. Mir fehlt bei den Antworten ein Hinweis darauf, ob die Möglichkeit besteht, Famili-

en-Boni einzuräumen. Wir haben ja bereits darüber gesprochen, dass Eltern hinsichtlich der Bewegung für ihre Kinder durchaus eine Vorbildfunktion haben. Die Krankenkassen haben ja durchaus ein Interesse daran, die Kinder ihrer heutigen Versicherten als künftige Kunden zu gewinnen. Würde es vor diesem Hintergrund einen Sinn machen, spezielle Familienprogramme anzubieten?

Sv Dr. Eckart Fiedler (Barmer Ersatzkasse):

Hinsichtlich der Kontrolle der Standards müssen wir genau darauf achten, was belohnt werden soll. Wir haben hier zum einen den gesamten Komplex Früherkennung/Vorsorge, weiterhin den Bereich der Prävention, in den Ernährungskurse, Bewegungskurse oder Entspannungskurse fallen. Schließlich gibt es noch einen weiteren Teil der Vorsorge, der den aktiven und den qualitativen Sport betrifft. Ich muss betonen, dass man nicht so viele Bonus-Punkte erhält, wenn man lediglich die Anforderungen aus dem Bereich Sport erfüllt. Wenn man sich allein auf den Sport beschränkt, wird man voraussichtlich nicht einmal so viele Punkte erreichen, wie es erforderlich ist, um überhaupt eine Prämie zu erhalten. Der Sport ist lediglich ein Vehikel, um andere, vom Gesetzgeber beschlossene Maßnahmen wie etwa Vorsorge oder Früherkennung zu fördern. Wir wissen, dass die Inanspruchnahme durch die Versicherten noch nicht in einem befriedigenden Maße erfolgt. Der Hauptteil der Bereiche des Bonus-Programms ist bereits jetzt qualitätsgesichert, weil sie im Grunde genommen zu dem normalen, gesetzlich vorgeschriebenen Angebot aller Krankenkassen gehören. Lediglich der Teilbereich des aktiven und qualitativen Sports wirft hinsichtlich der Qualitätssicherung überhaupt Fragen auf. Wir haben hierfür etwa das Deutsche Sportabzeichen mit aufgenommen und honorieren es mit 100 Punkten, wenn ein Versicherter dieses ablegt. Wir haben auch die Mitgliedschaft in einem Fitneßstudio in unser Bonus-

Programm aufgenommen. Daran haben wir allerdings Bedingungen geknüpft. Zum einen muss das betreffende Fitneß-Studio ein Qualitätssiegel aufweisen und die Bedingungen für dieses Qualitätssiegel erfüllen. Zum zweiten muss von dem betreffenden Versicherten eine regelmäßige Betätigung im Fitneß-Studio dokumentiert werden. Entsprechendes gilt für die Mitgliedschaft in einem Sportverein. Wir erhoffen uns dadurch, dass diese genannten Anreize das Präventionsverhalten stärken werden. Bei uns haben sich innerhalb kürzester Zeit bereits 200.000 Versicherte in unser Bonus-Programm eingeschrieben. Bei uns gibt es im übrigen auch einen Familien-Bonus. Man kann also Boni zusammenlegen und so durchaus eine höhere Prämie erhalten. Außerdem haben wir spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche. Wir haben etwa ein Programm für Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren, bei dem die Latte der Erreichbarkeit bewußt tiefer gehängt wurde. Außerdem gibt es noch ein spezielles Programm für Kinder. Dadurch wollen wir Kinder und Jugendliche an gesundheitsförderndes Verhalten heranführen.

Sv Dr. Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband):

Bei der AOK ist dies ähnlich. Der Bonus setzt sich bei uns aus zwei Komponenten zusammen. Die erste Komponente ist der Gesundheits-Bonus. In diesem Bereich sind etwa qualitätsgesicherte Vorsorgeuntersuchungen enthalten. Dieser Bereich wird von Medizinern abgedeckt und umfaßt beispielsweise auch sinnvolle Impfungen. Die andere Komponente ist der Fitneß-Nachweis. Dieser ist mit dem DSB und den Sportstudios abgestimmt worden. Wir wollen nicht nur die Beteiligung durch einen Bonus honorieren, sondern wir wollen zusätzlich feststellen, dass der Betreffende sich dauerhaft und regelmäßig bewegt. Eine weitere wichtige Komponente stellt der sogenannte Selbstbehalt dar. Wir geben einen Grundbonus dann, wenn sich das Mitglied in einen Selbstbehalt-Tarif einträgt.

Wir haben dies so geregelt, um gesundheitsbewußtes Verhalten zu fördern. Der Selbstbehalt wird nicht schon dann fällig, wenn der Versicherte sich bei einem Arzt untersuchen läßt. Er wird nur dann fällig, wenn der Arztbesuch Folgekosten auslöst. An dem Gesundheits-Bonus können selbstverständlich auch Kinder und Jugendliche teilnehmen. Beim Selbstbehalt ist diese Personengruppe selbstverständlich ausgeschlossen. Es ist weiterhin noch gefragt worden, ob Bonus-Systeme zum Betreiben von Sport anregen können. Wir glauben, dass man über einen Bonus nur sehr begrenzt zum Sport treiben anregen kann. Dies ist auch immer eine Frage, wie hoch der durch Sport erreichbare Bonus ist. Es ist im Übrigen am heutigen Tage bereits gesagt worden, dass man die durch Vorsorgemaßnahmen erzielbaren Kosteneinsparungen nicht eindeutig voraussagen kann. Deswegen sind die Bonus-Tarife der Krankenkassen in der Regel vorsichtig kalkuliert. Und wenn die Bonus-Systeme vorsichtig kalkuliert sind, werden sie nach unserer Einschätzung mithin auch nur einen begrenzten Anreizeffekt ausüben können.

Sv Peter Reichelt (Techniker Krankenkasse): Bei der Qualitätsdefinition gibt es ja eine ganze Reihe verschiedener Definitionen: Uns geht es im Wesentlichen darum, Strukturen und Prozesse zu definieren und als Qualitätsstandard festzusetzen. Die Ergebnisse als solche wollen wir nicht mehr kontrollieren. Keiner kann tatsächlich voraussagen, dass ein bestimmtes Ergebnis auch eintritt. Daher können wir auch die Kostenerstattung hiervon nicht abgängig machen. Dies ist im Übrigen auch nach dem Gesetzestext eigentlich auch gar nicht zulässig. Wir sehen von daher auch nicht die Notwendigkeit, die Ergebnisse durch einen medizinischen Dienst überprüfen zu lassen.

Sv Manfred Pawlita (Gmünder Ersatzkasse): Wir haben uns wissenschaftlichen Sachverstand

durch Prof. Schwarz ins Haus geholt, mit dessen Hilfe wir die Boni haben bewerten lassen. Wir sind seit dem 1. Januar diesen Jahres in das Bonus-System eingestiegen. Hinsichtlich der Qualität möchte ich betonen, dass man den Standard nicht zu hoch setzen darf, allerdings die Meßlatte auch nicht zu niedrig ausgestalten sollte. Und nun noch eine Bemerkung zum Stichwort Familien-Bonus. Bei uns gibt es die Möglichkeit, dass die Familie zusammen Punkte sammelt. Wir sind gerade dabei, zusammen mit dem Deutschen Sportbund untersuchen zu lassen, unter welchen Aspekten das Deutsche Sportabzeichen mit aufgenommen werden kann. Zur Frage 19 des Fragenkatalogs möchte ich lediglich bemerken, dass ein Bonus ganz einfach einen zusätzlichen Anreiz darstellt.

Abg. Heynemann (CDU/CSU): Wenn ich es richtig verstanden habe, haben die Sachverständigen ein Malus-System mehrheitlich abgelehnt. Andererseits ist gesagt worden, dass Anreize möglicherweise allein ebenfalls nicht zu dem erhofften Ergebnis führen. Bei der Kfz-Haftpflichtversicherung gibt es ja schließlich auch Tarife, die mit Boni und Mali gleichzeitig arbeiten. Ich erinnere daran, dass heute gesagt worden ist, dass 20 % der Versicherten 80 % der Kosten verursachen. Es ist ja durchaus so, dass die Kassen bereits für bestimmte Krankheitsbilder, etwa für Diabetes, Angebote bereit halten. In dieser Situation könnte man durchaus daran denken, die Versicherten im Rahmen eines Malus-Systems dazu aufzufordern, diese Angebote auch zu nutzen. Mich würde generell interessieren, warum man seitens der Kassen speziell auf ein Bonus-System setzt und einem Malus-System nicht näher tritt.

Der Vorsitzende: Ich möchte an dieser Stelle gern ebenfalls mit einer Frage einhaken. Wir hatten vor rund einem Jahr eine Sachverständigen-Anhörung, die sich ebenfalls auf den Präventionsaspekt bezogen hat. Einige Sachverständige haben bereits da-

mals gesagt, dass aufgrund der Bewegungsarmut bei Kindern künftig große Lasten auf das Gesundheitssystem zukommen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass man auf Eltern, die ihre Kinder vor dem Computer oder dem Fernseher sitzen lassen, um selbst ihre Ruhe zu haben, über Bonus-Systeme positive Anreize ausüben kann. Macht man sich über diese Zusammenhänge bei der Ausgestaltung von Bonus-Systemen ebenfalls Gedanken? Wie kann man diejenigen erreichen, die man über Bonus-Systeme nicht erreicht? Muss man in diesem Zusammenhang nicht möglicherweise doch über Malus-Systeme nachdenken?

Sv Dr. Hans Peter Schian (Deutsche Sporthochschule Köln): Die gesetzliche Unfallversicherung hat ja im Bereich des Arbeitsschutzes bereits ein Bonus-Malus-System eingeführt. Es würde sich nach meiner Überzeugung durchaus lohnen zu prüfen, ob man Elemente aus diesem System nicht auch für ein Präventionsgesetz übernehmen könnte. Ein Bonus-Malus-System ist im Übrigen auch im Bereich des SGB IX angedacht. In der Integrationsvereinbarung des § 83 ist festgelegt, dass präventive Maßnahmen in diese Vereinbarungen aufgenommen werden sollen. § 84 legt fest, dass diejenigen, die solche Programme fahren, mit Prämien, aber auch mit Abschlägen bedacht werden können. Im Bereich des Unfallschutzes können wir eine Verknüpfung von Arbeitsschutz und Präventionen feststellen. Die praktische Umsetzung von Malus-Systemen im Unfallschutz ist jedoch nicht völlig problemfrei. Im Grunde könnte man jedoch sagen, wenn ein Unternehmen ein gutes Gesundheitsmanagement fährt, könnte dies ein Präventions-Bündel mit einschließen. Letztlich wäre es nach meiner Einschätzung auch möglich, beitragsrelevante Teile meßbar zu gestalten. In Kanada oder auch in Australien hat man entsprechende Dinge bereits durchgerechnet. Für den Bereich der Prävention speziell bei Kindern und Jugendlichen kann ich auf keiner-

lei Erfahrungen zurückgreifen. Ich will mich auch deswegen in diesem Punkt nicht zu weit vorwagen. Für den Bereich der Geriatrie meine ich, dass es hier hinsichtlich der Prävention ein enormes Potential gibt.

Sv Manfred Pawlita (Gmünder Ersatzkasse): Malus-Systeme sind für uns der falsche pädagogische Ansatz. Wir sollten Anreize bieten, damit die Menschen aufgefordert sind, etwas Positives zu tun. Man sollte nicht nur immer das Schlechte bestrafen. Ziel der Prävention ist es, gesundheitsbewußtes Verhalten zu fördern. Über Prävention kann man erreichen, dass man Krankheitsbilder und Krankheitsrisiken minimal hält. Mehr geht über Prävention auch nicht. Dies spricht nach meiner Überzeugung ebenfalls gegen ein Malus-System. Auch wäre sicherlich der Aufwand für ein Malus-System zu hoch. Es gibt durchaus Gesundheitsrisiken, die das Individuum als solche gar nicht zu verantworten hat. Denken Sie nur einmal an Risiken, die aufgrund von Erbanlagen entstehen. Solche Risiken sollte man nicht im Rahmen eines Malus-Systems gleichsam bestrafen.

Prof. Dr. Ingo Froböse (Deutsche Sporthochschule Köln): Aufgrund von Statistiken weiß man, dass bezogen auf die lebensstilbedingten Erkrankungen und deren sekundäre Begleiterscheinungen letztendlich 95 % durch Fehlverhalten bedingt sind. Fehlverhalten ist mithin das dominierende Kriterium.

Sv Peter Reichelt (Techniker Krankenkasse): Eines der Hauptargumente gegen Malus-Systeme ist, dass man Fehlverhalten kontrollieren müßte. Man müßte so etwa kontrollieren, dass der Nicht-raucher tatsächlich nicht raucht. Es ist nicht unser Verständnis von Gesundheitswesen, ein Kontrollsystem aufzubauen.

Sv Dr. Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband):

Wir sind gegen Malus-Systeme, weil aus wissenschaftlicher Sicht bei bestimmten Arten der Prävention keine Kausalität zwischen Verhalten und dem Auftreten einer bestimmten Krankheit nachzuweisen ist. Prävention ist ein kompliziertes und sehr differenziertes Feld. Im Bereich der spezifischen Primärprävention gibt es durchaus die Möglichkeit, solche Systeme anzuwenden. Wenn ich etwa regelmäßig zu meiner Früherkennungsuntersuchung gehe, zahle ich beim Zahnarzt später bei erforderlichen Maßnahmen der Prothetik weniger, als wenn ich die Früherkennungsuntersuchungen nicht durchgeführt habe. Dies ist deswegen so, weil wir es mit einer spezifischen Prävention zu tun haben. Zahnausfall kann man gezielt durch Prävention verhüten. Ähnlich ist die Sachlage auch in dem Fall, den Herrn Dr. Schian soeben in Zusammenhang mit der Unfallverhütung angesprochen hat. Es handelt sich dort um betriebsspezifische, spezielle Risiken, die verhütet werden sollen. Wenn ein Betrieb konkrete Schutzvorkehrungsmaßnahmen trifft, kann man auch ein Malus-System wirksam ausgestalten. Leider ist es aber nunmehr so, dass man bei der sogenannten unspezifischen Prävention, etwa gegen Streß, keine eindeutigen Kausalitäten nachweisen kann. Man kann etwa nicht sagen, dass eine konkrete Präventionsmaßnahme garantiert, dass kein Herzinfarkt auftritt. Man kann lediglich sagen, dass die Maßnahme tendenziell positiv wirkt. Wenn man also keine eindeutigen Kausalitäten hat, ist es schwierig, ein Malus-System wirksam auszugestalten. Wir sehen hier im Grunde nur eine Alternative. Man muss nämlich an diejenigen Settings herangehen, bei denen man möglichst viele Leute erreicht. In der Frage der Bewegungsarmut von Kindern muss man eben konkret an Kindergärten und Schulen herangehen. Man kann dort im Übrigen auch den Gruppendruck positiv nutzen.

Sv Dr. Eckart Fiedler (Barmer Ersatzkasse):

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz läßt uns ja gar keine andere Wahl. Wir haben im Moment nur die Möglichkeit, über Bonus-Systeme zu arbeiten. Dies tun wir ja auch alle. Wir haben lediglich einen indirekten Malus. Die Mehreinnahmen über die Tabaksteuererhöhung kommen dem Gesundheitswesen zu Gute. Frau Dr. Eberle hat durchaus zu Recht auf die Frage des Zahnersatzes hingewiesen. Einen Bereich also, wo man ohne Probleme ein Malus-System ausgestalten könnte. Auch mir liegt im Übrigen insbesondere das Thema der Bewegungsarmut bei Kindern am Herzen. Ich glaube auch nicht, dass unser Bonus-Programm an dieser Situation etwas Maßgebliches zu ändern vermag. Ich glaube, dass hier ein Setting-Ansatz etwa über die Schule viel erfolgversprechender ist. Man kann diesen Ansatz durchaus auch im Sinne des Wettbewerbsgedankens ausgestalten und eine konkrete Schule davon profitieren lassen, wenn möglichst viele ihrer Schüler das Sportabzeichen ablegen. An dieser Stelle kann man sicherlich gruppendynamische Prozesse gut im positiven Sinne ausnutzen. Aber man darf diese Ansätze ebenfalls nicht überbewerten.

Der Vorsitzende: Ich habe jetzt noch Wortmeldungen von Abg. Hermann und Herrn Abg. Parr vorliegen. Ich frage, ob es noch weiteren Fragebedarf gibt. Ich sehe noch eine Wortmeldung von Abg. Lohmann und würde dann mit Blick auf die verbleibende Zeit die Frageliste schließen. Nun Herr Kollege Hermann bitte.

Abg. Hermann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Ich möchte eine Frage an Herrn Prof. Banzer richten. Wie beurteilt man von Seiten des Sports die bislang vorliegenden Anreiz-Systeme? Eine zweite Frage richtet sich an Herrn Froböse. Man könnte ja auch den Blick in vergleichbare Nachbarländer richten um zu sehen, mit welchen Bonus- oder

Malus-Systemen dort gearbeitet wird. Könnte man von den in Nachbarländern bestehenden Anreiz-Systemen etwas in Deutschland übernehmen?

Sv Dr. Winfried Banzer (DSB): Der Deutsche Sportbund begrüßt selbstverständlich Anreizsysteme, die den Sport einbeziehen. Er ist schließlich ja auch Partner bei einem Teil dieser Bonusprogramme. Wir haben ja bereits vom Deutschen Sportabzeichen gesprochen, und es gibt noch das Programm „Sport pro Gesundheit“, über das heute noch nicht geredet worden ist. Im Vorfeld der Diskussion um die Bonus-Programme sind Belohnungen und Anreize genannt worden, bei denen wir etwas die Stirn gerunzelt haben. Es ist durchaus begrüßenswert, dass es zwischenzeitlich zu einer gewissen Transparenz gekommen ist. Bezüglich der immer wieder diskutierten Frage nach der Ergebnisevaluation dieser Programme bin ich der Meinung, dass man insbesondere Prozesse und Strukturen überprüfen müsste. Die Programme sollten sich an denjenigen Kriterien orientieren, die wir alle einmal gemeinsam aufgestellt haben. Im Übrigen wünschen wir uns, dass diese Programme flächendeckend angeboten werden.

Prof. Dr. Ingo Froböse (Deutsche Sporthochschule Köln): Es gibt in den verschiedenen europäischen Ländern recht unterschiedliche Entwicklungen. Wir könnten etwa von den Skandinaviern lernen, gerade etwa vom norwegischen Lebensstil, bei dem Bewegung und Aktivität zum täglichen Leben gehören. Bei den deutschsprachigen Ländern gibt es insbesondere in der Schweiz positive Tendenzen. Dort bemerkt man offensichtlich am ehesten, wenn im Bereich der Prävention etwas schief läuft. Dort ist vor etwa 15 Jahren ein System eingeführt worden, bei dem sich insbesondere die privaten Krankenkassen sehr stark im Bereich der Förderung von Maßnahmen engagiert haben. Sie haben auch die Verantwortung für die Förderung

von Maßnahmen übernommen. Diese Maßnahmen, die im Übrigen auch ein Qualitätssicherungssystem beinhalten, haben sie flächendeckend in der Schweiz angeboten. Ähnliches geschieht gegenwärtig in Österreich. Dort hat man einen Präventions-Beauftragten eingesetzt, der gegenwärtig versucht, eine Konzeption in dieser Richtung zu entwickeln. In den beiden genannten Ländern wird jedoch ausschließlich mit Bonus-Systemen gearbeitet. In der Schweiz wird darüber berichtet, dass sich im Zeitraum der letzten 10 Jahre ein Einsparvolumen von 25 bis 30 % ergeben hat. Dieses Einsparvolumen hat sich zwischenzeitlich stabilisiert.

Abg. Lohmann (SPD): Meine Frage richtet sich speziell an die Vertreter der Kassen. Endziel ist es doch, endlich innerhalb der nächsten acht bis zehn Jahre eine eigenständige Säule der Prävention zu verankern. In den anderen Ländern hat dies sicherlich auch eine ganze Zeit lang gedauert. Es handelt sich hierbei ja schließlich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Ist es vor diesem Hintergrund überhaupt verantwortbar, dass die Prävention als Wettbewerbsparameter ausgestaltet wird?

Abg. Parr (FDP): Je länger diese Anhörung dauert, desto mehr stelle ich mir die Frage, ob wir wirklich ein Präventionsgesetz brauchen. Ich frage mich auch, ob wir nicht eher auf einer andere Weise zum Ziel kommen können. Auf dem Weg zur Prävention wird ja bereits unendlich viel unternommen. Ich glaube, dass es über die freie Entfaltung von Aktivitäten vielleicht zu besseren Ergebnissen kommt, als wenn der Gesetzgeber tätig wird. Und nun zu meiner Frage. Herr Dr. Schian hat bei seinen Ausführungen ein Beispiel aus dem Unternehmensbereich angeführt. In seiner Stellungnahme hat Herr Pawlita ausgeführt, dass kleinere und mittlere Unternehmen nur sehr schwer Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchführen können. Schließlich hat Herr Prof. Froböse beispielhaft auf die

Firma Ford verwiesen, die sich auf diese Weise positiv darstellt. Ich frage, ob es bei Ford bestimmte Anreiz-Systeme gibt, die bei der Prävention eine Rolle spielen. Und an Herrn Dr. Schian möchte ich die Frage stellen, wie man Anreize für Unternehmen schaffen kann, dass diese in Richtung mehr Bewegung tätig werden.

Sv Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband):

Wenn man eine eigenständige Säule der Prävention schaffen will, darf man sich dabei nicht nur auf die Krankenkassen und die Sozialversicherungsträger beziehen. Es müssen dann wirklich alle Ebenen, alle Akteure und alle Ressorts einbezogen werden. Man muss dann auch Regelungen dahingehend schaffen, in welcher Weise auf den verschiedenen Ebenen durch die Akteure Entscheidungen getroffen werden. Das ist ein durchaus ein schwieriges Unterfangen. Ich kann allerdings keinen konkreten Vorschlag machen, wie man dies vollziehen sollte. Jedenfalls kriegen wir nur auf diese Art eine eigenständige Säule zu Stande, denn die Prävention ist ja kein versicherungsfähiges Aktionsfeld. Man kann die Aufgabe jedenfalls nicht allein den Kassen übertragen. Und nun auch noch ein Wort zur Prävention als wettbewerbliches Aktionsfeld. Aus unserer Sicht eignen sich sehr viele Bereiche dazu, um im Wettbewerb bewältigt werden zu können. Durch den Wettbewerb ist gerade in der Prävention sehr viel Innovatives erreicht worden. Denken Sie etwa nur an das betriebliche Gesundheitsmanagement. Die Lösungen sind auch sehr kundenorientiert ausgestaltet. Man muss jedoch auch ganz klar feststellen, dass es immer auch Bereiche gibt, die sich dem Wettbewerb nicht erschließen. Der Wettbewerb macht im Rahmen der Prävention nur dann Sinn, wenn er auch gleichzeitig einen Qualitätswettbewerb darstellt. Wir brauchen klare Vorgaben, wo Handlungsfelder für die Kassen bestehen. Wir brauchen Angaben über die Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen. Wir brauchen auch Trans-

parenz, damit man nachvollziehen kann, welche Aktionen mit welchem Erfolg betrieben werden.

Sv Dr. Eckart Fiedler (Barmer Ersatzkasse): Ich glaube, dass man die Eigenständigkeit der Prävention stärken muss. Wir können gegenwärtig nicht mehr Einnahmen erzeugen, sondern wir müssen über die Schiene der Prävention versuchen, die Kostenentwicklung zu dämpfen. Dazu brauchen wir natürlich auch Vertragswettbewerb und Vertragsqualität. Und nun noch ein Wort zum Wettbewerb im Bereich der Prävention. Ich glaube, dass im Bereich der primären Prävention durchaus Wettbewerb herrschen sollte. Es muss das Grundanliegen einer jeden Kasse sein, ihre Mitglieder sehr nachdrücklich dazu anzuhalten, ein gesundheitsförderndes Verhalten zu praktizieren. Dann kann hiervon die Solidargemeinschaft insgesamt profitieren. Ich glaube jedoch, dass man nicht reglementieren sollte, auf welchem Weg man dieses Ziel zu erreichen versucht. Bei der sekundären und tertiären Prävention sieht dies schon ganz anders aus. Denken Sie etwa an die Disease-Management-Programme. Die Schulungen, die ja Inhalt dieser Programme sind, unterliegen genormten Qualitätsanforderungen. Es gibt bei diesen Programmen zwischen den Kassen quasi keinerlei Unterschiede. Es gibt vielmehr eine einheitliche Ausrichtung im Sinne einer wissenschaftlich abgesicherten Prävention. Die Primärprävention jedoch sollte man einem Breitenwettbewerb öffnen.

Sv Peter Reichelt (Techniker Krankenkasse):

Die Frage war, ob der Wettbewerb geeignet ist, um die Prävention zu fördern. Man könnte die Frage auch umdrehen und fragen, warum man nicht auch im Bereich der Prävention Wettbewerb haben sollte. Den Kassen wird ja immer wieder vorgeworfen, dass sie die Mittel für Prävention für reine Marketingaktivitäten mißbrauchen. Ich denke, an der Realität läßt sich ablesen, dass dem nicht so ist.

Alle Kassen bieten quer über alle Handlungsfelder für diverse Altersgruppen Präventionsmaßnahmen an. So haben wir etwa Angebote für Schulen in Städten für sozial eher kritische Bevölkerungsschichten organisiert. Wir stellen uns so gesehen dieser gesamtgesellschaftlichen Verantwortung. Wettbewerb führt in diesem Feld einfach dazu, dass man sich darum bemüht, optimale Lösungen zu finden. Ich plädiere daher dafür, den Wettbewerb auch im Bereich der Prävention als Suchsystem zu nutzen.

Sv Manfred Pawlita (Gmünder Ersatzkasse): Ich kann dem soeben Gesagten voll zustimmen. Es gibt zwischen den Kassen unterschiedliche Ansatzpunkte und unterschiedliche Schwerpunkte. Hieraus hat sich eine Vielfalt von Angeboten entwickelt. Diese Vielfalt muss man positiv bewerten. Deswegen plädiere auch ich für Wettbewerb in der Prävention.

Sv Theodor Stemper (Universität Düsseldorf): Ich möchte noch kurz auf die letzte Frage von Abg. Parr eingehen. Ich bin gefragt worden, wie die Qualität der betrieblichen Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit Sport und Bewegung gewährleistet ist. Es gibt hier zwei Möglichkeiten. Die eine davon ist auch in § 20 dargestellt. firmenintern oder firmenextern können Angebote verfügbar gemacht werden, wie sie bei bereits jetzt in Fitneß-Centern gemacht werden. Eine zweite Möglichkeit besteht darin, dass die Firmen selbst qualitätskontrollierte Angebote konstruieren, die nicht von den Krankenkassen unterstützt werden. Die Firmen könnten diese Angebote ganz einfach aus betrieblichen Interesse heraus zur Verfügung stellen. Die kommerziellen Fitneß-Studios sind bereits auf vielfältige Weise mit Firmen in Kontakt. Dies ist etwa im Bereich der Automobilhersteller oder bei Post und Telekom der Fall.

Sv Dr. Hans-Martin Schian (Deutsche Sporthochschule Köln): Wenn man nach den Aktivitäten der Unternehmen fragt, ergibt sich ein heterogenes Bild. Man tut im Bereich der Prävention schon seit einer ganzen Reihe von Jahren recht viel. Was bislang noch fehlt, ist ein Ansatz, der in Richtung einer grundsätzlichen Unternehmenskultur für die Prävention wirkt. Es wird völlig zurecht die Frage aufgeworfen, ob man auf ein Präventionsgesetz nicht verzichten sollte, wo doch bereits soviel im Bereich der Prävention getan wird. Ich persönlich würde mir in diesem Bereich ein wenig staatlichen Geleitschutz wünschen, der die Maßnahmen etwas strukturiert. Das Gesetz muss deswegen nicht viele Seiten umfassen. Es muss lediglich Kernelemente enthalten. Das Unternehmen Ford hat ja für seine Aktivitäten im Bereich Prävention und Rehabilitation schon Ehrungen erhalten. Solche Unternehmen haben viele Erfahrungen gesammelt, auch mit Projekten, die letztlich nicht erfolgreich waren. Diese Unternehmen können trefflich argumentieren, wie Prävention gestaltet werden sollte. Weil es bislang keine gesetzliche Richtschnur gegeben hat, haben sich Unternehmen wie Ford, Metro, sowie demnächst auch Henkel und Bayer zusammen geschlossen, um ein Schlüsselprojekt umzusetzen. Ziel dieses Projekts ist es, ein vernünftiges Gesundheitsmanagement umzusetzen. Dies wird zusammen geschnürt mit dem, was das SGB IX vorgibt. Es werden Kriterien erarbeitet. Dies ist die erste Stufe. Die nächste Stufe ist die diejenige, dass man sämtliche Projektträger an einen Tisch bringt und den Extrakt dieses Projekts auch kleinen und mittleren Unternehmen zugänglich macht. Kleine und mittlere Unternehmen brauchen eine Leistung im Gesundheitsmanagement, die sie sich einfach dazu kaufen können. Kleine Unternehmen haben nämlich niemals eine entsprechende Struktur, um solche Präventionsprogramme selbst zu fahren. Ich denke, dass dies in den nächsten zwei bis drei Jahren so umgesetzt werden wird. Wir werden in die-

sem Zusammenhang auch auf US-amerikanische Erfahrungen zurückgreifen. In den USA gibt es im Übrigen Bonus-Malus-Systeme.

Sv Dr. Ingo Froböse (Deutsche Sporthochschule Köln): Ich glaube, dass man die wichtigen Bausteine der Gesunderhaltung und der Gesundheitsförderung durchaus gesetzlich regeln muss. Ich verstehe das Präventionsgesetz aber nicht als Grundlagengesetz, sondern als Anwendungsgesetz. Es soll nämlich ganz bestimmte Anwendungs-Rahmenbedingungen formulieren. Es sollte im Grundsatz einfach sein und nur soweit erforderlich differenzieren. Auch ich halte Wettbewerb für äußerst sinnvoll. Wenn man aber die Programme der Kostenträger miteinander vergleicht, dann erkennt man gleichwohl qualitative Unterschiede zwischen den Angeboten. Dies ist gefährlich. Oberstes Kriterium für ein Angebot in der Prävention sollte es sein, ein qualitativ hochwertiges Angebot zu unterbreiten. Qualität sollte nicht unter dem Aspekt des Wettbewerbs minimiert oder reduziert werden. An einigen Punkten muss man feststellen, dass leider tatsächlich so gearbeitet wird. Es ist ja noch die Frage nach den Unternehmen gestellt worden. Die Unternehmen haben den hohen Wert der Prävention frühzeitig erkannt. Sie brauchen im Grunde kein Gesetz, weil sie erkannt haben, dass die Gesundheitsförderung ihrer eigenen Mitarbeiter für das Unternehmen selbst sinnvoll ist. Das Unternehmen Ford hat durch seine diesbezüglichen Aktivitäten eine Million Euro pro Jahr eingespart. Wir machen gegenwärtig eine große Studie bei diesem Unternehmen. Im Rahmen dieser Studie wird jeder Arbeitnehmer jährlich einer Untersuchung unterzogen, um Risikofaktoren oder Problembereiche so früh wie möglich zu erkennen. Die großen Unternehmen haben dieses Problem erkannt, für kleinere und mittlere Unternehmen ergeben sich selbstverständlich Umsetzungsfragen. Ich möchte abschließend noch ein weiteres Beispiel nennen. In der Stadt

Siegen gibt es ein arbeitsmedizinisches Zentrum, das gegenwärtig eine große Studie leitet, die zusammen mit Unternehmen und Krankenkassen durchgeführt wird. Im Rahmen dieser Studie müssen die Arbeitnehmer und die Arbeitgeber sowie auch die Kostenträger jeweils einen finanziellen Eigenanteil erbringen. Diese Studie ist ebenfalls sehr erfolgversprechend. Ich glaube letztlich, dass man die Präventionsmaßnahmen an die Unternehmen binden sollte.

Der Vorsitzende: Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich finde, die Anhörung war insbesondere für uns Abgeordnete überaus erkenntnisreich. Ich darf mich im Namen aller Kolleginnen und Kollegen bei allen Sachverständigen sehr herzlich bedanken. Ich wünsche Ihnen allen noch eine gute Rückreise. Damit schließe ich die Anhörung.

Schluss der Sitzung: 17:35 Uhr

Peter Rauen, MdB
Vorsitzender

Dr. Peter Danckert, MdB
stellv. Vorsitzender