

Sportausschuss

Wortprotokoll

13. Sitzung

Berlin, den 21.05.2003, 14:30 Uhr

Sitzungsort: Jakob-Kaiser-Haus
Sitzungssaal: 1.228

Vorsitz: Peter Rauen, MdB

EINZIGER PUNKT DER TAGESORDNUNG

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen

zu dem

Antrag der Abgeordneten Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, Dr. Dieter Thomae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Die Kompetenzen des Sports bei Prävention und Rehabilitation besser nutzen

BT-Drucksache 15/474

Antrag der Abgeordneten Götz-Peter Lohmann, Dagmar Freitag, Helga Kühn-Mengel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Winfried Hermann, Petra Selg, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Durch Bewegung und Sport Gesundheit und Prävention fördern

BT-Drucksache 15/931

Liste der Sachverständigen

Dr. Eckart Fiedler
Vorstandsvorsitzender der
Barmer Ersatzkasse
Lichtscheider Str. 89

42285 Wuppertal

Dr. Gudrun Eberle
AOK-Bundesverband – Abt. Prävention
Kortrijker Str. 1

53117 Bonn

Prof. Wolfgang Schlicht
Institut für Sportwissenschaft
der Universität Stuttgart
Allmandring 28

70569 Stuttgart

Priv. Doz. Dr. Helge Uwe Hebestreit
1. Vorsitzender der Gesellschaft für
Pädiatrische Sportmedizin e.V.
Bayerischer Vertreter der Sektion Kinder- und
Jugendsport der Deutschen Gesellschaft für
Sportmedizin und Prävention e.V.
Universitäts-Kinderklinik
Josef-Schneider-Str. 2

97080 Würzburg

Prof. Dr. med. Hans-Hermann Dickhuth
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Sportmedizin und Prävention
Hugstetter Str. 55

79106 Freiburg

Prof. Dr. Herbert Löllgen
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft
für Sportmedizin und Prävention
Burgerstr. 211

42859 Remscheid

Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer
Beauftragter für Sport und Gesundheit
des Deutschen Sportbundes
Ginnheimer Landstr. 39

60487 Frankfurt/Main

Hartmut Courvoisier
Vizepräsident Rehabilitationssport des
Deutschen Behinderten-Sportverbandes
Friedrich-Alfred-Str. 10

47055 Duisburg

Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220

51109 Köln

Medizinische Hochschule
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsforschung
Frau Dr. Ulla Walter
Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

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
Lambrecht, Christine
Schäfer, Axel
Schmidt, Wilhelm
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

Sprechregister

Seite

Vorsitzender:

Peter Rauen

8, 11, 13, 14, 17, 19, 22, 25, 29, 32, 33, 35, 38, 42, 47

SPD-Fraktion:

Abg. Dr. Danckert

25

Abg. Büttner (Ingolstadt)

32

Abg. Hemker

39

Abg. Lohmann (Neubrandenburg)

8

CDU/CSU-Fraktion:

Abg. Riegert

8, 29

Abg. Frau Kaupa

19

Abg. Gienger

42

Bündnis 90/Die Grünen:

Abg. Hermann

22, 46

FDP-Fraktion:

Abg. Parr

13, 25, 44

Sprechregister

Sachverständige:

Dr. Eckart Fiedler	9, 18, 21, 26, 30, 43, 44
Dr. Gudrun Eberle	20, 24, 38
Prof. Wolfgang Schlicht	15, 19, 27, 33, 44
Priv. Doz. Dr. Helge Uwe Hebestreit	35, 39, 42, 43
Prof. Dr. med. Hans-Hermann Dickhuth	17, 24, 37
Prof. Dr. Herbert Löllgen	26, 34, 45
Prof. Dr. Winfried Banzer	29, 35, 39, 43
Hartmut Courvoisier	30, 45
Dr. Elisabeth Pott	11, 17, 40
Dr. Ulla Walter	14, 16, 23, 41, 42

Der **Vorsitzende**: Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich bitte Platz zu nehmen, damit wir mit unserer Anhörung beginnen können. Vor Eintritt in die Tagesordnung darf ich aus einem besonderen Grund dem Obmann der CDU/CSU-Fraktion, Herrn Abg. Klaus Riegert, kurz das Wort geben.

Abg. Riegert (CDU/CSU): Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, ich hatte gerade die Gelegenheit, in Vertretung des Vorsitzenden der Sportgemeinschaft Deutscher Bundestag die Siegerehrung des 4. Berliner Bundestagslaufes zu übernehmen. Dabei konnten wir einen Gewinner nicht auszeichnen, da er schon duschen war, um pünktlich zu unserer Anhörung zu kommen. Deshalb möchte ich hier dem Sieger der Altersklasse Ü 50 über 3600 Meter, Herrn Abg. Götz-Peter Lohmann, herzlich gratulieren.

..... Beifall

Der **Vorsitzende**: Bei der Sportbereitschaft unserer Mitglieder zum Sport kommen wir nun zum Thema unserer Anhörung „Sport, Bewegung, Gesundheit und Prävention“. Ich darf recht herzlich die Damen und Herren Sachverständigen zu dieser Anhörung begrüßen. Ich begrüße recht herzlich Herrn Dr. Eckart Fiedler, Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse, Frau Dr. Grudrun Eberle, AOK-Bundesverband – Abt. Prävention, Herrn Prof. Wolfgang Schlicht, Institut für Sportwissenschaft der Universität Stuttgart, Herrn Priv. Doz. Dr. Helge Uwe Hebestreit, 1. Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrische Sportme-

dizin e.V., Herrn Prof. Dr. med. Hans-Hermann Dickhuth, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, Herrn Prof. Dr. Herbert Löllgen, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, Herrn Prof. Dr. Winfried Banzer, Beauftragter für Sport und Gesundheit des Deutschen Sportbundes, Herrn Hartmut Courvoisier, Vizepräsident Rehabilitationssport des Deutschen Behinderten-Sportverbandes, Frau Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Frau Dr. Ulla Walter, Medizinische Hochschule, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsforschung in Hannover.

Sie haben uns dankenswerter Weise Ihre schriftlichen Stellungnahmen zukommen lassen. Die Grundlage für die Anhörung ist der Antrag der FDP-Fraktion vom 19.02.2003 und der Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 7.5.2003. Ihre schriftlichen Stellungnahmen haben wir mit großem Interesse zur Kenntnis genommen. Wir haben im Obleutegespräch vereinbart, dass die Sachverständigen keine Eingangsstatements abgeben. Um die Zeit konstruktiv zu nutzen, wollen wir gleich in die Fragerunde einsteigen. Ich gehe davon aus, dass Sie alle damit einverstanden sind. Ich sehe, dass das der Fall ist. Dann bitte ich um die Fragen unserer Ausschussmitglieder. Herr Kollege Lohmann, Sie haben das Wort. Bitte.

Abg. Lohmann (Neubrandenburg) (SPD): Die Antragsteller unseres Antrages begrüßen es auch sehr, dass es zu dieser Anhörung gekommen ist. Wenn man, wie mein Kollege

Parr und ich, gleichzeitig im Sportausschuss und im Gesundheitsausschuss Mitglied ist, dann merkt man ganz deutlich, es ist eben nicht so, dass alle, die mit dem Aufbau diesen eigenständigen Präventionsgesetzes zu tun haben, automatisch immer sofort an den Sport denken. Wir sprechen heute natürlich auch über inhaltliche Probleme. Wenn es um den Aufbau dieses eigenständigen Präventionsgesetzes oder die eigenständige Säule Prävention geht, darf man den Sport nicht vergessen. Anhand der vorliegenden schriftlichen Stellungnahmen kann im Moment noch überhaupt keine Rede davon sein, dass durch den Sport die Möglichkeiten ausgeschöpft werden, wenn es um Prävention geht. Ich möchte Herrn Dr. Fiedler, den ich von Anhörungen im Gesundheitsausschuss kenne, meine Anerkennung aussprechen. Ich bin der Meinung, dass gerade die Barmer Ersatzkasse mit ihrem Präventionsprogramm gut arbeitet.

Ich möchte auch gleich meine erste Frage an Herrn Dr. Fiedler richten. Es wird davon gesprochen – dazu gibt es zwar unterschiedliche Beurteilungen – dass etwa durch eine Primärprävention bei den Ausgaben im Gesundheitswesen mittel- oder langfristig sehr viel eingespart werden könnte. In diesem Zusammenhang habe ich von 25 bis 30 % Einsparpotential gehört. Wie sehen Sie das und wird das von der Barmer Ersatzkasse auch so eingeschätzt? Es gibt oft das Argument, wir hätten ja schon seit 1999 die Möglichkeit dazu. Viele Kassen haben das überhaupt nicht getan und viele tun es heute noch nicht. Wir sind uns alle einig, dass Prävention zunächst etwas kosten wird. Irgendwann sollte dann aber doch die Umkehr

erfolgen und der Nutzen spürbar werden. Haben Sie darüber Erkenntnisse oder Schätzungen? Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrer Arbeit schon gemacht?

Meine zweite Frage möchte ich an Frau Dr. Pott richten. Bei Ihrer Stellungnahme hat mir sehr gut gefallen, wie Sie über Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Sportvereinen berichten. Ich möchte Sie bitten, dazu noch ein paar Sätze zu sagen. Mich würde dabei insbesondere interessieren, welche Möglichkeiten es gibt, Kinder aus sozial schwachen Schichten zu integrieren. Hierbei denke ich an die Aktion "Kinder stark machen". Dankeschön.

Sv Dr. Eckart Fiedler (Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, herzlichen Dank für die Fragen und natürlich auch Danke für die Anerkennung. Ich werde das natürlich gerne weitergeben. Ich möchte noch bemerken, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung sicherlich jeder bemüht ist, das Beste aus der jeweiligen Situation zu machen. Unter dem Gesichtspunkt Prävention hilft sportliche Bewegung allgemein der GKV. Letztlich ist es unser gemeinsames Ziel, die Ausgaben damit positiv zu beeinflussen. Wenn wir derzeit Probleme haben, dann haben wir in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur das Problem des Einnahmenschwunds, sondern auch die Herausforderung einer demografischen Entwicklung, die ja heute mit einem steigenden Anteil chronisch Kranker verbunden ist. Wir sind überzeugt, dass wir durch viele Maßnahmen im Sinne der sekundären Prävention erreichen müssen, dass der Anteil

der chronisch Kranken nicht so wächst. Im Jahre 2020 wäre die gesetzliche Krankenversicherung so nicht mehr finanzierbar. Von daher ist unser gedanklicher Ansatz, insbesondere über die Komponente Bewegung das Herz-Kreislaufsystem zu stärken, weil dort der Hauptanteil der chronischen Erkrankungen liegt. Hierbei denken wir daran, den Blutdruck positiv zu beeinflussen. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass eine Senkung des Blutdrucks um 10 Millimeter Quecksilbersäule im Durchschnitt der Bevölkerung durch mehr körperliche Aktivität zur Folge haben wird, dass das Schlaganfallrisiko in unserem Land um 40 % sinkt. Das würde bedeuten, dass immerhin 10 000 Schlaganfälle weniger auftreten würden. Das sind Zahlen, die gar nicht beschreiben können, was an menschlicher Betroffenheit und Leid dahinter steht. Umso größer müssen die Anstrengungen sein, dieses Ziel zu erreichen. Gerade jüngste Ergebnisse und Beschreibungen einer Studie zeigen, dass Deutschland in der Frage Bluthochdruck im internationalen Vergleich relativ hoch liegt. Das bedeutet, dass in der Gruppe der über 54-jährigen bis 65-jährigen Menschen der Anteil derjenigen, die bei uns an Bluthochdruck leiden mit 55 % fast doppelt so hoch ist wie beispielsweise in Nordamerika. In dieser Richtung muss dringend etwas getan werden. Das Medium Bewegung, das sich hierzu anbietet, muss genutzt werden, um die Menschen zu animieren, sich dieser Herausforderung positiv zu stellen. Wie kann man das am Besten erreichen? Alle Krankenkassen, nicht nur wir, machen Angebote in Richtung mehr Bewegung. Aber wir alle haben das Problem, dass jemand, der etwa an Übergewicht leidet, doch lieber am

Fernseher sitzen bleibt, auch wenn er gerade in einer Sendung gesehen hat, wie gut Bewegung wäre. Von daher kommt der Gedanke sehr stark ins Spiel, hierbei mit einem Anreiz zu arbeiten, etwa mit einem Bonussystem. Wir selber haben gerade ein Bonusprogramm verabschiedet. Es liegt nunmehr der Aufsicht zur Prüfung vor. Der Hintergedanke ist auch dort, durch einen Anreiz den Einzelnen zu animieren, mehr für seine Gesundheit zu tun.

Ihre zweite Frage bezog sich auf die primäre Prävention. Bei der primären Prävention muss unser Blick stärker auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen gerichtet werden. Wir können hierzu auf eine Untersuchung hinweisen, die meine Kollegin Frau Dr. Eberle vom AOK-Bundesverband zusammen mit dem Deutschen Sportbund gemacht hat. Bei dieser Untersuchung wurde festgestellt, dass eine erschreckende Tendenz vorhanden ist Leistungsfähigkeit einzubüßen, gerade auch im Hinblick auf mangelnde Bewegung oder auch mangelnden Schulsport. Deshalb hat sich meine Kasse zum Ziel gesetzt, gerade im Bereich Schulsport sehr viel zu tun. Wir arbeiten dabei sehr eng mit dem Deutschen Sportbund zusammen, um das Schulsportabzeichen zu fördern. Wir haben einen Schulwettbewerb zur Ablegung des Sportabzeichens initiiert. Das Sportabzeichen ist meines Erachtens hervorragend dazu geeignet, weil es ein Wettbewerb ist, bei dem die Latte nicht zu hoch liegt, wo aber dennoch Geschicklichkeit, Ausdauer und Kraft trainiert werden müssen. Wir können heute erkennen, dass diejenigen, die an diesem Wettbewerb teilnehmen, auch zu etwa 50 % die Hürde überspringen können. Im Rahmen dieses

Schulwettbewerbes nehmen heute schon 800 000 Schülerinnen und Schüler jährlich teil. Das sind aber nur – das muss ich an dieser Stelle auch sagen – 10 % aller Schülerinnen und Schüler. Deshalb wäre es in meinen Augen sehr wichtig, in diesem Bereich neue Signale zu setzen, auch weil durch diesen Wettbewerb die Integration gefördert, Toleranz gestärkt und durch die soziale Begegnung im Sport psychosoziale Faktoren gefördert werden, die wir teilweise gerade im jugendlichen Bereich etwas vermissen. Meine herzliche Bitte wäre, dass man diesem Bereich eine ganz besondere Aufmerksamkeit widmet.

Zu Ihrer weiteren Frage, was wir wie sparen können, kann ich leider gegenwärtig nichts sagen. Ich glaube, Ihre anderen Fragen konnte ich zur Zufriedenheit beantworten. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dr. Fiedler. Frau Dr. Pott, Sie haben nun das Wort.

Sv. Dr. Elisabeth Pott (Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung): Vielen Dank. Ich kann aus unserer Zusammenarbeit mit den Sportverbänden berichten, dass wir seit 1995 mit allen großen Sportverbänden Kooperationen eingegangen sind. Wir sind der Meinung, dass der Sport für die Prävention viele Vorteile bietet. Im Rahmen unserer Möglichkeiten wollten wir das zunächst auf einem ganz speziellen Themenfeld nutzen, nämlich der Suchtprävention. Allerdings kann es insgesamt sehr viel breiter angelegt werden. Für uns ist dabei folgendes ausschlaggebend: Wir wissen auf der einen

Seite, dass mangelnde Körperkraft und mangelnde Koordinierungsfähigkeit die Zunahme von Übergewicht und Adipositas bereits im Kindesalter sehr weit verbreitet sind und diese Probleme zunehmen. Diese lassen schon ganz klar erkennen, welche Gesundheitsschäden später hieraus entstehen werden.

Der zweite positive Effekt ist, dass zumindest zeitweilig 70 % aller Kinder und Jugendlichen im Sportverein organisiert sind, so dass wir im Sport einen Partner haben, der wirklich auch eine flächendeckende bundesweite Infrastruktur bietet, um mit ihm gemeinsam am Thema Gesundheitsförderung arbeiten zu können. Bevor ich auf die Initiative „Kinder stark machen“ eingehe, möchte ich unbedingt noch erwähnen, was vielfach nicht bewusst ist, dass man mit dieser Förderung schon sehr früh beginnen muss. Und zwar deshalb, weil etwa die Koordinierungsfähigkeit mit entwicklungsphysiologischen Gegebenheiten zusammenhängt. Ein Zusammenspiel zwischen Hirn und Nervenentwicklung und der Motorik ist Grundlage dafür. Wenn man nicht sehr früh im Kindesalter damit beginnt, verpasst man einen ganz wichtigen Zeitraum, weil ab 12 Jahren diese Entwicklung abgeschlossen ist. Und eine Motorik und Koordinierungsfähigkeit, die man vor dieser Zeit nicht ausgebildet hat, kann man später kaum noch aufbauen. Wenn in dieser Zeit die Grundlagen gelegt werden, und später einmal eine Phase eintritt, in der kein Sport betrieben wird, dann ist das zwar bedauerlich und hat negative Auswirkungen, aber man kann später immerhin wieder an dieser einmal vorhandenen Prägung ansetzen. Deshalb ist es so wichtig, dass wir nicht erst in der Schule,

sondern schon im Kindergarten beginnen – wenn möglich schon im Säuglingsalter – Verbindungen zu den Sportvereinen herzustellen, so dass wir über die Kombination Sportverein und Bewegungsangebote im Kindergarten und Schule tatsächlich von vorneherein eine Förderung haben, die dann – und jetzt kommt der zweite entscheidende Punkt – ein Konzept verfolgen muss, das in erster Linie auf den Spaß und die Freude an der Bewegung abzielt. Wir haben noch immer sehr viele Kinder und Jugendliche, die durch die Versuche, ihnen Bewegung anzutrainieren, geschädigt sind, und nie mehr Spaß und Freude an der Bewegung finden, weil sie mit Anforderungen konfrontiert sind, die ihrer individuellen Leistungsfähigkeit nicht gerecht werden. Und solche modernen Konzepte der Bewegungsförderung braucht man. Wer einmal Spaß und Freude am Sport und an der Bewegung gefunden hat, hat natürlich eine ganz andere Motivation, auch später dabeizubleiben.

Ein zweiter wichtiger Punkt ist, dass möglichst viele später in ein kleines Ehrenamt einbezogen werden, denn auch dadurch entsteht eine Bindung an diese Betätigung. Das ist auch eine Möglichkeit, die lebenslange sportliche Betätigung zu gewinnen.

Unser spezielles Programm „Kinder stark machen“, das wir mit den Sportverbänden durchführen, zeigt, dass man, wenn man die Sportvereine mit ihren Möglichkeiten und Strukturen nutzt, insbesondere auch für das Thema der Suchtprävention eine Möglichkeit hat, ganz viel zu bewirken. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass auch ein entsprechendes Fortbil-

dungsangebot für die Trainer und Betreuer hergestellt wird. Wir haben das organisiert, indem wir den Ihnen allen bekannten Harald Schmidt gewonnen haben, der die Seminare für dieses Programm durchführt. Und wenn die Trainer und Betreuer in ihrem Vereinsalltag umsetzen, was sie dort lernen, nämlich die Förderung von Lebenskompetenz bei Kindern und Jugendlichen, dann kann man sehr viel tun, um auf diesen Feldern neben anderen Gesundheitsförderungsmöglichkeiten suchtpreventiv wirksam zu werden. Wir können etwa in Studien zeigen, die Zigarette als Einstiegsdroge bei Jugendlichen, die in Sportvereinen Sport treiben, sehr viel weniger verbreitet ist als bei den Jugendlichen, die sich nicht in Sportvereinen betätigen. Es ist offensichtlich ein Zusammenhang zwischen einem erhöhten Gesundheitsbewusstsein festzustellen, das bei Jugendlichen in Sportvereinen vorhanden ist und dem weniger Rauchen, während bei denjenigen, bei denen kein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein vorhanden ist, die Bereitschaft zu rauchen sehr viel ausgeprägter ist. Ich möchte nun, bevor Sie hinterher sagen, aber beim Alkohol ist das doch anders, gleich vorwegnehmen und sagen: Der Alkohol hat eine eigene Problematik, insbesondere bei den Ballspielen. Aber auch da sind wir aktiv. Nur dort haben wir es auch mit Strukturproblemen zu tun. Sie wissen alle, wie sich Sportvereine finanzieren oder vielfältig finanzieren müssen. Insofern gibt es noch Strukturprobleme, die ich hier nicht alle im Einzelnen beschreiben will. Wichtig ist, dass der Ansatz Suchtprävention in Sportvereinen mit dem Konzept „Kinder stark machen“ nicht mit Drogenkunde vermittelt wird, sondern mit einem Ansatz der Le-

benzkompetenzförderung von Kindern und Jugendlichen und unter Einbeziehung von glaubwürdigen Spitzensportlern, die selber auch Vorbildfunktionen neben ihrer präventiven Kompetenz haben. Das ist das Konzept, mit dem wir hier vorgehen und das wir bisher im Rahmen unserer Möglichkeit erfolgreich umsetzen. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Dr. Pott. Herr Kollege Parr hat das Wort. Bitte.

Abg. Parr (FDP): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren. Herr Kollege Lohmann. Natürlich ist eine Gemeinsamkeit zwischen Gesundheits- und Sportpolitikern vorhanden. Als Sportpolitiker müssen wir den Kampf gemeinsam führen, um im Gesundheitsausschuss das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass der Sport dabei eine wichtige Rolle spielt. Die FDP hatte ihren Antrag am 19.02.2003 eingebracht. Ich möchte kurz vier Punkte nennen, warum wir uns entschlossen haben, den Antrag zu stellen:

1. In der Gesundheitsreformdebatte wollen wir den Sport rechtzeitig positionieren und klar machen, dass bei der Gesundheitsreform der Sport und die Bewegung nicht vergessen werden dürfen.
2. Bei der Bewerbung um die Olympischen Spiele hatten wir einen Wettbewerb, bei dem es wichtig war, was die Bewerberstädte etwa für den Schulsport tun. Auch diesen Schwung aus der Olympischen Bewerbung heraus wollen wir für den Sport und insbesondere für den Schulsport nutzen.

3. Bei der Pisa-Studie haben wir Auswirkungen des Sports und der Bewegung auf die Leistungs- und Lernfähigkeit der Kinder und Jugendlichen vor Augen geführt bekommen.

4. Wir reden seit langer Zeit über Prävention, aber bislang fehlt es an konkreten Entwicklungskonzepten. Ich denke, wir müssen nicht weiter darüber reden, sondern wir brauchen klare Konzeptionen, die auch in Handlungen münden.

Ich habe nun zwei Fragen, mit denen ich beginnen möchte: Die erste Frage stelle ich an alle, die sie beantworten möchten. Es geht um die Notwendigkeit eines Präventionsgesetzes. Wir sind als Liberale etwas skeptisch, aber müssen wir eigentlich alles gesetzlich regeln? Frau Dr. Eberle bei Ihrer Stellungnahme habe ich einen Satz gelesen, der mir sehr gefallen hat. Sie sagen, die Verantwortlichkeiten aller relevanten Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens müssen miteinander verzahnt werden. Von daher darf es kein Leistungsgesetz im Sinne eines weiteren Sozialgesetzbuches werden, sinnvoll wäre vielmehr ein Präventionsgrundgesetz oder was mir noch sympathischer wäre, eine verfassungsrechtliche Leitlinie. Wie sehen Sie die Notwendigkeit eines Präventionsgesetzes? Muss das unbedingt sein oder gibt es auch andere Wege?. Die zweite Frage geht auch wieder an alle, die sie beantworten können. Das Deutsche Forum Prävention ist vor einigen Monaten gegründet worden. Ich habe den Eindruck, dass das Deutsche Forum Prävention vor sich hinschlum-

mert. Es fehlt an entsprechenden Arbeitsgrundlagen. Mein Frage dazu: Wie bewerten Sie das Deutsche Forum zur Prävention? Können wir davon wirklich Anstöße erwarten, die in konkrete Handlungen münden? Wie finden Sie den Sport im Deutschen Forum für Prävention positioniert? Reicht das aus? Danke, das waren meine Fragen.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank, Herr Kollege Parr. Sie machen es mir nicht einfach, wenn Sie Ihre Fragen an alle, die sie beantworten können, stellen. Ich möchte die Kolleginnen und Kollegen bitten, dass Sie nach Möglichkeit aufgrund der schriftlichen Stellungnahmen möglichst präzisieren, an wen die Fragen gestellt werden. Ich stelle nun die Frage an die Sachverständigen, wer die Fragen des Kollegen Parr beantworten möchte.

Sv Dr. Ulla Walter (Medizinische Hochschule Hannover – Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsforschung): Vielen Dank. Ich möchte an meine Vorredner und die Bedeutung des Schulsports und der Bewegung in der Schule anknüpfen. Wir haben Erfahrungen, dass das ganz viel bringt. Wir haben einmal die bereits erwähnte Studie, die der AOK-Bundesverband zusammen mit dem DSB gemacht hat. Diese zeigt, dass bereits drei regelmäßige Schulsportstunden in der Woche die körperliche Leistungsfähigkeit verstärken. Wir haben des Weiteren bislang 50 Modellprojekte, die wir gemeinsam mit anderen Kooperationspartnern in Schulen durchführen. Für uns zeigt sich ganz deutlich – auch wenn die Ergebnisse erst in zwei oder drei Jahren auf dem Tisch liegen – dass Gesundheitsförderung

in der Schule ankommt. Die Kinder bewegen sich grundsätzlich sehr gerne. Es müssen nur Angebote da sein, die für Kinder attraktiv sind, die ihnen Spaß machen und wo alle Kinder mitmachen können - auch diejenigen, die nicht so sportlich und etwas ängstlich sind. Wir haben gezeigt, dass gerade in der Schule geeignete Rahmenbedingungen für Bewegungsförderung geschaffen werden können. So kann etwa durch entsprechende dynamische Sitzmöbel erreicht werden, dass während der Unterrichtszeit dieses dynamische Sitzen praktiziert wird und bei den Kindern Bewegung stattfindet. Auch die Unfallgefahr kann durch geeignete Sitzmöbel deutlich reduziert werden. Wir haben in Modellprojekten festgestellt, dass durch bewegungsfreundliche Schulhöfe mit Spielmöglichkeiten die Bewegung zwischen den Schulstunden ganz deutlich gefördert werden kann. Die Schule kann durch Anbieten zusätzlicher Sportarbeitsgruppen, die in die Freizeit verlagert werden können, anregen, dass sich die Kinder in der Freizeit mehr bewegen. In diesem Zusammenhang ist die Zusammenarbeit der Schulen mit den Sportbünden ganz wichtig. Wir haben festgestellt, dass sich nach relativ kurzer Zeit das Körpergefühl und das Selbstvertrauen der Kinder verbessern kann. Das sind alles Punkte, die sehr stark für die Schule sprechen. Nun komme ich zu Ihrer Frage, Herr Abg. Parr, bezüglich des Präventionsgesetzes. Die Krankenkassen – und da spreche ich für alle Krankenkassen – sind sehr gerne bereit, sich in dem Setting Schule weiter und noch stärker zu engagieren und das auch mitzufinanzieren. Gerade auch deswegen, weil wir in der Schule alle Kinder bestimmter Jahrgänge erreichen, auch gerade die sozial Be-

nachteiligten, die wir sonst mit unseren individuellen Angeboten in der Regel gar nicht erreichen. Frau Dr. Pott erwähnte es schon, in der Grundschule erreichen wir die Kinder in einem frühen Alter, wo noch sehr viel machbar ist. Nur, das möchte ich auch dazu sagen, wenn unsere Bemühungen nicht nur weiterhin punktuelle Erfolge in einzelnen Modellprojekten für eine begrenzte Zeit zeigen sollen, dann müssen alle anderen Akteure das ihre mit dazu beitragen. Und zwar nicht nur inhaltlich, sondern auch finanziell. Eine breitenwirksame Bewegung ist notwendig, um die angedeuteten gesundheitliche Effekte zu erzielen. Die Krankenkassen können das nicht allein übernehmen. Dabei müssen alle Akteure mitmachen. Zunächst müssen die engeren Kooperationspartner initiativ werden – damit meine ich die Schulleitungen, die Lehrerkollegen, die Eltern, die Schüler mit den Schulträgern und der öffentliche Gesundheitsdienst. Das ist eine Aufgabe, auf die im Deutschen Forum und in der dazugehörigen Arbeitsgruppe hingearbeitet wird: nämlich ein gesunder Kindergarten und eine gesunde Schule. Wir haben hier alle Akteure auf Bundesebene zusammen und den Akteuren sollte es – das ist auf jeden Fall das Wunschbild – gelingen, diese Kooperationen und Koordinationen zu vereinen, so dass sie dort stattfinden, wo dann auch praktisch etwas umgesetzt werden kann. Es ist aber auch wichtig, dass die Politik auf allen Ebenen – Bund, Länder und Kommunen – ihre Aufgaben wahrnimmt und die Gesundheitsförderung in das Bildungsprogramm integriert, etwa dass Sportkonzepte und die dritte Sportstunde verbindlich gemacht werden. Es kann nicht sein, dass etwa die Lehrerqualifikationen nur in

einzelnen Modellprojekten auf dem Tisch liegen und dann wieder verpuffen. Aus diesem Grund haben wir besonders dafür plädiert, dass, wenn so ein Präventionsgesetz kommt, dieses Präventionsgesetz in Form von weitergehenden Leitlinien im Grundgesetz verankert wird, so dass alle Ressorts in diese Richtung ihre Orientierung haben. Wir sind der Meinung, wenn ein gesamtgesellschaftlicher und auch verpflichtender Leitgedanke zur Prävention in dieser Gesellschaft vorhanden ist, dass wir dann überhaupt erst in der Lage sein werden, ein Gesundheitsbewusstsein in Gang zu bringen. Dankeschön.

Sv Prof. Wolfgang Schlicht (Institut für Sportwissenschaft der Universität Stuttgart):

Ich möchte noch ganz kurz auf das eingehen, was Frau Dr. Eberle gesagt hat. Ich bin ebenfalls wie Sie der Überzeugung, dass wir Bemühungen stärken müssen, um die Beliebtheit aufzuheben. Wir haben seit Mitte der 80er Jahre Appelle der WHO, die alle gesellschaftlichen Organisationen und Institutionen verpflichten sollen, Gesundheitsförderung als eines ihrer Ziele mit zu betreiben. Ich habe aber den Eindruck – nicht aus systematischer wissenschaftlicher Beobachtung, sondern aus einer hinlänglichen oberflächlichen Beobachtung – dass diese Verpflichtung nicht von allen wahrgenommen wird. Es ist in der Tat so, dass es von einer Organisation zur nächsten delegiert wird. Ich denke, wir brauchen so etwas wie in den skandinavischen Ländern, nämlich eine strukturelle Grundlage dafür, dass Prävention auch tatsächlich von den verschiedenen Verantwortlichkeiten übernommen wird. Und dass es nicht dabei bleibt, dass hier die

AOK und dort die BEK beispielsweise die Optionen, die sie haben, nutzen, und andere diese Optionen nicht nutzen. Ganz im Gegenteil, Prävention sollte auch in der Mentalität derjenigen, die Prävention leisten könnten, als ein verpflichtender Charakter erklärt werden. Insofern würde ich ein solches Gesetz sehr unterstützen, um gerade die Mentalität im Hinblick auf mehr Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesellschaft zu stärken. Sie haben in Ihrem Eingangsreferat sehr deutlich gemacht, dass das offensichtlich zumindest im Hinblick auf Bewegung bei weitem nicht der Fall ist, so wie wir uns das vorstellen oder annehmen. Wenn Sie sich die Prävalenz des Sporttreibens im neuesten Bundesgesundheits-survey anschauen, dann ist es sehr selten, dass über 50-Jährige Pokale gewinnen. Wir haben es eher mit Personen zu tun, die überwiegend keine Bewegung an den Tag legen. Es gibt inzwischen in Deutschland etwa ein Drittel Menschen, die nicht in der Lage sind, drei Stockwerke zu bewältigen, ohne zu Schnaufen und ohne außer Atem zu kommen. Es liegt also gewaltig etwas im Argen. Wir können dies nicht der Beliebigkeit überlassen und hoffen, dass sich dieses Sachverhalts irgend jemand annimmt, der sich dazu berufen fühlt. Vielen Dank.

Sv Dr. Ulla Walter (Medizinische Hochschule Hannover – Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsforschung): Ich möchte noch einmal zu dem Präventionsgesetz Stellung nehmen. Ich habe letztes Jahr ein Gutachten für das BMGS dazu verfasst – dieses liegt inzwischen vor und kann abgerufen werden. Ich denke, das Präventionsgesetz hat

verschiedene Aspekte. Einerseits sind es die Sozialen Gesetzbücher, die nebeneinander stehen, die sozusagen von der Bundesebene kommen. Andererseits gibt es die Länderhoheiten. Ein erster Ansatz ist sicherlich, die verschiedensten Sozialgesetzbücher zusammenzubinden. Es gibt Einrichtungen, die bisher sehr stark nebeneinander stehen. Das fängt mit der Arbeitsförderung an bis hin zur Jugendhilfe und Pflege, die bisher kaum von Prävention berührt sind und im Gesetz kaum Erwähnung finden. Wenn man sich einmal anschaut, wie sehr die einzelnen Paragraphen zur Prävention umgesetzt werden, dann ist das sehr unterschiedlich. Es ist abhängig von der Tradition der Institutionen, und häufig geschieht nur etwas auf Druck. Wo eine Kann-Regelung besteht, wird es kaum gemacht. Ich denke, ein Gesetz sollte zum einen die Möglichkeit bieten, die einzelnen bestehenden Paragraphen in den Sozialgesetzbüchern noch einmal zu überdenken, zum anderen sollten diese Paragraphen noch einmal in einem übergeordneten Gesetz zusammengefasst und verbunden werden. Auch die Institutionen sollten miteinander stärker verbunden werden. Man hat das bei den Krankenkassen und Unfallkassen gemacht. Ich denke, nach gut zehn Jahren Erfahrung gibt es dort Ansätze. Entsprechendes könnte man sicherlich auch bei den anderen Trägern positiv bewirken. Des Weiteren ist wichtig, dass man einem Gesetz die Möglichkeiten lassen sollte, Kooperationsverpflichtungen aufzunehmen, aber die regionale Umsetzung offen lässt. Ein gutes Beispiel ist die Zahngesundheit, wo es wirklich ganz gut klappt. Ich möchte noch eines mit auf den Weg geben: Man sollte sich mit einem Präventions-

gesetz Zeit lassen. Es ist ein wichtiger Schritt. Man hat eine einmalige Chance in Deutschland, wenn man das jetzt angeht. Man sollte nicht unter politischem Druck handeln, sondern gut prüfen, was man zusammenbindet. Im SGB V gibt es 12 verschiedene Begriffe für Prävention. Das waren meine Ausführungen zur Prävention. Nachher möchte ich noch ganz gerne etwas zum Thema „Kosten und Sport“ sagen. Vielen Dank.

Sv. Dr. Elisabeth Pott (Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung): Vielen Dank. Ob ein Präventionsgesetz gut ist und erfolgreich ist, hängt sehr davon ab, was darin steht. Und natürlich davon, ob vorher ein klares Konzept darüber vorhanden ist, was man mit diesem Präventionsgesetz erreichen will. Dabei ist ein Punkt sehr wichtig. Wir haben als Ausgangslage eine starke Zersplitterung von Zuständigkeiten mit einer hohen Unklarheit in vielen Bereichen. Aber wir haben auch ein ganz großes Problem, weil wir in einer Situation sind, in der wir eine Bundes-, eine Länder- und eine kommunale Zuständigkeit haben und gleichzeitig auch eine horizontale Vernetzung für notwendig halten. Wir stehen auch vor einem gesetzgeberischen Problem. Wie sollen die verschiedenen Player in diesem Feld zusammenarbeiten? Wie soll die Arbeitsteilung aussehen, wie soll die Verantwortungsverteilung aussehen und wie soll anteilig finanziert werden? Ich glaube, es ist eine ganz schwierige Aufgabe, dies wirklich vernünftig und durchdacht zu lösen. Ein weiterer Punkt, der mir dabei noch besonders wichtig erscheint, ist der, dass man bei einem neuen Gesetz nicht das beeinträchtigt, was vielleicht

im Augenblick an Strukturen vorhanden ist und was gut ist. Es muss hinterher wirklich ein Impuls herauskommen, wenn man ein solches Gesetz macht. Wenn das gelingt, dann hätte ein solches Gesetz wirklich Sinn. Vielen Dank.

Der Vorsitzende: Frau Dr. Pott, bei der Frage, wie es denn geht und wie man es abgrenzt, erhoffen wir uns heute von Ihnen und den anderen Sachverständigen mit Ihrem Sachwissen eine Antwort.

Sv. Dr. Elisabeth Pott (Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung): Entschuldigung. Ich habe es deshalb gesagt, weil gerade hier der Eindruck entsteht, die Kosten oder die Verantwortung sollen nur einem zugeschoben werden. Darüber gibt es sehr viel Unmut. Deshalb habe ich das mit der anteiligen Finanzierung oder mit der Arbeitsteilung noch einmal betont.

Der Vorsitzende: Vielen Dank. Herr Prof. Dickhuth, Sie haben nun das Wort. Bitteschön.

Sv Prof. Dr. med. Hans-Hermann Dickhuth (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention): Herr Abg. Parr, ich werde auf den zweiten Punkt eingehen und zwar auf das Forum für Prävention und Gesundheitsförderung. Wir beschäftigen uns seit langem mit diesen Fragen. Ich muss ganz ehrlich sagen, dass mich die Zusammensetzung erstaunt hat. Körperliche Aktivität und Sport passen zusammen und gehören in jedem Fall in das Gesetz. Wir sind aber dort nicht vertreten. Wir haben zweimal einen Antrag gestellt. Ich darf kurz erklären: Wir vertreten

11 000 Sportmediziner, sind also die unmittelbaren Ansprechpartner einer ganzen Reihe von Gruppen, die im Sportbereich beraten. Wir wurden mit der Begründung nicht aufgenommen, dass uns ja die Bundesärztekammer schon als Organisation vertreten würde. Das ist aber tatsächlich nicht der Fall – zumindest nicht kompetent genug. Ich bin nicht sehr optimistisch, was die Aktivitäten für die Zukunft betrifft, sondern ich habe eher das Gefühl, dass dort diskutiert wird und die zuständigen Ministerien vielleicht das herausziehen, was sie gerade hören wollen, ohne dass man wirklich relativ konkrete Informationen bekommt. Dazu möchte ich ein kleines Beispiel bezüglich der Kostenfrage geben. Es gibt eine große sportmedizinische Untersuchung in der Schweiz, die bei konservativer Rechnung folgendes gezeigt hat: Die direkten Einsparungen von Kosten durch körperliche Aktivität pro Jahr in der Schweiz betragen etwa 2,7 Mrd. Franken. Und das ist eine entscheidende Frage. Dem Sport wird immer vorgeworfen, Kosten zu verursachen. Die Gegenrechnung zeigt, dass sich die direkten Kosten auf 1,1 Mrd. Franken belaufen. Das heißt, Sie können bei konservativer Abschätzung davon ausgehen, dass die Behandlungskosten um etwa 1,5 Mrd. Franken bei einem Bevölkerungsanteil von 6 bis 8 Millionen reduziert werden können. Jetzt können Sie das auf die Bundesrepublik hochrechnen. Selbst wenn dabei nur die Hälfte rauskommt, ist das eine beträchtliche Summe und passt aber in den Gesamtkontext der Wirkung von körperlicher Aktivität – ich sage nicht nur Sport – mit hinein. Deshalb muss man darauf drängen, dass man dieses Forum effektiv strukturiert. So wie es im Moment strukturiert

ist, halte ich nicht sehr viel davon. Das muss ich ganz offen sagen. Vielen Dank.

Sv Dr. Eckart Fiedler (Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse): Herr Abg. Parr, ich möchte noch zum zweiten Teil Ihrer Frage „Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ kurz Stellung nehmen. Ich habe aus Ihrer Frage eine gewisse Skepsis herausgehört. Diese kann man teilen, wenn man sieht, was bisher öffentlichkeitswirksam aus der Arbeit des Forums herausgekommen ist. Allerdings kommen von dort sehr viele wertvolle Anstöße. Das Problem ist, dass für Öffentlichkeitsarbeit, Projekte und vieles mehr, was den Grundgedanken der Prävention vorantreiben könnte, das Geld fehlt. Es stellt sich die Frage, ob man einen Gemeinschaftsfonds schaffen kann, um diesem Forum auch eine Möglichkeit zu bieten, Dinge praktisch zu initiieren und umzusetzen. Im Gesundheitsmodernisierungsgesetz ist ja zumindest vorgesehen, dass 25 % der Gelder des § 20 in einen Gemeinschaftsfonds fließen sollen und dann nach den Vorgaben des Forums für die Prävention verausgabt werden. Ob das ein richtiger Weg ist, will ich einmal dahingestellt lassen. Man kann durchaus Zweifel haben, weil das knappe Geld jetzt noch für etwas anderes eingesetzt wird. Zumal sich auch die Frage stellt, ob es richtig ist, diese Gemeinschaftsaufgabe unserer Gesellschaft nur denjenigen finanziell aufzubürden, die in der sozialen Krankenversicherung sind. Ich halte den Grundgedanken, der hier aufgegriffen wurde, nämlich diesem Forum auch einen Fonds zur Verfügung zu stellen, für richtig und wichtig. Ich glaube auch, dass das die Grundbedingung

dafür wäre, dass diese Arbeit wirklich nach außen dringen kann. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Ich lese jetzt einmal die mir vorliegenden Wortmeldungen meiner Kolleginnen und Kollegen vor: Frau Abg. Kaupa, Herr Abg. Hermann, Frau Abg. Freitag, Herr Abg. Riegert, Herr Abg. Büttner, Herr Abg. Dr. Danckert und Herr Abg. Hemker. Frau Abg. Kaupa, ich darf Ihnen das Wort geben. Bitteschön.

Abg. Frau Kaupa (CDU/CSU): Liebe Kolleginnen und Kollegen, verehrte Sachverständige, wir alle sind uns einig, dass die Menschen in unserem Land zu wenig Bewegung haben. Nicht alle, aber die meisten. Dadurch entstehen Kosten im Gesundheitswesen. Wir sind alle gefordert, uns zu überlegen, wie wir das verändern können. Herr Prof. Schlicht, Sie haben vorhin von Zahlen gesprochen. Liegen Ihnen Zahlen vor, die für Deutschland gelten? Denn nur wenn wir wissen, was wir einsparen können, dann wissen wir auch, was wir investieren wollen und ausgeben können. Herr Dr. Fiedler und Frau Dr. Eberle, Sie haben vorhin das Bonussystem angesprochen. Haben Sie sich schon Gedanken darüber gemacht, was man sonst noch an Anreizmöglichkeiten anbieten könnte, etwa eine Verknüpfung des Beitragsatzes mit der Prävention, eine Beitragsrückerstattung, Übernahme der Kosten der Prävention, Abstrafung von Rauchern oder ähnliches. Wenn Sie Präventionsangebote machen, dann haben Sie bestimmt schon gehört, dass nicht alle Gruppen gleich angesprochen werden. Manche sind eher erreichbar als andere. Haben Sie Konzepte, die besagen, wie welche Gruppe

erreicht wird? Werden bei den Kinderärzten und bei den Vorsorgeuntersuchungen die Eltern darauf hingewiesen, wenn ein Bewegungsmangel vorliegt?

Es wurde ja schon darauf hingewiesen, dass kein Geld vorhanden ist. Hier muss man vielleicht kreativ sein und an Umschichtungen denken. Vielen Dank.

Sv Prof. Wolfgang Schlicht (Institut für Sportwissenschaft der Universität Stuttgart): Danke für die Frage, die ja zweigeteilt ist. Ihre Frage, ob es Daten bezüglich Zahlen für Deutschland gibt, kann ich folgendermaßen beantworten: Es gibt sehr variable Daten aus der jüngsten Zeit für Deutschland, die etwas über die Verbreitungsrate von körperlicher Aktivität aussagen. Und diese Daten sind ausgesprochen erschreckend, weil mit zunehmendem Lebensalter derjenige Anteil der Menschen, die sportlich in einem hinreichenden Maße aktiv sind – und hier wird ein relativ niedriges Kriterium gesetzt – geringer wird. Hinreichende Aktivität bedeutet bei einem 80 Kilo schweren Mann etwa zwei Stunden Aktivität im moderaten Tempo in der Woche. Dieses erreichen etwa in der Gruppe der 50 – bis 55-Jährigen gerade einmal zwischen 10 % und 15 % der Männer in Deutschland. Der Rest erreicht dieses Kriterium nicht. Was aus meiner Sicht allerdings wesentlich schlimmer ist, sind die aktuellen Daten, die mir freundlicherweise der Kollege Dr. Boes aus Karlsruhe zur Verfügung gestellt hat. Herr Dr. Boes macht eine Längsschnittstudie, die sich mit der motorischen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Von 1975 bis 2000

ist mit Ausnahme des Körpergewichtes, bei dem wir eine Zunahme verzeichnen, in allen anderen Leistungsparametern ein 10 bis 20 %iger Rückgang bei Grundschulkindern zu verzeichnen. Und das ist meiner Meinung nach ein dramatischer Trend, dem man unbedingt entgegenwirken müsste. Die zweite Frage zielt ein wenig auf das, was Herr Prof. Dr. Dickhuth gesagt hat. Ich möchte etwas ausweichend antworten. Im Hinblick auf die Kosten-Nutzen-Analysen der Bewegung und des Sports in Deutschland haben wir derzeit keine Längsschnittstudien haben, auf deren Grundlage wir dezidiert sagen könnten, wie hoch die Einsparung oder Kostendeckung ist. Es wäre allerdings dringend geboten, dieses zu tun. Wir haben aber die genannten Zahlen aus der Schweiz vorliegen. Wir haben aber die von Ihnen am Anfang genannten Zahlen bezüglich der Kostenersparnis in Höhe von 20 bis 30 %. Ich halte das im Hinblick auf das, was wir bei Kindern und Jugendlichen erleben, für durchaus plausibel oder möglicherweise für die nächsten 25 Jahre noch eher unter- als überschätzt. Vielen Dank.

Sv Dr. Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband – Abt. Prävention): Sie hatten gefragt, ob wir für ein Bonus- oder Malusystem sind. Eine Belohnung von gesundheitsbewusstem Verhalten ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Dabei müssen die Krankenkassen allerdings ein paar Voraussetzungen beachten. Zum einen darf ein Bonussystem nicht das Solidarprinzip verletzen. Wir können nicht zulassen, dass nur Gesunde oder ganz bestimmte Gruppen gefördert werden. Es darf keine soziale Diskriminierung erfolgen und es

darf vor allen Dingen auch keine Kostenausweitung erfolgen. Hier muss man sehr genau und vorsichtig kalkulieren. Ich komme noch einmal auf den Punkt Kosten. Ich glaube nicht, dass die Teilnahme an bestimmten Präventionsmaßnahmen direkt zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen führt. Zum einen wissen wir alle, dass das individuelle Verhalten ein wichtiger Faktor ist. Ich will damit nicht sagen, dass die Eigenverantwortung nicht gestärkt werden muss. Aber es ist nur einer unter verschiedenen Faktoren. Viele Faktoren kann der Einzelne überhaupt nicht selbst beeinflussen. Wir müssen auch schauen, welche Kausalität zwischen einem bestimmten Verhalten und dem Entstehen einer Krankheit besteht. Da kommen wir auch zu der Erkenntnis, dass in einzelnen Fällen eine Kausalität besteht, aber eben nicht durchgängig. Wir kennen das aus der Zahnprävention, die hier schon erwähnt wurde, dort gibt es das. Da haben wir es. Wir haben es aber nicht bei unspezifischen Verhaltenspräventionen wie etwa gesunde Ernährung. Fehlende Kausalität ist auch der Grund, warum etwa ein Malusystem nicht durchgesetzt werden könnte. Ich möchte noch etwas zu den erwähnten 25- bis 30 %-Kosteneinsparungen, die der Sachverständigenrat in seinem Gutachten im Jahre 2001 genannt hat, sagen. Es ist ausdrücklich immer die Rede von Kosteneinsparpotenzialen. Außerdem sind es Bruttopotenziale, von denen Sie auch noch die Kosten für die Prävention abziehen müssen. Man muss sich hüten, eine Milchmädchenrechnung aufzustellen, die besagt, dass die Krankenkassen 30 % einsparen würden. Wir sind der Meinung, dass man Prävention nicht vordringlich unter diesem Kos-

teneinspareffekt sehen sollte, sondern unter dem Gesichtspunkt des Nutzens für die Gesundheit. Und das muss nicht immer identisch sein. Das ist das große Problem. Vielen Dank.

Sv Dr. Eckart Fiedler (Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse): Noch einmal zum Bonus/Malussystem. Hierbei geht es auch schlicht um die Frage des Nachweises. Wenn ich einen Malus einführen würde, etwa bei Rauchen oder Übergewicht, müsste ich den Malus dem Individuum nachweisen. Das ist nicht möglich. Führe ich einen Bonus ein, muss der Einzelne mir nachweisen, ob er das erreicht hat, weil er den Bonus bekommen will. Von daher ist auf der Seite der Praktikabilität die Frage Bonus/Malussystem meiner Meinung nach nur in Richtung Bonus zu entscheiden. Natürlich gibt es daneben die Möglichkeit des Malus, etwa über eine Steuererhöhung beim Tabak. Den Raucher könnte ich stärker ins Obligo nehmen und das Geld dann in einen Bereich geben, der der Gesellschaft oder der sozialen Krankenversicherung zugute käme. Von daher haben wir uns auch für diesen Weg entschieden. Wir haben ein Bonusmodell in unsere Satzung aufgenommen – ich erwähnte vorhin schon, dass es allerdings noch nicht aufsichtsrechtlich genehmigt ist. Nach heute geltendem Recht darf ich nur dann einen Bonus zahlen, wenn der Versicherte oder die Versicherte sich beim Hausarzt einschreibt. Das ist die erste Bedingung. Die Einschreibung beim Hausarzt hat den Hintergedanken, dass durch eine koordinierte Inanspruchnahme des Systems insgesamt sparsamer mit den Ressourcen umgegangen wird. Wir haben dieses mit einem Nachweis eines gesundheitsfördernden

den Verhaltens verknüpft, was dann dazu führt, dass ein Bonus ausgeworfen wird, wenn man sich ein Jahr lang in dieses System einschreibt. Die Höhe des Bonus richtet sich nach den Einsparungen, die dadurch erzielt werden konnten. In jedem Fall werden wir aber einen Bonus im Sinne einer Sachleistungsprämie auswerfen, wenn keine Einsparungen vorhanden sind. Durch die Haushaltseinsparungen wird der finanzielle Bonus allerdings nicht gerade üppig ausfallen. Die Vorschriften, die im Gesundheitsmodernisierungsgesetz vorgesehen sind, sind sehr viel offener – hier gibt es Ansätze, die ganz andere Vorgehensweise ermöglichen würden. Wir würden es begrüßen, wenn es möglich wäre, über weitergehende Anreize eines gesundheitsfördernden Verhaltens nachzudenken. Allerdings muss das, wie Frau Dr. Eberle es schon sagte, sehr unter dem Aspekt der Qualität gesehen werden. Es müssen ganz klare Vorgaben darüber gemacht werden, was im Sinne eines gesundheitsfördernden Verhaltens zu tun ist. Wir haben es ja heute schon in den Vergaben der Gelder des § 20 geregelt. Dort sind einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände deutlich definiert sind, etwa wo und unter welchen Qualitätsaspekten solche Kurse gefördert werden können. So muss es auch hier sein. Anreize müssen klar definiert und qualitätsgesichert sein. Diese Anreize können darin liegen, dass Zuzahlungen wegfallen – das kann die Krankenkasse entscheiden. Damit wäre das indirekt ein Bonus und Malus. Nämlich für den, der es macht, fällt keine Zuzahlung an, und für den, der es nicht macht, eine Zuzahlung. Eine Beitragsreduzierung halte ich persönlich für sehr schwer, weil dahinter dann sofort finanzielle

Dimensionen stehen, die, wie Frau Dr. Eberle schon sagte, den Solidarausgleich gefährden. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Die nächste Wortmeldung hat der Kollege Hermann.

Abg. Hermann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Meine Fragen schließen sich an die Fragen meiner Kolleginnen und Kollegen an. Sie haben unter anderem gesagt, dass es nicht nur eine Geldfrage ist. Wenn wir als Abgeordnete in dieser Anhörung so penetrant nach dem Geld und einem kurzen Nutzeneffekt fragen, dann deswegen, weil ich glaube, dass es ein Grundproblem der Debatte ist, dass jeder sagt, Prävention bringt etwas. Es liegen aber nicht in genügender Weise – zumindest im politischem Raum – Zahlen auf dem Tisch. Und Zahlen wären in der aktuellen Situation absolut entscheidend. Dazu möchte ich auch Fragen stellen. Zur Bedeutung dieser Anhörung möchte ich sagen, dass es ein Problem der Prävention ist, dass ein Teil unserer Gesellschaft glaubt, dass Prävention gut und richtig ist und die Gefahr groß ist, dass daraus nichts wird. Der andere Teil der Gesellschaft hält Prävention für unnötig. Wir müssen es jetzt in der Gesundheitsreform schaffen, dass diese Prävention in anderer Art und Weise relevant nachgewiesen wird und abgesichert ins Spiel kommt.

Nun möchte ich zu meinen Fragen kommen. Frau Dr. Walter, ich möchte Sie bitten, ein paar Grunddaten zur Präventionsökonomie zu sagen. Können Sie dazu etwas auf die

Bundesrepublik Deutschland bezogen sagen? Herr Prof. Dickhuth hat die Schweiz angesprochen, wo Untersuchungen stattgefunden haben. In Skandinavien gibt es etwa für bestimmte Bereiche Präventionsprogramme, die schon seit 10, 20 oder 30 Jahren bestehen, so dass man vermuten kann, dass sich dort etwas verändert hat. Vielleicht können Sie einmal etwas dazu sagen, was Prävention bringen kann, wenn sie konsequent über Jahre verfolgt wird, damit man eine Reihe von substanziellen Zahlen auf dem Tisch hat.

Meine zweite Frage richtet sich an die Vertreter der Krankenkassen. Wir waren damals froh, dass wir es geschafft haben, den 5-DM-Präventionsbeitrag hereinzuholen. Auf der anderen Seite haben wir alle gelacht, weil dieser Betrag gering ist im Vergleich zu den Krankheitsausgaben. Wie beurteilen Sie vor dem Hintergrund der Erfahrungen die Höhe dieses Betrages? Was müsste aus Ihrer Sicht seitens der Krankenkassen für Präventionsprojekte und Strategien ausgegeben werden?

Meine Frage an Herrn Prof. Schlicht und Herrn Prof. Dickhuth. Vielleicht können Sie aus Ihrer medizinischen und sportwissenschaftlichen Sicht einmal erläutern, wo Ihrer Meinung nach zur Zeit die Hauptrisiken der Nichtprävention liegen. Wo entstehen zur Zeit Entwicklungen wie Bewegungsarmut? Also Risiken, die uns in 20 oder 30 Jahren teuer zu stehen kommen. Jetzt haben wir noch die Chance, durch eine andere Politik und Strategie etwas zu bewegen.

Jetzt komme ich zu meiner letzten Frage, die vielleicht von den bisher angesprochen Sachverständigen aufgegriffen werden kann. Ich glaube, dass ein Präventionsgesetz alleine nicht ausreicht. Meiner Meinung nach braucht man eine Gesamtstrategie. Mich würde Ihre Meinung interessieren, wie man verantwortlich die Arbeitsteilung und die Koordination organisieren kann. Was auch nicht sein kann, ist, dass die Krankenkassen auf die Schulen verweisen und die Schulen ihrerseits auf die Krankenkassen. Dieses System der kollektiven Verantwortungslosigkeit müssen wir durchbrechen und umwandeln in eine kollektive Verantwortung, wo jeder das macht, was er am besten kann. Das müsste in etwa das Prinzip des Gesetzes sein. Dazu hätte ich gerne von Ihnen ihre Meinung gehört. Danke.

Sv Ulla Walter (Medizinische Hochschule Hannover – Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsforschung):

Vielen Dank. Sie hatten nach den Kosten und den Langzeiteffekten gefragt sowie nach Sportprävention. Bei den Kosten möchte ich auf eine Studie zurückgreifen, die wir mit der AOK Niedersachsen durchgeführt haben. Dabei haben wir ein Rückenschulprogramm gemacht, das für Personen mit chronischen Rückenbeschwerden ausgewählt wurde. Rückenbeschwerden sind die häufigste Arbeitsunfähigkeitsursache. Wir haben die Personen anhand der Arbeitsunfähigkeitsdaten identifiziert, sie dann angeschrieben und das Rückenschulprogramm angeboten. Das Rückenschulprogramm hatte eine Dauer von über 5 Wochen. Es stellte sich heraus, dass die Personen, die an diesem

Rückenschulprogramm teilgenommen haben, nach einem Jahr deutlich weniger an Schmerzen litten. Interessant ist, dass die Personen, die an diesem Rückenschulprogramm teilgenommen haben, 18,5 Arbeitsunfähigkeitstage weniger hatten als diejenigen, die nicht teilgenommen haben. Und das ist schon eine ganze Menge. Wenn man eine ökonomische Evaluation anschließt an das, was wir gemacht haben, dann zeigt sich das unter volkswirtschaftlicher Betrachtung folgendermaßen: Investiert man 1 Euro, bekommt man 3,2 Euro zurück. Betrachtet man es einzelwirtschaftlich für die Krankenkassen, die für die Krankengeldleistungen zuständig sind, so kommen bei einer Investition von 1 Euro 1,3 Euro heraus. Es lohnt sich also auf alle Fälle. Wie bei allen Präventionsprogrammen ist es wichtig, dass man ganz gezielt eine Zielgruppe auswählt und die auch rekrutiert und anspricht. Sie hatten auch die Frage der Erreichbarkeit angesprochen. Ich denke, das ist ein ganz wichtiger Punkt. Wie erreichen wir die Personen, die tatsächlich die höheren Risiken haben, etwa diejenigen, die sich nicht bewegen und sich nicht gesund ernähren. Ich denke, dabei reicht es nicht aus, einfach nur zu informieren, sondern man muss aktive Rekrutierungsstrategien wählen. Das ist zwar aufwendig und verursacht erst einmal Kosten. Wir haben aber mit dem Rückenprogramm deutlich gezeigt, dass es sich lohnt und etwas bringt. Die Hälfte der Kosten fielen dabei in die Rekrutierung hinein, aber es hat ja trotzdem einen Return on Investment gebracht. Was die Erreichbarkeit angeht, gibt es international wenige Studien. Man fängt jetzt erst damit an.

Für den Herz-Kreislauf-Bereich gibt es auch eine Studie. Mit aufwendiger Rekrutierung hat sich gezeigt, dass wir durchaus auch Personen gewinnen können, die seit 10 Jahren nichts gemacht haben. Wir können dort auch akzeptable Änderungen des Mortalitätsrisikos im Herz-Kreislauf-Bereich von 15 bis 25 % erreichen.

Ihre nächste Frage war die nach den Langzeitbeobachtungen. Hierbei ist das finnische Programm ganz klassisch, welches seit 25 Jahren besteht. Im Sachverständigenratsgutachten ist das auch ausführlich dargestellt worden. Sie haben vielfältige Strategien, nicht nur Bewegung im Kindergarten und Schulen, sondern Trainingsprogramme für Personen mit erhöhtem Blutdruck, ernährungsbezogene Maßnahmen bis hin zum Anbau einer neuen cholesterinarmen Rapssorte. Ich denke, das ist wichtig, weil es zeigt, dass man viele abgestimmte Maßnahmen braucht. Es reicht nicht aus, sich alleine auf die Bewegung zu focussieren. Bewegung und Ernährung ist wichtig. Und es ist wichtig, in einer einheitlichen Botschaft zu sprechen. Und nicht nur einmal, sondern über Jahrzehnte hinweg. Wichtig ist auch eine adäquate Verbreitung durch die Medien. In Finnland gibt es auch Studien zu Diabetes, die durchaus zeigen, dass diese Krankheit rückläufig wird, wenn man auf die Leute zugeht und ihnen zeigt, wie sie sich besser bewegen und ernähren können. Vielen Dank.

Sv Prof. Dr. med. Hans-Hermann Dickhuth (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention): Wenn ich auf Kongressen sehe, was derzeit an Informationen läuft, scheint es so zu sein, dass die Kinder und Jugendlichen ein großes Problem darstellen. Wir werden mit ihnen in 20 oder 30 Jahren ein riesiges Problem haben, denn das, was sie jetzt versäumen, werden sie später sehr schwer korrigieren können. Das heißt, es wird eine Reihe von Folgekosten auf uns zukommen. Die zweite Entwicklung, die uns demografisch sehr stark beschäftigt, ist die Zunahme der älteren Menschen. Wir müssen versuchen, die Krankenzeit, die ältere Menschen haben, zu komprimieren. Das gelingt zum Teil mit körperlicher Aktivität. Ältere Menschen werden zwar häufiger krank, aber die Zeit, in denen sie inaktiv sind oder sich nicht selbst versorgen können, muss man komprimieren. Dabei spielt der Sport und die körperlicher Aktivität eine sehr große Rolle. Das weiß man und das muss umgesetzt werden. Das ist ein ganz wichtiger Punkt, weil er von den Kosten her sehr bedeutsam ist. Denn alle Maßnahmen, die wir treffen, um lebensverlängernd zu wirken, werden natürlich auch viel teurer werden. Das heißt, die Krankenkosten steigen in jeden Fall.

Sv Dr. Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband – Abt. Prävention): Herr Dr. Fiedler und ich sind gefragt worden, was an Präventionsmitteln seitens der Krankenkassen ausgegeben werden muss. Wir geben insbesondere für die Primärprävention weniger als 1 % der Gesamtkosten aus. Das ist mit Sicherheit viel zu wenig. Sie können sicher sein, dass die Krankenkassen gerne sehr viel mehr für Prä-

vention ausgeben würden. Nur haben wir das Problem, dass wir die Mark, die wir einnehmen, nur einmal ausgeben können. Und wir sind heute mehr denn je an die Beitragssatzstabilität gebunden. Die Diskussion um die Lohnnebenkosten, die heute geführt wird und auch die Überlegungen, die daraus erwachsen, zeigt, dass wir an eine Anhebung der Beitragssätze nicht denken können. Wenn ich jetzt einen höheren Anteil der verfügbaren Gelder für Prävention ausgeben möchte, dann muss ich das natürlich irgendwo anders einsparen. Dabei habe ich nur zwei Möglichkeiten. Entweder ich finde Rationalisierungspotenziale, die ich auch politisch durchsetzen kann oder aber ich muss umschichten. Das heißt, ich muss Mittel aus bestimmten Leistungsbereichen, die wir finanzieren, herausholen und in die Prävention stecken. Das ist natürlich auch eine Frage der politischen Durchsetzbarkeit. Von daher ist es für uns schwierig zu sagen, was wir ausgeben wollen. Wir würden gerne mehr ausgeben, aber wir haben nicht irgendwelche Sparkonten, die wir für irgendwelche Zwecke aufbewahren und wo wir sagen können, die sollen jetzt in die Prävention fließen. Im Gegenteil –, ich kann es nur für die AOK sagen – wir haben eine deutlich rückläufige Einnahmesituation. Von daher stehen wir vor dem Problem, woher wir das Geld für die Prävention nehmen sollen. Es ist auch eine Aufgabe, bei einer Reform zu fragen, wo etwas zu rationalisieren ist, wo man Einsparungen machen kann und ob diese eingesparten Gelder dann in die Prävention fließen können.

Und nun noch zum 5-DM Präventionsbetrag. Die Tatsache, dass wir diesen Betrag nicht

ausgegeben haben, hängt damit zusammen, dass wir im Jahre 2001 definitiv die Qualitätsleitlinien verabschiedet haben. Dabei waren einige Krankenkassen vorsichtig. Es liegt allerdings auch daran, dass einige Krankenkassen vor einer prekären Einnahmesituation stehen und ihn nicht ausgeben können. Es wird uns wenig nützen, wenn nicht noch Geld für die Prävention flüssig gemacht werden kann. Das ist unser Problem. Vielen Dank.

Abg. Dr. Danckert (SPD): Ich muss die Sachverständigen um Ihr Verständnis dafür bitten, dass wir die Sitzung wegen einer Abstimmung im Plenum unterbrechen müssen.

(Sitzungsunterbrechung)

Der **Vorsitzende:** Meine Damen und Herren, ich darf Sie bitten, wieder Platz zu nehmen. Wir können mit unserer Anhörung fortfahren. Ich möchte Ihnen noch sagen, dass ich die Anhörung um 18.00 Uhr pünktlich beenden möchte, um unseren Gästen die Möglichkeit zu geben, wie geplant die Rückreise anzutreten. Da wir eine Unterbrechung hatten, fehlt uns nun etwas Zeit, so dass wir das Tempo erhöhen müssen. Herr Kollege Parr, Sie haben noch eine Zwischenfrage. Bitteschön. Danach hat Herr Dr. Fiedler das Wort. Herr Kollege Hermann hatte vor der Unterbrechung eine Frage an ihn gestellt.

Abg. Parr (FDP): Ich finde es wichtig, dass wir uns über die Umsetzungsstrategien unterhalten. Ich denke, das ist der Sinn der Anhörung. Über Defizite und Probleme haben

Sie uns schon viel gesagt. Ich bitte auch den Bereich Rehabilitation mit einzubeziehen, denn Rehasport ist auch ganz wichtig.

Sv Dr. Eckart Fiedler (Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse): Ich möchte noch einmal auf die Frage der Höhe des Betrages für Leistungen im § 20 Absatz 1 SGB zurückkommen. Derzeit beläuft sich der Betrag auf 2,56 Euro. Ich möchte unterstreichen, dass diese Leistungen heute im Gegensatz zu früher nur qualitätswirkend gesichert erbracht werden dürfen. Wenn wir zukünftig für gesundheitsförderndes Verhalten Anreize vorsehen, inwieweit es dann sinnvoll ist, hier einen Betrag zu nennen. Oder sollte man es der Krankenkasse überlassen, darüber zu entscheiden? Die Krankenkasse trägt die Verantwortung im Hinblick auf den Beitragssatz. Sie kann aber auch eine Kostensenkung anstreben. Deswegen würde ich für diesen Punkt die Grenzen ganz herausnehmen. Daneben haben wir – Herr Abg. Parr hat das soeben noch einmal angesprochen – den Rehasport, der ja außerhalb dieser Förderung läuft. Wir geben derzeit für Rehasport etwa 10 Mio. Euro im Jahr aus. Zur Zeit wird eine neue Grundlage zwischen den Trägern der Rehabilitation erarbeitet. Die Rahmenvereinbarungen stehen kurz vor der Unterzeichnung. Die Maßnahmen würden dann zunehmen. Das heißt, dass wir dort auch mehr Gelder investieren müssten – letztendlich natürlich mit dem Ziel, dass die chronischen Erkrankungen gestoppt werden würden.

Wir haben noch den Bereich des Werbeetats, welcher auf 3.65 Euro pro Mitglied begrenzt ist. Diesen Beitrag geben wir ganz gezielt für

die Prävention aus, und zwar für unsere Kampagne „Prävention aktiv“ und daneben für Vereinbarungen und Förderungen im Deutschen Sportbund. Das heißt, auch diese Mittel setzen wir gezielt für Prävention ein. Danke.

Sv Prof. Dr. Herbert Löllgen (Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention): Ich möchte ganz kurz zwei Gruppen ansprechen, die bisher noch nicht oder kaum erwähnt wurden. Als erstes möchte ich die älteren Menschen nennen, die meiner Meinung nach auch einer körperlichen Aktivität bedürfen. Die zweite Gruppe sind die Ärzte.

Zunächst zu den älteren Menschen. Ich persönlich bin der Meinung, dass wir gerade bei den älteren Menschen zunächst einmal den Begriff Sport vermeiden sollten. Dieser Begriff führt bei älteren Menschen zu einer Abwehralhaltung. Was wir aber sehen, ist, dass 65-jährige und Ältere sich zu einem ganz geringen Prozentsatz körperlich bewegen. Die Umwelt tut das ihrige dazu, sie an dieser Bewegung zu hindern – sei es durch Rolltreppen oder Aufzüge. Ich weiß nicht, wer von Ihnen hier die Treppe zu Fuß heraufgegangen ist oder wer mit dem Aufzug gekommen ist. Das sind ganz simple Dinge. Die Menschen sind noch nicht einmal in der Lage, die Aktivitäten des täglichen Lebens sinnvoll zu gestalten. Meines Erachtens wäre das eine ganz wichtige praktische Umsetzung. Außerdem sollten wir bei älteren Menschen nicht nur den Wert auf Ausdauer legen, sondern auch auf Flexibilität und Krafttraining. Wir wissen, dass auch ältere und kranke Menschen ein Krafttraining ohne Ge-

fährdung absolvieren können. Es gibt gesicherte Studien darüber, dass diese Menschen durch ein gezieltes Training seltener stürzen und seltener Oberschenkelhalsfrakturen bekommen. Das kann natürlich nicht der Betreffende allein gestalten. Hierfür müssen Anreize gegeben werden, dass sie in zertifizierte Studios oder Vereine gehen. Meines Erachtens ist es außerordentlich wichtig, an diese ältere Menschengruppe heranzukommen, weil man dann wirklich viele Krankenkosten einsparen könnte. Als Krankenhausarzt sehe ich, dass wir viele Patienten betreuen, die wirklich nur krank sind, weil sie sich nicht bewegen. Das Dilemma ist natürlich, dass sie im Krankenhaus noch kränker werden, weil es im Krankenhaus so gut wie keine Krankengymnastik oder Sportlehrer gibt. Die meisten Krankenhäuser machen die Kranken noch kränker als sie es bisher sind. Das muss man so deutlich sagen.

Nun komme ich zu der Arztgruppe. Ich darf daran erinnern, dass erst seit dem vorigen Jahr die Ausbildung Sportmedizin in die Approbationsordnung aufgenommen wurde. Das heißt, wir haben 125000 niedergelassene Ärzte, die alle in ihrer Ausbildung allenfalls freiwillig oder gar nichts über Sportmedizin, über körperliche Aktivität und sonstige Dinge erfahren haben. Wir müssen uns bemühen, diese Ärzte erst einmal zu informieren, damit sie ihren Patienten vernünftige Verhaltensregeln empfehlen können. Es genügt nicht, wenn der Hausarzt sagt, du musst dich jetzt erst einmal mehr bewegen, sondern er muss ihm konkret sagen, wie ein Trainingsprogramm aussieht und was er beachten muss. Auch welche Vor-

sorgeuntersuchung er braucht – darüber haben wir noch gar nicht gesprochen. Sollen wir alle zu einem Sport schicken und die Betroffenen gefährden? Brauchen wir bei den über 35-jährigen Übergewichtigen oder Rauchern nicht eine Vorsorgeuntersuchung? Das ist auch nicht angesprochen worden. Die Zahl der Lehrstühle für Sportmedizin ist drastisch zurückgegangen. In NRW sind mehrere Lehrstühle überhaupt nicht besetzt. Das heißt, wir stehen vor der Frage, wie wir unsere Studenten – die angehenden Ärzte – überhaupt über dieses Thema informieren können. Ich möchte das einfach einmal so im Raum stehen lassen. Ich möchte allerdings etwas korrigieren. Es wurde immer gesagt, dass die Raucher relativ hohe Kosten verursachen. Ich glaube, wir sollten den Rauchern – so makaber das klingt - dankbar sein, denn sie entlasten das Rentensystem ganz erheblich. Häufig erreichen Sie gar nicht die Altersgrenze von 60 Jahren. Das muss man so krass sagen. Danke.

Sv Prof. Wolfgang Schlicht (Institut für Sportwissenschaft der Universität Stuttgart): Ich möchte zu der Frage von Herrn Abg. Hermann nur zwei kurze Bemerkungen machen. Wir betonen heute in der Debatte hier die Risikominderungspotenziale von Prävention und Bewegung. Ich möchte gerne das Augenmerk auf die Ressourcenstärkung legen. Selbst mit jeder Krankheit, die wir durch Bewegung, Sport oder andere Präventionsmaßnahmen aus der Welt schaffen, lösen wir nicht das generelle Problem, nämlich dass die Menschen erkranken und sterben. Wir haben also immer eine konkurrierende Morbidität. Mit Ausnahme bei der Zahngesundheit, bei der man sich

durch Zahnprophylaxe nichts anderes einfängt. Wichtig erscheint mir, und das gerade im Hinblick auf die Kinder und Jugendlichen, dass wir sehr frühzeitig die Ressourcenstärkung vorantreiben. Wir haben heute Zahlen, die relativ bitter sind, nicht nur im Hinblick auf das motorische Leistungsniveau, sondern gerade auch im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen. Und das ist etwas, was uns nicht Morgen beschäftigen wird, sondern in 20 oder 30 Jahren. Über diesen Sachverhalt muss man nachdenken.

Herr Abg. Hermann, Sie haben gebeten, dass wir etwas stärker auf die Frage des Rehasports und die Umsetzung eingehen. Wir haben uns gerade in der Statuskonferenz Psychokardiologie mit einer Expertise beschäftigt, die nachvollzieht und nachverfolgt, was eigentlich mit Menschen geschieht, die den Infarkt überleben? Sie sollten sich nach einer fundierten Therapie an ihrem Heimatort einer ambulanten Herzgruppe anschließen, die ihnen die Möglichkeit bietet, im Alltag eine für sie spezifische Bewegung weiterzubetreiben. Wenn Sie etwa von 100 Personen ausgehen, die die Klinik verlassen, und für die eine Indikation gegeben wird, wie sie sich körperlich zu betätigen haben, dann gehen in diese Gruppen – und das sind immerhin in Deutschland um die 6000 – gerade einmal um die 20 %. Und nach einem halben Jahr sind davon lediglich noch 15 % bei der Stange geblieben. Was mir fehlt, ist, dass wir etwas implementieren, was man in angelsächsischen Ländern Nurses nennt. Also hochqualifizierte Begleiter der Patienten im Alltag. Wir entlassen die Leute in der Rehabilitation

aus einem sehr isolierten Setting in den Alltag mit all den Barrieren, die sich dann aufürmen, um wieder Bewegung oder Prävention im Sinne der Sekundärprävention zu betreiben. Wir begleiten sie allerdings nicht weiter. Sie haben keine Anlaufstelle, wo sie nachfragen können, die ihnen bei ihrer Unsicherheit und ihren negativen Konsequenzerwartungen im Hinblick auf das Sporttreiben helfen könnten. Denn sie haben natürlich Angst, dass sie sich mehr Schaden zufügen als das sie Nutzen haben. Und sie haben auch Umsetzungsprobleme. Wir haben niemand, der sie dabei begleitet. Es ist dringend notwendig, dass wir hierfür Anlaufstellen schaffen, die Abhilfe schaffen – nicht für die Motivierung, sondern für die Bindung der Menschen an Bewegung und Sport.

Ein zweites Problem ist die Tatsache, dass wir im Wesentlichen in der Prävention Personen finden, die wissen, worum es geht, nämlich Mittelschichtangehörige, die sich sehr wohl ihrer eigenen Verantwortung bewusst sind. Bei Menschen, die es nötig hätten, finden wir leider eher weniger Personen, die sich eigenverantwortlich um diesen Bereich kümmern. Inzwischen bin ich auch aufgrund der Erfahrungen von eigenen Kampagnen der Meinung, dass man diesen Bereich wesentlich stärker mit medialer Aufbereitung vernetzen müsste. Und zwar nicht nur mit dem, was wir klassischer Weise mit irgendwelchen Schriftstücken tun, sondern wir müssen auch den öffentlich-rechtlichen Bereich des Rundfunks und Fernsehens in die Pflicht nehmen, mediale Kampagnen vor Ort und lokal mitzubegleiten und damit das Bewusstsein und die Mentalität entsprechend zu beeinflussen. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Die nächste Wortmeldung hat der Kollege Riegert.

Abg. Riegert (CDU/CSU): Ich möchte mit einer Vorbemerkung zu einem möglichen Präventionsgesetz beginnen. Frau Dr. Pott hat richtigerweise gesagt, dass das wichtig ist, was im Gesetz steht. Bei den Antworten, die ich bisher hier gehört habe, sehe ich mich außerstande, ein solches Gesetz zu formulieren, weil ich auf der einen Seite sonntags immer von der Stärkung der Eigenverantwortung, der Entbürokratisierung und Vereinfachung rede und mittwochs dann die Gesetzeskeule heraushole. Jetzt unterstelle ich einmal, dass meine Gesetzesgläubigkeit so weit reicht, dass ich trotzdem ein Gesetz mache und dass wir auch die staatlichen Ebenen in dem Gesetz zusammenschieben. Dann komme ich aber trotzdem an die Ecke, wo ich mir eine Zwangsstrategie nicht so richtig vorstellen kann. Und dann sind wir wieder bei der Frage der Freiwilligkeit. Für mich stellt sich nach wie vor die Frage, wie wir die Erkenntnisse, die wir gewonnen haben, tatsächlich auch umsetzen? Was haben wir für Lösungsansätze, um die bildungs- und schichtspezifischen unterschiedlichen Zugänge von Kindern zum Sport zu erreichen? In dem Zusammenhang habe ich einige Fragen an Herrn Prof. Banzer. Herr Prof. Banzer, vielleicht können Sie einmal etwas zum Programm „Pro Gesundheit“ sagen. Wie viele Vereine nehmen daran teil und wie viele Menschen nutzen das Programm? Was sind das für Gruppen und welche sozialen Schichten nehmen das Angebot wahr? Gibt es Erfolgskontrollen? In welchem zeitlichen Rahmen wären Sie in der La-

ge, ein flächendeckendes und qualitätsgesichertes Präventionsangebot in die Praxis umzusetzen?

Ich habe auch noch eine Frage an die beiden Krankenkassenvertreter. Was ich nicht ganz verstehe, ist, warum durch Prävention zumindest langfristig 25 bis 30 % eingespart werden können, die GKV mit 1,19 Euro und die AOK mit 1,74 Euro den Rahmen von 2,56 Euro aber gar nicht ausnutzen.

Herrn Courvoisier möchte ich gerne die Frage stellen, ob die Frage an den Sportbund für den Behindertenbereich ähnliche Antworten ergibt, oder ob es dort spezifische Dinge gibt, die man noch beachten müsste.

Sv Prof. Dr. Winfried Banzer (Beauftragter für Sport und Gesundheit des Deutschen Sportbundes): Nachdem wir ausführlich über inhaltliche Fragen gesprochen haben, bin ich dankbar, dass wir uns nun der Kardinalfrage widmen, nämlich der Umsetzung. Aus der Präventionswissenschaft wissen wir, dass Prävention nur dann greift, wenn sie flächendeckend angeboten wird. Wir müssen uns die Frage stellen, wie es uns gelingt, Bewegung für die Bevölkerung flächendeckend anzubieten. Und natürlich auch – das ist heute hier auch schon öfters angesprochen worden – für die Gruppen, die wir bisher nicht erreicht haben. Mit dem Programm „Sport pro Gesundheit“ ist es uns gemeinsam mit der Bundesärztekammer gelungen, ein qualitätsgesichertes Sportprogramm in den großen Feldern Herz-Kreislauf-System, Muskel-Skelett-System und seelische Gesundheit anzubieten. Das sind

Bereiche, bei denen die Ressourcenstärkung und die Risikofaktorenbekämpfung ein wichtiges Ziel sind. Bei dem Programm, welches seit fünf Jahren besteht, sind zur Zeit etwa 500 000 Menschen aktiv. Wenn wir das nun in eine ökonomische Komponente umrechnen, könnte dies für diese Menschen ein Kostenvolumen von 8,5 Mio. Euro ausmachen. Wenn wir nun davon ausgehen, dass es uns in weiteren fünf Jahren gelingen könnte, diese Anzahl auf rund 5 000 000 Menschen zu erhöhen, dann hätten wir insgesamt ein Kostenvolumen von rund 100 Mio. Euro, um ein Angebot auf dieser Ebene durchführen zu können. Das wäre ein Szenario, welches dann natürlich weiterentwickelt und vernetzt werden müsste mit den Angeboten für Kinder und Jugendliche – auch im Hinblick auf die Ganztagschulen. Wir könnten ganz spezielle Sportangebote in einer Ganztagsbetreuung integrieren und hätten damit auch diesen Bereich angesprochen.

Zum Schluss möchte ich noch eine kurze Bemerkung zum Präventionsgesetz machen. Ein großer Vorteil dieses Gesetzes könnte darin bestehen, dass es uns innerhalb dieser Maßnahme gelingt, die Bewegung auch fest zu implementieren – und sie nicht wieder einmal zufällig zur Diskussion werden zu lassen. Man sollte auch den Gesundheitsausschuss einbeziehen, um dieses Problembewusstsein zu integrieren. Ich denke, das ist es schon wert, in diese Richtung weiter aktiv zu werden. Danke.

Sv Dr. Eckart Fiedler (Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse): Herr Abg. Riegert, Sie haben recht, die Summe wird derzeit nicht ausgeschöpft. Das liegt daran, dass

es sich hierbei um Angebote für Gesunde im Sinne der primären Prävention handelt. Das bedeutet, dass wir in aller Regel keine Vollkostenförderung übernehmen, sondern immer ein Selbstbehalt übrig bleibt. In dem Moment, wo jemand Diabetes hat, übergewichtig ist oder hohen Blutdruck hat, buchen wir die dann notwendigen Kurskosten nicht mehr unter der Frage der primären Prävention nach § 20, sondern nach § 43. Das muss man vielleicht trennen. Ich könnte mir allerdings vorstellen, wenn man das noch stärker herausstreicht und auch mit Anreizen versieht, dass die Nachfrage nach den Leistungen der primären Prävention deutlich steigt. Ich möchte noch betonen, dass es von uns auch noch andere Angebote gibt, die wir so überhaupt nicht verrechnen, sondern im allgemeinen Etatbereich belassen. Ich persönlich würde dafür plädieren, die Begrenzung dieser Summe fallen zu lassen und hier einen wirklich offensiven Wettbewerb zu fördern, so dass die Krankenkassen in eigener Entscheidungskraft sagen können, was sie sich leisten, was natürlich meinen Beitragssatz auf der einen Seite belastet, aber womöglich auch mittelfristig oder vielleicht sogar sehr schnell gute Früchte trägt. Ich sage es noch einmal: Gerade im Hinblick auf Bewegung und Blutdruck wäre es in meinen Augen ein lohnender Ansatz, aktiv nach vorne zu gehen. Danke.

Sv Hartmut Courvoisier (Vizepräsident Rehabilitationssport des Deutschen Behinderten-Sportverbandes): Herr Abg. Riegert, Sie haben mich nach der Schnittstelle zwischen Deutschem Sportbund und Deutschem Behinderten-Sportverband im Bereich Prävention und Rehabilitation gefragt. Der Deutsche

Sportbund ist sicherlich zuständig für den Bereich des gesundheitsorientierten Sportes. Darüber haben wir uns heute im Bereich der Prävention unterhalten. Wir haben uns auch über den § 20 im SGB V unterhalten. Der Deutsche Behinderten-Sportverband ist als Partner und Fachverband zuständig für den Bereich des Rehabilitationssports. Der Rehabilitationssport ist im SGB IX § 44 als ergänzende medizinische Leistung zur Rehabilitation aufgeführt. Dazu möchte ich folgendes sagen: Es gibt sehr viele Parallelen vom gesundheitlichen Ansatz in der Rehabilitation oder in der Prävention. Ich glaube aber, dass Menschen mit Behinderungen – es gibt rund 6,6 Mio. Menschen mit Behinderungen und davon sind rund 650 000 Aktive in Vereinen des Deutschen Behinderten-Sportverbandes im Rehabilitationssport viel mehr Sport betreiben, und zwar in integrativen Sportgruppen, in Vereinen und Schulen. Es ist einfach so, dass wir die Notwendigkeit sehen, den Rehabilitationssport weiter zu fördern. Ich habe vorhin gehört, dass wir mit den Kostenträgern kurz vor dem Abschluss einer neuen Gesamtvereinbarung stehen. Meine Damen und Herren, wir stehen gerade einmal in der zweiten Runde. Eine Vielzahl von Anträgen sind vorgelegt worden, so dass ich mir nicht vorstellen kann, dass wir innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation kurz vor einem Abschluss stehen. Im Gegenteil. Aufgrund des starken Kostendrucks auf die Krankenkassen wird der Bereich Rehabilitationssport, der ja heute auch durch das SGB IX zur Kostenübernahme verpflichtet, weiter heruntergefahren. Man wird versuchen, dem Rehabilitationssport, der sehr viele Jahre durch die Kostenträger unterstützt wurde, nur noch

das absolut Notwendige zukommen zu lassen. Das heißt, die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Motivation zum Sporttreiben steht immer mehr im Vordergrund. Das bedeutet, dass Menschen mit Behinderungen, die nicht mehr länger durch die Kostenträger gefördert werden, obwohl es viele Jahre gewachsen ist und sich positiv bewährt hat, sicherlich wieder zur Heilfürsorge gehen müssen.

Ich möchte zum Bereich Sekundärprävention chronisch Erkrankter noch etwas sagen. Wir reden hier von Diabetikern, Asthmatikern, Kinder- und Jugendsport. Wenn ich heute sehe, wie viele Kinder und Jugendliche in unseren Schulen aus dem Sportunterricht ausgeschlossen werden, weil sie eine Krankheit haben, etwa Asthma oder Diabetes, dann bedarf es doch dringend gesetzlicher Regelungen, die in diesem Bereich die Möglichkeiten schaffen, dass Kommunen, Vereine und Lehrkräfte im Umgang mit dieser Klientel geschult werden. Nach unserer Meinung ist eine Erweiterung im SGB IX § 44 speziell für den Bereich Rehabilitationssport erforderlich, damit man auch diesen Menschen und Jugendlichen die Möglichkeit geben kann, aktiv am Sport teilzunehmen und dadurch auch mehr Lebensqualität zu gewinnen und nicht schon als junger Mensch von unserer Gesellschaft ausgeschlossen zu werden. Das Gleiche gilt auch innerhalb des Vereinssports. Hierbei muss der Vereinssport nach Auslauf der Kostenübernahme durch die Krankenkassen weiterhin gefördert werden. Ob man ein persönliches Budget für den Behinderten schafft oder ob man eine Unterstützung für den Verein anbietet, wenn er ein besonderes Angebot macht, muss geklärt werden. Es

muss aber dem behinderten Menschen die Möglichkeit gegeben werden, aktiv – auch mit seiner Behinderung – am Rehabilitationssport und am Sport teilzunehmen, um die bestehende Leistungsfähigkeit, die er hat, zumindest zu stabilisieren oder gar zu verbessern, um dadurch auch die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess und das Arbeitsleben zu fördern und natürlich auch die Akzeptanz in unserer Gesellschaft. Was im SGB IX steht, reicht bei weitem nicht aus. Hier bedarf es einer Erweiterung und Ergänzung, um die Förderung des Rehabilitationssports über die ergänzende medizinischen Leistungen hinaus zu fördern. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Die nächste Wortmeldung hat der Kollege Büttner.

Abg. Büttner (Ingolstadt) (SPD): Ich möchte ganz kurz und präzise zur Frage der Umsetzung kommen und welche Rolle dabei ein solches Präventionsgesetz spielen kann. Meine Fragen möchte ich an die Sachverständigen der Wissenschaft und des Deutschen Sportbundes stellen. Wir haben als Bund eine beschränkte Gesetzgebungskompetenz. Was den Bereich der Schule und die Vereinsförderung angeht, sind wir als Bund auf den Spitzensport fokussiert. Es stellt sich aber die Frage, ob man in einem Präventionsgesetz zwei Schritte wählen kann. Der erste wäre, den Krankenkassen als denjenigen, die für die Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit zuständig sind, durch Wettbewerb einen größeren Spielraum einzuräumen. Dann müsste aber im Gesetz die Qualität dieser Präventionsmaßnahmen möglichst einheitlich definiert werden. Könnten Sie

uns heute schon die Qualitätsparameter bereitstellen, die in ein solches Gesetz hineingeschrieben werden müssten? Das ist eine Voraussetzung für entsprechende Rahmenbedingungen.

Die zweite Frage betrifft die Rehabilitation und Prävention. Wir wissen alle, dass Rehabilitation und auch Prävention Kosten spart. Bei den Kosten haben Sie auf Modellrechnungen hingewiesen. Genaue Zahlen können wohl erst in 10 oder 20 Jahren vorgelegt werden. Sie haben gesagt, dass Rehabilitation zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation auch bei den Behinderten führt. Dann ist es doch eigentlich Aufgabe der Krankenkassen, dass sie dann einspringen, wenn der Gesundheitszustand sich verbessert. Ist es dann noch notwendig, in einem Präventions-, Rehagesetz oder SGB IX zusätzlich etwas aufzunehmen?

Meine dritte Frage betrifft den Sportausschuss. Wie können wir eigentlich sicherstellen, dass die Sportvereine diese Qualifikationsanforderungen auch flächendeckend erfüllen können? Wie können wir die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen dazu bringen, die Kosten gemeinsam aufzubringen?

Als letztes möchte ich einen Appell an Sie alle richten. Wir können als Politiker in dieser Frage jeweils auf unseren verschiedenen Stufen nur bestimmte Teile lösen. Es geht nur, wenn alle in der Gesellschaft das Notwendige machen. Die Erwartungshaltung, dass der Bundestag beschließt und die Prävention als zentrale Aufgabe umgesetzt wird, ist nicht zu erfüllen. Welche Schritte würden Sie uns vor-

schlagen, damit wir das unterstützend aufgreifen können? Sollten bei Steuererhöhungen, etwa bei Tabak oder Alkohol die Gelder zweckgebunden für bestimmte Bereiche ausgegeben werden? Können Sie sagen, ob bestimmte Einnahmen für gezielte Kampagnen ausgegeben werden sollten? Dazu bräuchten wir konkretere Vorschläge. Ich wäre dankbar, wenn wir dazu nähere Hinweise bekommen könnten.

Der Vorsitzende: Herr Kollege Büttner, sagen Sie uns bitte noch, von wem Sie die Antworten erwarten. Gut. Ich habe Sie verstanden. Dann darf ich Herrn Prof. Schlicht und Herrn Prof. Dickhuth um die Antworten bitten.

Sv Prof. Wolfgang Schlicht (Institut für Sportwissenschaft der Universität Stuttgart): Ich werde versuchen, Ihre Fragen zumindest andeutungsweise zu beantworten. Ich muss allerdings gestehen, dass ich mich Wissenschaftler besser fühle, wenn ich mich auf Fakten beziehen kann.

Nun zu Ihren Fragen. Wir können durchaus die Qualitätsparameter nennen, sowohl in der Frage, wie die Bewegung beschaffen sein müsste im Hinblick auf die Präventionsleistungen wie auch zur Ausgestaltung der Kampagnen, damit man einerseits die Motivierung der Personen zur Prävention und zum anderen auch die Bindung an das jeweilige Präventionsverhalten sicherstellt. Es gibt eine Menge von gesundheitspsychologischen oder verhaltensbezogenen Fakten, die das „Basteln“ nicht mehr erlauben, sondern bei denen man sehr konkret auf Parameter zurückgreifen sollte. Aus meiner

Sicht gibt es durchaus die Möglichkeit, etwa bei „Sport pro Gesundheit“ oder „Sport pro Reha“, solche Qualitätsparameter auch zu fixieren. Das wird zum Teil auch schon getan – zumindest im Hinblick auf die bewegungsbezogenen Parameter. Man könnte das erweitern im Hinblick auf die Kampagnenparameter – etwa Verhaltensmotivierung oder Verhaltensbindung. Die Fakten liegen auf dem Tisch. Es gibt zwar noch einzelne Details, an denen noch gearbeitet wird, aber im Großen und Ganzen ist das ein international bewährtes Wissen. Es wird nur noch nicht in der Form eingesetzt.

Im Hinblick auf das Präventionsgesetz bin ich etwas anderer Meinung als Sie. Ein Gesetz zu erlassen, welches sozusagen den Einzelnen verpflichtet oder mit Sanktionen belegt, wenn er ein bestimmtes Verhalten nicht zeigt, hielte ich für Nonsense. Aber die strukturellen Voraussetzungen müssen geschaffen werden, damit das was Prävention ist, eben nicht der Beliebigkeit überlassen bleibt. Ich denke, wenn der Bund hierbei tätig wird, werden auch die Länder in gewisser Weise nachziehen müssen. Was mir ein großes Anliegen ist, ist beispielsweise die Schulsituation. Um es einmal ganz deutlich zu sagen: wir debattieren uns zu Tode um die Frage und die Rolle der Bedeutung des Schulsports. Die einen plädieren dafür, dass es ein fertigkeitbezogener Unterricht sein muss, in dem man den Schülerinnen und Schülern Volleyball, Fußball- und Basketballspielen beibringen muss, weil das die standardisierten Sportarten sind, die lebenslang betrieben werden können. Die anderen sind der Auffassung, man müsse wesentlich mehr für die Gesundheit tun, also mehr Fähigkeiten wie Ausdauer oder

Beweglichkeit fördern. Platz für beide Dinge ist nicht vorhanden. Die Länder müssten sich meiner Meinung nach verpflichtet sehen, Bewegung und Sport im Sinne der Gesundheits-erziehung den Raum im Stundenkontingent einzuräumen. Auch nach der Pisastudie haben wir immer noch die Situation, dass in allen Verlautbarungen der Bundesländer die Bewegung und der Sport überhaupt nicht auftaucht. Er wird nicht erwähnt. Es ist kein Gegenstand der Debatte. Wir erleben auch nicht, dass man uns mit offenen Armen empfängt und sagt, wir geben euch mehr Raum. Ich sehe beim Bund in gewisser Hinsicht schon eine Signalfunktion, deutlich zu machen, dass die Prävention ein wesentliches Anliegen der Gesellschaft ist und die Länder verpflichtet werden, dieses auch in ihren jeweiligen Zuständigkeiten konkret umzusetzen. In vielen Organisationen kann das auch flächendeckend eine Bewegungsförderung in der Gesellschaft vorantreiben. In den skandinavischen Ländern sieht man, dass diese Signale gut wirken. Alleine die Signalwirkung wäre meiner Meinung nach sehr viel wert und würde die Strukturen schaffen.

Zur Qualitätssicherung in den Sportvereinen gibt es aus meiner Sicht zwei Dinge. Das eine ist schon angesprochen worden – „Sport pro Gesundheit“ und „Sport pro Reha“. Wir sind dafür, bei den Sportinstituten ein wenig darauf zu achten, wer welche Bewegung für wen anbietet. Es ist mir ein Graus, wenn ich höre, dass in den Fitnessstudios die Verantwortlichen, die dort tätig sind, oft überhaupt keine Ausbildung haben oder keinen Nachweis über eine Ausbildung im Hinblick auf Bewegung und Sport zeigen müssen. Sie werden sozusa-

gen auf die Menschheit losgelassen und niemand kümmert sich darum, wie die Qualifikationen dieser Leute sind. Es ist zwar besser geworden, aber man verlangt heute von jedem Auto, das auf der Straße fährt, ein TÜV-Siegel, aber die Leute, die mit Menschen Bewegung und Sport treiben, können lustig und munter ohne irgendein Qualitätssiegel tätig werden. Aus meiner Sicht wäre das ebenfalls eine Aufgabe, die der Bund leisten könnte. Vielen Dank.

Sv Prof. Dr. Herbert Löllgen (Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention): Ich kann das vielleicht konkretisieren. Ich bin für den Landessportbund NRW tätig. Der Landessportbund hat ein eigenes Gremium, welches sich um die Qualität bemüht. Das heißt, jeder Verein, der den Antrag stellt, wird auf seine Qualität hin geprüft. Es liegen auch Konzepte vor, wie man das in wiederholten Abständen – möglicherweise auch mit externen Prüfern – weiter überprüfen wird. Ich glaube, sagen zu können, dass ein guter Ansatz vorhanden ist. NRW soll dieses Projekt als Modell weiterentwickeln.

Die Ausführungen zu den Fitnessstudios kann ich im Großen und Ganzen bestätigen – allerdings mit einer Ausnahme. Es gibt eine Gesundheitsakademie in Berlin – andere bemühen sich auch - die Sportstudios zertifizieren, wenn sie bestimmte Qualitäten für Gesundheitssport oder gesundheitsorientierte Sportangebote anbieten. Es werden die Einrichtung, die Ausbilder und die Durchführung überprüft. Es gibt also Ansätze für eine Herstellung von Qualität in Sportstudios.

Sv Prof. Dr. Winfried Banzer (Beauftragter für Sport und Gesundheit des Deutschen Sportbundes): Ich möchte auf das Grundproblem in der Prävention noch einmal etwas deutlich machen. Wir wissen ja, dass die Länder und Kommunen die Träger der Prävention in vielen Bereichen sind. Wir haben in verschiedenen Bundesländern ein Organ, in dem Sportärzte, Vertreter der Landesärztekammer und der Sportvereine zusammen permanent dieses Qualitätssiegel überprüfen. An dieser Stelle kann ich sagen, dass der Deutsche Sportbund und der Deutsche Turnerbund in dieser Richtung schon aktiv sind und an einem Qualitätsmanagementprogramm arbeiten, um einen Qualitätszirkel aufzubauen für Übungsleiter, die eine spezielle Ausbildung haben. Wir sind dabei, ein Netz aufzubauen – und das sollte man nutzen, um so ein flächendeckendes Programm implementieren zu können. Das wollte ich noch dazu sagen. Vielen Dank.

Der Vorsitzende: Vielen Dank. Ich habe mich selber auf die Rednerliste gesetzt. Ich stelle mir die Frage, was wir als Sportpolitiker in der aktuellen Diskussion um die Gesundheitsreform einbringen können. Bei der Diskussion habe ich nicht den Eindruck, dass es nur um die Frage geht, welche Rolle Sport und Bewegung bei der Kostenersparnis im Gesundheitssystem spielt. Ich sage das aus eigener Erfahrung – ich habe mich bisher in der Politik um vieles gekümmert, allerdings noch nicht um Gesundheitspolitik. Ich war schon sehr betroffen, als ich gelesen habe, dass 50 % der 12-jährigen übergewichtig sind, Probleme mit dem Kreislauf haben oder die Motorik nicht

funktioniert. Die Kinderärzte schlagen Alarm über die Bewegungsarmut der Kinder. Vor kurzem hat mir eine Frau berichtet, dass ihr neunjähriger Sohn gewaltige Sprachprobleme hat. Bei ihm hat man festgestellt, dass er weder rückwärts laufen noch auf einem Bein stehen kann – also ein Zusammenhang zwischen Sprachkompetenz und mangelnder Bewegung. Dabei stellt sich für mich die Frage, wie sich das in 20 Jahren auf die Kosten auswirkt. Ich glaube, der Bevölkerung ist gar nicht bewusst, wie bedeutungsvoll die Bewegung für die Gesundheit des Einzelnen ist. Herr Prof. Löllgen, Sie haben vorhin gesagt, dass die Bewegung auch bei älteren Menschen eine große Rolle spielt. Ich bin mir sicher, jemand, der in der Jugend Sport betrieben hat, weiß auch, was er im Alter für seine Gesundheit tun kann. Nur, wenn er es nie gelernt hat, wird er es im Alter nicht mehr lernen. Wenn die Bewegungsfähigkeit bei der Jugend so drastisch zurückgeht, wie es heute der Fall ist, dann glaube ich, gehört in die aktuelle Diskussion die Frage hinein, was in 10 Jahren sein wird, wenn die jetzt 12-jährigen ins Berufsleben starten? Darüber wird heute hier nicht diskutiert. Es ist aber ein Ansatzpunkt für einen Sportpolitiker, dieses Bewusstsein einem Gesundheitspolitiker zu vermitteln.

Herr Dr. Hebestreit, ich möchte Sie bitten, etwas aus Ihrer Sicht bezüglich meiner oben aufgeführten Äußerung „Kinderärzte schlagen Alarm“ zu sagen.

Herr Prof. Dickhuth, vielleicht können Sie noch einmal etwas zu Sport und Prävention sagen. Wir reden zwar über das Thema, aber

wenn ich sehe, was wir für die Prävention ausgeben werden, dann ist das ein sehr kleiner Betrag. Wenn das aber alles stimmt, was wir hier hören, wie wichtig Sport und Bewegung für die Gesundheit ist und die Kosten, die dadurch eingespart werden könnten, dann glaube ich, sind wir an einem Punkt, wo wir als Sportpolitiker gefordert sind, um dies in das Bewusstsein der Bevölkerung und der Gesundheitspolitiker zu tragen. Dankbar wäre ich auch, wenn abschließend ein Vertreter der Krankenkassen dazu etwas sagen würde. Bitte schön.

Sv Priv. Doz. Dr. Helge Hebestreit (1. Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin e.V.): Ich denke, die Zahlen, die Sie genannt haben, müssen nicht in jeder Bevölkerungsschicht und überall in Deutschland genau so sein. In Deutschland, in Europa, in der ganzen westlichen Welt steigt die Zahl der Kinder, die adipös sind, die sich schlecht bewegen können und später nicht mehr bewegen werden, weil sie es nie gelernt haben, extrem an. Die Folgeprobleme betreffen nicht nur das, was in der Kindheit direkt passiert, sondern auch die gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Probleme, wenn später gewisse Arbeiten nicht mehr ausgeübt werden können, weil Rückenschmerzen weiter zunehmen. Sport in der Kindheit kann Rückenschmerzen und damit Berufsausfall im Erwachsenenalter verhindern. Dies wird extrem zunehmen, wenn nichts passiert. Was die direkten Effekte anbelangt, kann man in der Kindheit, wenn man viel Sport treibt, nicht unbedingt damit rechnen, dass das in Geld zurückkommt. Jedenfalls nicht sofort. Das zahlt sich erst in einigen Jah-

ren oder Jahrzehnten aus. Sport hat nachgewiesener Weise auch andere Wirkungen. Es wird immer wieder über die Pisa-Studie geredet, immer wieder wird überlegt, wie ist das denn mit den Schulen und dem Lernen. Dass der Sport letztendlich diese Dinge auch fördern kann, steht außer Frage. Das wird nur selten umgesetzt. Die meisten gehen meinen: wenn ich besser in Englisch werden will, muss ich mehr englisch lernen. Es wird nie darüber diskutiert, dass ich in englisch besser werde, wenn ich mehr Sport mache. Das zweite ist die Gewaltprävention. Auch darüber gibt es inzwischen Daten, dass man durch einen vernünftigen Sport Gewalt – zumindest in der Schule, aber auch außerschulisch – reduzieren kann. Das dritte ist, dass einige Kosten im Kindesalter durch Unfälle verursacht werden. Auch darüber gibt es inzwischen Daten aus Kindergärten, aber auch aus Grundschulen. Man kann durch mehr Sport Unfälle verhindern und damit natürlich auch Kosten einsparen. Das ist nie beziffert worden. Ich kann Ihnen dazu auch keine Zahlen nennen, wie viel das letztendlich ausmachen würde. Es sind viele Dinge, die vom Sport mit übernommen werden könnten, ohne dass es mehr Geld kosten würde. Wenn Sie nach konkreten Maßnahmen fragen, wo man ansetzen kann, dann denke ich, dass man in allen Bereich gleichzeitig ansetzen muss. Es betrifft nicht allein die Kinder, sondern es betrifft auch die Eltern. Das Rollenmodell der Eltern für das Sporttreiben und das Bewegungsverhalten der Kinder ist zumindest für die ersten zehn Lebensjahre extrem wichtig. Und wie bekomme ich nun die Eltern dazu? Das erreiche ich nur durch Werbung. Anders gelingt das nicht. Das zweite sind die Schulen.

Auch hier habe ich die Möglichkeit, über den Sport an die Kinder heranzukommen. Dabei ist mir bewusst, dass das eine Länderkompetenz ist. Man kann aber trotzdem versuchen, auf die Länder einzuwirken. Das dritte sind die Kindergärten. In den meisten Kindergärten in Deutschland ist es so, dass man lieber in der Gruppe sitzt und gemeinsam Dinge macht, als dass man raus geht und spielt. Und auch die Verordnungen, etwa wie viel Platz in einem Kindergarten für Aktivitäten eingeräumt werden muss, sind so, dass die Kindergärten extrem wenig pro Kind haben. Das sind alles Möglichkeiten, wo man sehr konkret und wahrscheinlich mit gar nicht so viel Aufwand tätig werden kann. Vielen Dank.

Sv Prof. Dr. med. Hans-Hermann Dickhuth (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention): Wir sitzen an der Nahtstelle zwischen Sport und Medizin. Ich kann ganz kurz sagen, was wir getan haben. Es fängt plakativ an. Wir haben unseren Namen geändert – wir hießen früher Gesellschaft für Sportmedizin, jetzt heißen wir Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention. Das haben wir deswegen gemacht, weil unsere Schwerpunkte sich den Bereich der Prävention verschoben haben. Diese Umbenennung hat zur Folge, dass wir versuchen, unsere Ärzte im Sinne der Prävention zu erziehen. Dabei haben wir auch Erfolge erzielt. Wir versuchen, das der Politik bewusst zu machen. Das ist gelingt uns zumindest in Baden-Württemberg einigermaßen. Aber es tritt immer wieder das gleiche Problem auf, das Sie schon angesprochen haben. Wie kommen wir organisatorisch wirklich an das Problem heran? Im Bereich des

Schulsports wird es nicht so umgesetzt wie wir es uns vorstellen. Die Eltern müssen wir mittherapieren. Kommt etwa ein dickes Kind mit den Eltern zu uns, dann sind die Eltern genau so dick oder noch dicker. Wir haben aber auch ein Problem damit, dass wir nicht genügend Möglichkeiten haben, dass Kinder sich ganz spontan bewegen können. Die Ernährungswissenschaftler sagen, dass wir eine Zerstörung in der Struktur der Familien haben und dadurch das Essverhalten nicht mehr so geregelt ist wie früher. Es gibt sehr enge Zusammenhänge zwischen Fernsehkonsum, Essen und Adipositas. Wenn Sie effektiv gesetzgeberisch tätig werden wollen, dann müssen Sie alle diese Bereiche miteinbeziehen und nicht einfach nur auf einzelne konkrete Präventionsmaßnahmen abzielen. Vielen Dank.

Sv Prof. Dr. med. Hans-Hermann Dickhuth (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention): Herr Vorsitzender, ich bin Ihnen dankbar für Ihre klaren Worte. Ich kann sie nur voll unterstreichen. Was Sie hier festgestellt haben, nämlich die Gefahr, die auf uns zurollt im Hinblick auf die zunehmend eingeschränkte Leistungsfähigkeit gerade im Bereich der Kinder und Jugendlichen, ist ein ganz großes Problem. Das muss uns gemeinsam bewegen. Es kann nicht als ausreichend angesehen werden, Appelle zu erlassen, sondern wir brauchen Aktionen. Diese Aktionen kann man natürlich in Programme im Hinblick auf Angebote formen, die qualitätsgesichert sind. Ich glaube allerdings, dass von unserer Seite noch einmal stärker gefordert werden muss, dass man sich dabei des allgemeinen Problems mehr annimmt. Ich möchte

an dieser Stelle die Kampagne „Deutschland bewegt sich“ hervorheben, deren Träger die Bildzeitung, das ZDF und wir sind. Ich hoffe, andere kommen hinzu. Es sind viele Interessenten vorhanden. Jede Woche wird eine neue Aktion gestartet. Im Mittelpunkt steht nur die Bewegung. Das gilt für Tanzen, Sport, Sportabzeichen und viele andere Formen der Bewegung. Begonnen haben wir bewusst mit der Blutdruckmessung, um sicherzustellen, dass Menschen diese Bewegungen auch bezüglich ihrer Gesundheit wahrnehmen können. Wenn das von Ihrer Seite eingefordert werden könnte, fände ich das prima. Vielen Dank.

Sv Dr. Gudrun Eberle (AOK-Bundesverband – Abt. Prävention): Ich möchte noch kurz etwas ergänzen. Es ist ganz wichtig, dass wir Prävention nicht alleine als Aufgabe des Gesundheitsbereiches oder gar der Krankenkassen betrachten. Der Begriff Prävention oder das Problem Prävention muss auch bei Ihnen in der Politik in allen Ausschüssen ressortübergreifend verankert werden, damit es diesen gesamtgesellschaftlichen Aspekt bekommt, so dass auch in Kindergärten und Schulen eine breite Aktion stattfindet. Wenn dann noch parallel dazu durch eine entsprechende Gesetzgebung deutlich wird, dass Gesundheitsbewusstsein ein gesellschaftlicher Wert ist, dann sind wir auf einem guten Weg. Was ich auch wichtig finde ist, dass man die Dinge transparent macht. Die Krankenkassen haben sich selbst in ihrem Leitfadens eigenverantwortlich einheitliche Qualitätsrichtlinien gegeben. Alle Maßnahmen in der Prävention, für die wir bezahlen, müssen ganz bestimmten Qualitätskriterien entsprechen, die mit vielen

Wissenschaftlern abgestimmt worden sind und die von der Wissenschaft als evidenzbasierend angesehen werden. Wir haben auch hohe Qualitätsanforderungen an die Anbieter gestellt. Auch die müssen eingehalten werden, wenn Kassen etwas finanzieren. Ich denke, wir haben für Transparenz gesorgt. Es gibt eine Dokumentation, die die Krankenkassen einheitlich betreiben. Darauf folgt eine Evaluation. Das Ganze wird auch einer beratenden Kommission begleitet, in der unter anderem auch Mitglieder des Sachverständigenrates und auch der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vertreten sind. Es wird auch laufend von ihnen kontrolliert. Wir haben uns also praktisch einer Selbstkontrolle mit der beratenden Kommission unterworfen, um einen Qualitätswettbewerb einzuführen. Ich denke, diese Transparenz sollte nicht nur auf die Krankenkassen begrenzt sein. Ich könnte mir vorstellen, gerade was den Schulbereich anbetrifft, einen Länderwettbewerb zu machen. Das machen die zwar nicht gerne, aber ich denke, so etwas wäre auch eine Motivation, um den Akteuren, die wir nicht alle steuern und greifen können, einen Anreiz zu verschaffen etwas zu machen. Dafür muss allerdings Transparenz her. Vielen Dank.

Der Vorsitzende: Vielen Dank. Ich habe nun noch Wortmeldungen von den Kollegen Herrn Hemker, Herrn Gienger, Herrn Parr und Herrn Hermann vorliegen. Gibt es von Seiten der Abgeordneten noch weitere Wortmeldungen? Ich sehe, das ist nicht der Fall. Dann schließe ich die Wortmeldungen damit ab und übergebe das Wort dem Kollegen Hemker. Bitteschön.

Abg. Hemker (SPD): Bevor ich meine Fragen an Herrn Prof. Banzer und Herrn Dr. Hebestreit stelle, möchte ich noch eine kleine Vorbemerkung machen. Ich bin sehr froh, dass in der letzten Stunde mehrere Anmerkungen bezüglich der Beschränkung im Bereich Sport oder Bewegung gemacht worden sind. Ich glaube, in den beiden vorliegenden Anträgen der FDP-Fraktion und der Koalition wurde das auch schon deutlich gemacht. Es ist schon wichtig, dass überhaupt eine Gruppe im Parlament diese Initiative startet. Ich mache jetzt einmal eine negative Aussage. Der größte Teil der Bevölkerung und auch der größte Teil von uns Parlamentariern hat dieses gar nicht im Blick. Es ist jetzt unter dem Aspekt der Kostenfrage aufgekommen. Ich bin dankbar dafür, dass der ganzheitliche Ansatz vorhin deutlich gemacht worden ist. Letztendlich muss es für den größten Teil der Menschen um die Lebensqualität gehen. Es geht auch darum, wie man über den ganzheitlichen Ansatz stärker an das Gesundheitsbewusstsein der Menschen kommt. Ich glaube nicht, dass das über den moralischen Weg geht. Ich darf das so sagen – ich bin Theologe. Bevor ich in den Bundestag kam, habe ich als Pfarrer praktiziert. Nun meine Frage an Herrn Prof. Banzer. Wie ist das eigentlich mit den positiven Erfahrungen der Menschen, die nun plötzlich etwas ganz anderes erleben? Ich denke an jemand, der bis vor fünf oder sechs Jahren nur gelitten hat, bis er über diesen Weg an einen Ausdauersport gekommen ist und nun seit zwei Jahren nicht mehr zum Arzt gehen muss. Können Sie dazu etwas sagen?

Herr Dr. Hebestreit, neben den fantastischen Literaturangaben – auch aus dem nichtdeutschen Bereich, was auch sehr interessant ist – haben Sie einen Vorschlag gemacht, in dem es um andere Bereiche geht. Dabei – wenn ich das richtig in Erinnerung habe – geht es um die Bereiche Bewegung, Ernährung und Gesundheit. Können Sie noch etwas zu den Forderungen und zu den Rahmenbedingungen sagen? Wenn wir uns für so etwas einsetzen sollten, dann müssen wir ja auch wissen, in welche Richtung das geht. Ich gehe allerdings, nach allem, was ich von Ihnen gelesen habe, von einem ganzheitlichen Ansatz aus. Danke.

Sv Prof. Dr. Winfried Banzer (Beauftragter für Sport und Gesundheit des Deutschen Sportbundes): Herr Abg. Hemker, Sie sprechen einen ganz wichtigen Punkt an. Wir dürfen natürlich nicht so tun, als ob die Gesundheit das einzige Motiv wäre, was die Leute dazu bewegt, mehr Sport zu treiben oder in einen Verein zu gehen. Das ist mitnichten so. Das muss ganz klar und deutlich sagen. Es ist zu einem großen Teil – nicht nur in Ballungsgebieten, sondern auch in ländlichen Gemeinden – vor allem die soziale Vereinsamung und die Kommunikationsdefizite, die gerade auch unter älteren Menschen herrschen. Warum gehen viele Menschen in einen Verein? Die Gesundheitseffekte werden dabei ganz gerne mitgenommen, aber in erster Linie geht es darum, sich dort mit anderen Leuten austauschen zu können. Ich denke, das ist ein ganz wichtiges Motiv, damit unsere Kampagnen erfolgreich sind. Und natürlich auch, wenn wir von vielen Seiten – auch der Politik – Unterstützung erhalten. In diesem Zusammenhang

möchte ich auch noch etwas erwähnen. Wir sprechen in vielen Aspekten viel zu wenig – ich nenne das jetzt einmal so – die Niedrigleistenden an. Herr Dr. Fiedler, wir haben gestern über das Sportabzeichen gesprochen. Auch beim Ablegen des Sportzeichen haben wir gewisse Hürden. Wir erreichen da nicht diejenigen, die gar nichts können, die wir aber brauchen – nämlich die 90 %, die sich gar nicht bewegen. Und in diese Richtung müssen unsere Überlegungen gehen. Ich denke, dabei wäre es hilfreich, wenn wir auch einmal etwas über den Tellerrand hinaus schauen würden. Wir könnten uns auch moderne Marketingstrategien überlegen, wie wir an diese Leute herankommen könnten. Es ist ein falscher Weg, wenn wir nur auf die Gruppen zielen, die schon dabei sind oder sich nur unter dem Aspekt der Gesundheit beteiligen. Vielen Dank.

Sv Priv. Doz. Dr. Helge Hebestreit (1. Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin e.V.): Herzlichen Dank für Ihre Frage. Die Idee, warum ich das reingeschrieben habe, basiert auf drei Dingen.

Zum ersten: Wir haben zwar in Deutschland von den letzten Jahren einige Daten darüber, was mit unseren Kindern passiert und wie das Bewegungsverhalten ist. Über das Ernährungs- und Gesundheitsverhalten haben wir noch nicht so viele Daten. Beim Gesundheitsverhalten im Jugendbereich gibt es eine Vorsorgeuntersuchung (J 1), zu der in manchen Bereichen nur 5 bis 10 % der Kinder und Jugendlichen überhaupt hingehen.

Zum zweiten: Wir wollten wissen, wie es in Deutschland aussieht, damit man das vernünftig verfolgen kann. Durch eine Untersuchung kann man nach außen dokumentieren, dass es ein Anliegen ist und zwar nicht nur für diejenigen, die die Befragung durchführen, sondern eben auch für diejenigen, die in Entscheidungspositionen sind. Warum macht man sich so viele Gedanken über die Schulstrukturen in Deutschland? Zum Teil deswegen, weil die Pisa-Studie gezeigt hat, dass es dort Unterschiede gibt.

Zum dritten: Als Mediziner denke ich, dass jede Maßnahme, die man ergreift, kontrolliert werden muss, damit sie auch wirkt. Um so eine Wirkung gut beurteilen zu können, braucht man Daten. Meinem Vorschlag, neben dem Bewegungsverhalten auch das Ernährungs- und Gesundheitsverhalten mit einzubeziehen, war die Idee vorausgegangen, diese verschiedenen Bereiche und vielleicht noch in Ergänzung mit anderen Bereichen, miteinander zusammenzufassen, damit man schauen kann, in welchen Bereichen es Defizite gibt und wo man gegensteuern kann. Und dieses Gegensteuern muss man im Zeitablauf flexibel handhaben. Vielen Dank.

Sv. Dr. Elisabeth Pott (Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung): Vielen Dank. Ich möchte noch einmal folgendes Beispiel anfügen, weil ich glaube, dass es ganz zentral für dieses Thema ist. Was kann durch Prävention erreicht werden und wie muss sie organisiert werden? In Deutschland gab es in letzten 15 Jahren nur eine nationale Präventionskampagne, an deren Beispiel wir

wirklich zeigen können, wie man es machen muss, damit es wirkt, dass es wirkt und dass es auch kostenwirksam ist. Wir können das am Beispiel der Aidskampagne sehr gut zeigen. Und wir können viele Erfahrungen, die wir dabei gemacht haben, anwenden. Deshalb bin ich sehr dankbar, dass das hier noch einmal gesagt worden ist. Wenn wir etwas verändern wollen, brauchen wir nicht nur punktuell hier oder da ein Projekt oder einmal eine gezielte Zielgruppenansprache. Wir müssen in der Gesellschaft ein Klima schaffen, das positiv zum Sport eingestellt ist und das positiv die Freude an der Bewegung vermittelt. Ich möchte noch ein weiteres Beispiel aufführen. Wir haben im Bereich Übergewicht oder Ernährungsfragen bis heute ganz weit verbreitete Vorstellungen, dass man Übergewicht durch Diäten vermindert. Im Bewusstsein der Menschen ist noch nicht vorhanden, dass man nur eine Chance auf dauerhafte Übergewichtsreduzierung hat, wenn gesunde Ernährung mit Bewegung verbunden wird. Wir brauchen also auch eine Bewusstseins- und Informationskampagne, die die Zusammenhänge deutlich macht. Auch in der Schule muss vermittelt werden, wozu Sport nützt und wie man sich gesund ernährt. Auch im Hinblick darauf, um nicht wieder in das andere Extrem der Nahrungsergänzungsmittel zu kommen. Außerdem brauchen wir – genau so wie es bei der Aidskampagne war – eine politische Unterstützung, aus der ersichtlich wird, dass eine Strategie gefördert werden soll. Dabei müssen sich die relevanten Partner wie Krankenkassen, Deutscher Sportbund, Landes-sportbünde zusammensetzen und ein gemeinsames Aktionsprogramm beschließen. Es muss dann natürlich auch anteilig finanziert werden.

Was die Ausbreitung von HIV und Aids im europäischen Vergleich betrifft, stehen wir in Deutschland an 9. Stelle. In den anderen Ländern sind die Zahlen der Aidsinfektionsraten zwei- bis fünfmal so hoch. Wir wissen, dass die medizinische Behandlung eines Aidskranken pro Jahr 25.000 Euro kostet. Wenn wir aufgrund dieser Daten eine Modellrechnung machen, so können wir anhand der internationalen Vergleichsdaten davon ausgehen, dass wir mindestens 1,5 Mrd. Euro pro Jahr durch die Aidsprävention einsparen. Was ich damit sagen will, ist, dass die Aidskampagne gezeigt hat, dass man durch Prävention Geld sparen kann. Und das Modell Aidskampagne kann man auch für andere Bereiche anwenden. Vielen Dank.

Sv Dr. Ulla Walter (Medizinische Hochschule Hannover – Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsforschung): Ein nationales Programm für den Herzkreislaufbereich wäre sehr gut und auch wichtig. Damit können wir einerseits die Primärprävention erreichen und andererseits auch etwa die chronisch erkrankten Personen erreichen. Ich möchte noch eine weitere Zielgruppe ansprechen. Vorhin wurden die älteren Menschen angesprochen. Bei diesen ist der Übergang in den Ruhestand eine ganz wichtige Phase. Aufgrund der Umbruchphase und die daraus zum Teil entstehenden Probleme, wie etwa psychische oder soziale Aspekte, kann man diese Menschen gut erreichen. Wird für diese Menschen, auch unter Einbeziehung der Partner, Sport und Bewegung angeboten, dann hat das durchaus auch gesundheitliche Effekte auf das nachfolgende Verhalten.

Ich möchte noch eine Bemerkung zum Präventionsgesetz machen. Ich denke, es ist ganz wichtig, dass man in diesem Gesetz die Probleme differenziert. Die Kostenträger sind dabei oft nicht die Gewinner. Deshalb bestehen für die einzelnen Einrichtungen oft keine Anreize zu investieren. Es müssen strukturelle Anreize geschaffen und gesetzlich verankert werden. Dabei ist es auch wichtig zu schauen, wo es noch fehlende Leistungsgesetze gibt. In der Pflege gibt es etwa fehlende Leistungsgesetze für Prävention. Dort besteht noch ein Ungleichgewicht zwischen der Krankenkasse und der Pflegekasse. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir haben nun noch 10 Minuten für die letzten drei Fragestellungen und Antworten. Herr Kollege Gienger, Sie haben nun das Wort. Bitteschön.

Abg. Gienger (CDU/CSU): Die meisten Antworten wurden im Laufe der Anhörung schon gegeben. Herr Dr. Hebestreit, Sie haben vorhin ausgeführt, dass nur 10 % der Jugendlichen an den Untersuchungen teilgenommen haben. Wenn ich daran denke, dass man das in eine aktive Aktion umsetzen will, dann werden es wohl auch nur 10 % der Jugendlichen sein, die daran teilnehmen werden.

Heute wurden auch die Eltern angesprochen. Ich habe mit großem Interesse die Pressekonferenz vom DSB und der AOK verfolgt. Eine Überschrift aus einer Zeitung ist mir noch in sehr angenehmer Erinnerung, die den Sachverhalt sehr gut trifft, nämlich „Eltern joggen, Kinder hocken“. Meine Frage dazu: Wie

kommt man an die Eltern am besten heran, die ja offensichtlich für ihre Kinder Vorbild sind, aber die Kinder das Vorbild nicht aufgreifen. Die Eltern tun was für sich, während die Kinder vor dem Fernsehgerät sitzen. Könnten sich die Krankenkassen werbemäßig nicht verstärkt den Eltern widmen? Gibt es Gründe, warum Eltern die Bedeutung der Prävention so vernachlässigen? Frau Dr. Eberle, können Sie uns aus Ihrer Sicht dazu etwas sagen?

Frau Dr. Pott, ich habe mit großer Freude gehört, dass Sie dafür plädieren, das Einstiegsalter für Prävention bei jungen Menschen möglichst niedrig zu setzen. Vielen Dank.

Sv Dr. Ulla Walter (Medizinische Hochschule Hannover – Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsforschung): Wir haben im Moment die Schulen und Betriebe im Visier. Bei den Gruppen würden wir auch an die Altenheime denken. Das Wichtige ist, dass die Botschaft zu den Gruppen gebracht wird. Dafür müssen aber auch entsprechende Rahmenbedingungen vorhanden sein. Vorhin ist die Ernährung angesprochen worden. Es ist heute so, dass sich die Kinder häufig schlecht ernähren, weil vielleicht zu Hause gar nicht gekocht wird oder weil sie von zu Hause Geld mitbekommen und sich davon Essen kaufen, die nicht gesundheitsgerecht ist. Bei den Ganztagschulen könnte man etwa den Versuch machen, wenigsten eine Schulmahlzeit anzubieten, die gesundheitsgerecht ist. Auf diesem Weg können die Kinder erfahren, dass gesundheitsgerechtes Essen auch schmecken kann. Das wäre ein guter Weg. Wir kommen allerdings immer wieder auf das Grundprob-

lem. All diese Dinge kosten auch Geld. Und das muss von allen Akteuren gemeinsam aufgebracht werden. So etwas soll nicht nur punktuell in einem Modellprogramm laufen, sondern muss wirklich in die Breite gebracht werden. Wenn es nicht in die Breite gebracht wird, werden auch die Effekte verpuffen. Vielen Dank.

Sv Prof. Dr. Winfried Banzer (Beauftragter für Sport und Gesundheit des Deutschen Sportbundes): Herr Abg. Gienger, das ist eine spannende Frage, die eigentlich von einem Sozialwissenschaftler besser beantwortet werden könnte. Ich kann Ihnen dazu sagen, dass wir wissen, dass es vor allem Alleinerziehende sind, die zu der Gruppe gehören, die wir nicht erreichen. Die Studie, die Sie angesprochen haben, ist etwas zweigeteilt. Wir wissen auf der anderen Seite, dass Kinder und Jugendliche bis zu einem gewissen Lebensjahr sportlich aktiv sind, wenn die Eltern es auch sind. Bei uns im Deutschen Sportbund ist der Familiensport ein ganz wichtiger Schwerpunkt. Dabei arbeiten wir seit längerer Zeit mit dem Gesundheitsministerium zusammen. Allerdings ist diese Zielgruppe ganz schwer zu erreichen.

Sv Priv. Doz. Dr. Helge Hebestreit (1. Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin e.V.): In den ersten zehn Lebensjahren eines Kindes passiert es selten, dass Eltern joggen und Kinder hocken. Es sind eher die Jugendlichen, die hocken bleiben. Bei der Frage Umsetzung einer Qualitätssicherung kommt es darauf an, wie man dies gestaltet. Die Jugenduntersuchung ist freiwillig. Im Kindes- und Jugendalter kann man es über die

Schule machen, so wie es in der Pisastudie geschildert wurde. Dabei werden allerdings nicht alle Altersbereiche erfasst. Die Frage ist, ob es nicht so etwas wie einen Zensus, den es früher schon mehrfach gegeben hat, in regelmäßigen Abständen auch zu diesem Thema geben soll. Ich komme aus Bayern. Ich bekomme alle drei Jahre einen Brief, in dem Dinge wie Einkommensverhältnis, Einkaufsverhalten, Lebensversicherung abgefragt werden - und zwar verpflichtend. Wenn man den Fragebogen nicht abgibt, dann bekommt man Ärger. Die Möglichkeiten, solche Daten zu erheben, gibt es offensichtlich. Ich würde so eine Fragebogenaktion – aus allen Bundesländern und Schichten - begrüßen, damit man eine repräsentative Aussage machen kann.

Sv Dr. Eckart Fiedler (Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse): Herr Dr. Banzer hat vorhin schon darauf hingewiesen. Wir hatten gestern eine Pressekonferenz, wo wir die Zahl der Sportabzeichen, die im letzten Jahr abgelegt wurden, genannt haben. Im letzten Jahr waren es 827 000 und in diesem Jahr sollen es 1 Million sein. 70 % der Sportabzeichen wurden durch Kinder und Jugendliche abgelegt. Dies wurde maßgeblich durch einen Schulwettbewerb initiiert. Dahinter steht ein Anreiz. Pro abgelegtem Sportabzeichen bekommt die Schule eine Geldprämie und die Schule, die die besten und meisten Sportabzeichen erreicht hat, erhält weitergehende Prämien. Diese Prämien müssen gezielt zur Förderung des Schulsports eingesetzt werden. Das ist ein Weg, um mehr zu bewegen. Ich möchte noch einmal betonen: Wenn wir heute feststellen, dass etwa 500 000 Schülerinnen und

Schüler das Sportabzeichen abgelegt haben, dann steht dahinter eine Teilnehmerzahl von rund 1 Million. Das ist eine Möglichkeit, etwas über die Schule zu erreichen. Ich stimme Ihnen allerdings zu, dass wir auch den anderen Weg versuchen müssen, um den Eltern deutlich zu machen, wie wichtig Bewegung für die Kinder ist.

Abg. Parr (FDP): Die Frage einer nationalen Kampagne hat Frau Dr. Pott schon beantwortet. Herr Dr. Hebestreit, bezüglich der nationalen Untersuchung habe ich noch eine Frage. Bei der Vorbereitung unseres Antrages haben wir festgestellt, dass im SGB IX im Bereich der Gesundheitsberichterstattung der Bereich Bewegung und Ernährung fehlt. Wäre es möglich, über den Weg der Gesundheitsberichterstattung an Daten zu kommen?

Herr Prof. Schlicht, Sie haben gesagt, dass die skandinavischen Länder die Prävention in ihrer Verfassung verankert haben. Können Sie uns vielleicht an einem Beispiel aufführen, wie das dort konkret aussieht?

Meine dritte Frage geht an Herr Dr. Fiedler und Herr Courvoisier. Es gibt die neue Gesamtvereinbarung Rehasport, in der die Verkürzung der Teilnahmedauer ein wichtiger Punkt ist. Mir ist ein Schreiben auf den Tisch gekommen, aus dem deutlich wird, dass praktisch jede Folgeverordnung des behandelnden Arztes in Frage gestellt wird. Der MDK wird zur Stellungnahme gebeten und nach Aktenlage wird festgelegt, dass die Behandlung nicht fortgesetzt werden soll. Wie beurteilen Sie das?

Meine letzte Frage geht an Herrn Prof. Löllgen. Die FDP-Fraktion hat einen Antrag zur Früherkennung und Behandlungsmöglichkeiten von Demenzerkrankungen gestellt. Sie schreiben, es sei erwiesen, dass körperliches Training die funktionelle Alterung mildert und verzögert. Gibt es darüber Hinweise?

Sv Priv. Doz. Dr. Helge Hebestreit (1. Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin e.V.): Ich sehe keine Möglichkeit, mit anderen Daten diese Fragen klären zu können. Sie bekommen zwar auf einem anderen Wege sicherlich heraus, wie krank das deutsche Volk ist, etwa wenn Sie die ganzen Diagnoseziffern durchprüfen. Aber Sie wissen damit trotzdem nicht, wie sie sich bewegen und ernähren. Ich wüsste auch nicht, wie man dies damit implementieren sollte.

Sv Prof. Wolfgang Schlicht (Institut für Sportwissenschaft der Universität Stuttgart): Ich kann Ihnen den genauen Wortlaut der Verfassung aus Finnland nicht nennen. Allerdings ist in der Verfassung die Bewegung und der Sport verankert. Das hat dazu geführt, dass in der Bevölkerung eine Mentalitätsveränderung stattgefunden hat. Die Kommunen und Einrichtungen, die eine Verpflichtung gegenüber ihren Bürgern auf die Förderung von Bewegung und Sport haben, sind auch tätig geworden.

Sv Dr. Eckart Fiedler (Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse): Diese Rahmenvereinbarung, die vorhin auch schon einmal angesprochen wurden, soll möglichst zum

1. Juli in Kraft treten – das ist zumindest unser Wunsch. Danach müssen wir für den Rehasport die vollen Kosten übernehmen. Bisher haben wir sie bezuschusst. Das heißt, für uns wird es teurer. Auf der anderen Seite will man je nach Indikation und Schweregrad der Erkrankung die Leistungsdauer auf mindestens 6 und höchstens 36 Monate einschränken. Das ist also nicht ein Zeitraum - zwei oder dreimal und dann hören wir auf – sondern schon eine längere Zeitstrecke. Der Teilnehmer erlernt auch ein neues Verhalten, welches ihm ermöglicht, seine Übungen in eigener Verantwortung selbständig durchzuführen. Ich halte diesen Grundsatz für richtig. Im Einzelfall muss sicherlich unterschiedlich beurteilt werden. Es kann allerdings nicht darum gehen, von vorneherein zu sagen, das dies lebenslang erfolgen soll. Bei dieser Gelegenheit muss auch gesagt werden, dass es nicht ausschließlich um Herzfördersportgruppen gehen kann, sondern dass neue Indikationen dazukommen. Wir müssen also in diesem Bereich viel mehr tun und investieren.

Sv Hartmut Courvoisier (Vizepräsident Rehabilitationssport des Deutschen Behinderten-Sportverbandes): Ich möchte dazu noch etwas ergänzen. Lange Jahre war es so, dass der Rehabilitationssport mit geringen Mitteln gefördert wurde. Durch das neue Gesetz wurde eine Kostenübernahme im Rehabilitationssport geregelt. Es ist richtig, dass der Rehabilitationssport aufgrund seiner vielfältigen Indikationen Geld kostet. Er hat auch bisher Geld gekostet. Es ist sicherlich auch richtig, dass die Rehabilitation mit einer gewissen Zielsetzung angeboten wird. Wann ist etwa das

Ziel der Rehabilitation erreicht, kann es überhaupt erreicht werden oder muss immer weiter gefördert werden? Ich glaube allerdings, wenn wir den Rehabilitationssport auch in der finanziellen Unterstützung zurückfahren, wird der Behinderte sicherlich von sich aus auf Dauer nicht am Sport teilnehmen. Er ist zum großen Teil auf finanzielle Unterstützung angewiesen, um diesen Sport auch auszuüben. Ich befürchte, wenn der Leistungsumfang der Kostenträger zurückgefahren wird, dass eine Vielzahl der Behinderten in den nächsten Jahren am Rehabilitationssport nicht mehr teilnehmen wird und somit auf die Krankenkassen höhere Kosten zukommen.

Sv Prof. Dr. Herbert Löllgen (Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention): Wir wissen aus verschiedenen Untersuchungen, dass man in der Tat die funktionelle Alterung durch regelmäßiges körperliches Training aufhalten kann. Prof. Hollmann hat sich damit sehr beschäftigt. Es gibt auch andere Studien, die das aufzeigen. Die Studie, auf die ich mich beziehe, zielt ab auf ältere Menschen. In dieser Studie mussten die älteren Menschen ganz bestimmte Aufgaben erfüllen, etwa Rechenaufgaben, Schreibaufgaben und Kommunikationsaufgaben. Diese Aufgaben mussten sie nach einer gewissen Zeit wiederholen. Dabei zeigte sich, dass nur diejenigen, die in der Zwischenzeit regelmäßig ein Ausdauertraining gemacht haben, sich in kognitiven Funktionen deutlich verbessert haben, während diejenigen, die eine Kontrollgruppe darstellten, keine bessere Leistung aufwiesen. Man kann durch andere Gehirnfunktionsmessungen auch zeigen, dass man

durch ein Ausdauertraining die Funktion verbessern kann. Es wird zur Zeit noch darüber spekuliert, dass die Funktionsverbesserung im Alter bei beginnender Demenz gleichzusetzen ist mit der Wirkung eines Medikaments. Es ist das Teuerste, das wir zur Zeit haben, nämlich Memantin. Den gleichen Effekt kann man durch ein regelmäßiges Training erzielen. Das Training muss gar nicht sehr intensiv sein – selbst ein wenig intensives Training kann etwas bewirken.

Abg. Hermann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Da die Zeit vorbei ist, möchte ich nur noch ein paar Bemerkungen machen. Ich erwarte keine Antworten.

Ich glaube, dass wir heute einen Teilbereich zu wenig bearbeitet haben, der aber wichtig ist, nämlich den Bewegungsmangel im Alltag. Was können wir machen, damit im Alltag Bewegungsaktivitäten stattfinden?

Bezogen auf die Kinder glaube ich, dass die Bewegungs- und Spielräume von Kindern zur Zeit so sind, dass sie zuwenig Bewegungsanreize bieten. Und diejenigen, die mit Kindern zu tun haben, ob es Eltern, Kindergärtnerinnen oder Erzieher sind, haben vermutlich zuwenig Kompetenz, um Bewegungsanreize zu setzen.

Bezogen auf den Streit „Was muss die Schule leisten“? müsste meines Erachtens zumindest in die Richtung entschieden werden, dass der Sport sich verpflichtet, auch Gesundheitskompetenz zu vermitteln und nicht nur Sportartenkompetenz. Es muss Antworten geben, wie

man sich richtig bewegt und wie man gesund lebt. Das sehe ich als einen Auftrag an die Länder an.

Die Pisa-Studie wurde mehrfach angesprochen. Das eigentliche Problem der Pisa-Studie ist, dass sie Köpfe untersucht und keine Körper – Körper und Bewegung finden dort also nicht statt. Wir brauchen keine nationale, sondern eine internationale Vergleichsuntersuchung über Körper, Zustände, Bewegungs- und Spielfähigkeit von jungen Menschen.

Die Kampagne „Deutschland bewegt sich“ ist schon ganz gut, aber zu wenig frech. Die Aidskampagne hat wesentlich davon gelebt, dass sie provokant und frech war. Ich glaube nicht, dass wir es schaffen, wenn wir nur sagen „Deutschland bewegt sich“, sondern „Beweg dich, du Sack“.

Es leuchtet mir ein, dass wir bei den Seniorinnen und Senioren der zukünftigen Generation eine Chance haben. Früher haben die Senioren in ihrem Leben keinen Sport getrieben. Jetzt kommen die Senioren, die ihr Leben lang Sport betrieben haben und die ein anderes Verhältnis dazu haben. Sie sind vielleicht auch frischer und jünger, so dass man mit denen eine Kampagne starten kann.

Bei der Prävention und den Kassen ist mir deutlich geworden, dass man so etwas wie eine klimaschützende Politik betreibt. Die Politik weigert sich auch, Aufgaben zu übernehmen, wenn diese jetzt etwas kosten und sich dies später erst auszahlt. Bei den Kassen ist es so ähnlich. Ich finde, man muss sich Gedanken

darüber machen, wie man Anreize für die Kassen setzt. Langfristige Präventionsinvestitionen müssen sich lohnen – und zwar auch finanziell.

Zum Schluss noch eine Bemerkung: Ich glaube, wir brauchen mehr als ein Gesetz - wir brauchen eine langfristig angelegte Strategie. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Ich glaube, uns allen im Sportausschuss ist deutlich geworden, dass wir die Zusammenhänge Sport, Bewegung, Gesundheit, Wohlergehen und Kostenersparnis ins Parlament bringen müssen. Zum Abschluss möchte ich mich ganz herzlich bei unseren Sachverständigen für ihr Kommen bedanken. Sie haben uns nachhaltige Erkenntnisse vermittelt, die wir im Parlament weiter diskutieren werden. Ich wünsche Ihnen allen einen guten Nachhauseweg.

Schluss der Sitzung: 18.05 Uhr

Peter Rauen, MdB
Vorsitzender