

Prävention stärken!

Die 4. Säule als wichtiger Baustein
für unser Gesundheitssystem!



„Länger besser leben.“-Institut der Universität Bremen und der BKK24

Dokumentation

des ersten „Länger besser leben.“-Kongresses am 26. April 2018

Inhaltsverzeichnis

Gerd Glaeske, Friedrich Schütte Einleitung und Zusammenfassung	4
Detlef Kuhlmann Sporttreiben als Lebenskunst? Ein Konzept in pädagogischer Perspektive	6
Bärbel-Maria Kurth Diabetes und Adipositas: Von der Epidemiologie zu Public Health und Global Health	8
Hans Hauner Die Volkskrankheit Diabetes – eine wachsende Herausforderung für die Zukunft	12
Petra Kolip & Thomas Altgeld Prävention mit der Gießkanne? Qualitätsentwicklung als Schlüssel für geschlechtergerechte Angebotsentwicklung Der Mythos vom Gesundheitsmuffel Mann stirbt wohl zuletzt – Männnergerechte Prävention und Gesundheitsförderung Streitgespräch: Einsamer Gesundheitsmuffel versus Gesundheitsmanagerin der gesamten Familie?	14
Rolf Rosenbrock Weil Du arm bist, musst Du früher sterben... Befunde und Strategien	16
Gerd Glaeske „Länger besser leben.“ – Prävention als Strategie Regionale Daten für die richtigen Präventionsangebote	18
Fazit	21
Lebensläufe der Referent*innen	22
Medienresonanz	26
Abbildungsverzeichnis	31

Impressum

Herausgeber: „Länger besser leben.“-Institut der Universität Bremen
Mary-Somerville-Str. 5, 28359 Bremen

Autor: Gerd Glaeske
wissenschaftlicher Leiter des „Länger besser leben.“-Institutes der Universität Bremen
Mary-Somerville-Str. 5, 28359 Bremen, E-Mail: gglaeske@uni-bremen.de

Internet: www.socium.uni-bremen.de

Gerd Glaeske, Friedrich Schütte

Einleitung und Zusammenfassung

Am 26. April 2018 fand der erste Kongress des „Länger besser leben.“-Institutes zum Thema „Prävention stärken!“ in der HDI Arena in Hannover statt. Prävention als vierte Säule unseres Gesundheitssystems, neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege zu stärken und auszubauen, stand als Forderung im Mittelpunkt des Kongresses.



Prof. Dr. Gerd Glaeske, wissenschaftlicher Leiter des „Länger besser leben.“-Instituts

Drei große Trends bestimmen die Entwicklung der Gesundheit in der Bevölkerung reicher Industrieländer. Neben einer steigenden Lebenserwartung ist die Dominanz chronischer, oft vermeidbarer Krankheiten unübersehbar. Unübersehbar ist aber auch, dass die Chancen für ein gesundes und langes Leben ungleich verteilt sind. Die Lebenserwartung sinkt mit niedrigem Bildungsstand und Sozialstatus. In diesem Zusammenhang kann Prävention zu einer bestimmenden und bedeutenden Variablen moderner Gesundheitssicherung auf medizinischer, politischer und ökonomischer Ebene werden. Die Nutzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen kann

- die Ungleichheit von Gesundheitschancen reduzieren,
- die Krankheitshäufigkeit in unserer Gesellschaft verringern,
- die Dauer der Morbidität am Lebensende verkürzen („compression of morbidity“)
- und sich damit auf Dauer auch kostendämpfend auf das Gesundheitssystem auswirken.

Dieses gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Potenzial von Prävention wird derzeit trotz des bereits im Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes noch zu wenig genutzt – die vierte Säule in unserem Gesundheitssystem neben der Behandlung, der Rehabilitation und der Pflege muss weiter gestärkt werden. Mit dem Präventionskongress des „Länger besser leben.“-Instituts, einer Kooperation der Universität Bremen und der BKK24 zur Förderung von Prävention und Gesundheit, haben wir dazu einen Beitrag geleistet. Unser Anliegen war es, das erkennbare Präventionspotenzial mit dem übergeordneten Public-Health-Aspekt

zu verbinden. Es ging auch um die Evaluation bisheriger präventiver Maßnahmen, um die Entwicklung neuer Konzepte und um einen verbesserten Ergebnistransfer in die Öffentlichkeit. Dies sind auch Beispiele für die Ziele des „Länger besser leben.“-Instituts, das die Präventionsangebote der BKK24 auf regionaler Ebene begleitet und evaluiert.

In der Begrüßung wies Prof. Dr. Gerd Glaeske, der wissenschaftliche Leiter des „Länger besser leben.“-Institutes und Co-Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung des SOCIUM der Universität Bremen, dabei auf die besondere Wirksamkeit der Prävention hin: „Sie kann auf Dauer die Häufigkeit vor allem chronischer Krankheiten senken und die Gesundheit der Menschen erhalten und fördern. Dieses Potenzial wird in Bezug auf die Lebensqualität der Bevölkerung und auf gesundheitsökonomische Folgen noch immer zu wenig wahrgenommen.“

In seinen einführenden Worten bezeichnete der Vorstand der BKK24, Friedrich Schütte, diese skizzierte Ausrichtung des „Länger besser leben.“-Instituts und die gesamte Zielrichtung des Präventionskongresses als eine „Investition in die Zukunft“ mit nachhaltigen Vorteilen für eine „verbesserte Versorgungsqualität“ und für „geringere Leistungsausgaben.“



Friedrich Schütte
BKK24-Vorstand

Im Anschluss daran unterhielten sich Andreas Kuhnt und Jessica Blume als öffentlich bekannte „Länger besser leben.“-Botschafter*in der BKK24 sowie Martin Kind, Präsident des Sportvereins Hannover 96, über ihre individuellen gesundheitsbezogenen Aktivitäten im Alltag. Dadurch wurde auch an dieser Stelle bereits deutlich, dass unterschiedliche Lebensstile auch unterschiedlicher Präferenzen für verschiedene Präventionsmaßnahmen bedeuten können.



„Länger besser leben.“-Botschafter Jessica Blume und Andreas Kuhnt



Andreas Kuhnt und Martin Kind, Präsident Hannover 96

Der wissenschaftliche Vortrag von Prof. Dr. Detlef Kuhlmann, Leiter des Arbeitsbereichs Sport und Erziehung am Institut für Sportwissenschaft der Leibniz Universität Hannover, stellte Überlegungen in den Mittelpunkt, wie aus pädagogischer Perspektive das Sporttreiben als ein sinnvolles Element in die praktische Lebensführung des Menschen integriert werden kann. Diese Aktivitäten verband er mit dem Aspekt der Lebenskunst. Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth, Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Institutes, referierte über die immer noch stark zunehmenden Volkskrankheiten Adipositas und Diabetes aus epidemiologischer, Public und Global Health Perspektive und wies als Resümee auf die Forderung der WHO hin, Strategien zu fördern, um diesen Trend zu stoppen. Auch Prof. Dr. Hans Hauner, Ordinarius für Ernährungsmedizin an der TU München, sah die Diabetes-Erkrankung als wachsende Herausforderung für die Zukunft und verlangte mehr Einflussnahme der Bundesregierung auf Aktivitäten, um die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung zu verbessern. Verhaltensprävention sei gut, müsse aber immer durch eine wirksame Verhältnisprävention unterstützt und begleitet werden. So sei in diesem Zusammenhang z. B. die Einführung einer Zuckersteuer ein wichtiger und auch richtiger Schritt.

Die unterschiedlichen Aspekte des Zusammenhangs zwischen Geschlecht und gesundheitsrelevantem Verhalten von Frauen und Männern waren die zentralen Diskussionspunkte des Podiumsgesprächs zwischen

Prof. Dr. Petra Kolip, Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, und Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialwissenschaften Niedersachsen. Eine Kernthese lautete, dass eine geschlechtsspezifische Ansprache für eine wirksame Prävention ebenso relevant ist wie die Förderung von Geschlechtergerechtigkeit in unserer Gesellschaft. Der Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, betonte die Relevanz der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen. Er forderte

konkrete Maßnahmen zur verstärkten Einbeziehung unterstützender und die Abschaffung hemmender Bedingungen bei geplanten Interventionen der Verhältnisprävention. Nahezu als Zusammenfassung der Kongress Themen forderte der Mitinitiator des Kongresses, Prof. Gerd Glaeske, Prävention und Gesundheitsförderung als gemeinsame Strategie zu verbinden, um Gesundheitspotenziale der Bevölkerung auszuschöpfen, einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten und auf diese Weise zu einer Verringerung der Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems beizutragen. Eine bessere Gesundheit durch Prävention ist nur durch verbesserte Bildung und Verringerung von sozialer Ungleichheit in unserer Gesellschaft möglich, so sein Fazit. In diesem Sinne sei das „Länger besser leben.“-Programm für diese Strategie ein gelungenes Beispiel. Aber: Die Gesundheit einer Gesellschaft ist letztlich ohne eine adäquate Gesundheits- und Sozialpolitik nicht machbar.

Die vorliegende Dokumentation des Kongresses fasst die Beiträge und Ergebnisse des Kongresses zusammen und zeigt auch einzelne Vortragsfolien der Referent*innen. Der Aufbau orientiert sich dabei eng am Ablauf der Veranstaltung und den eingereichten Abstracts.

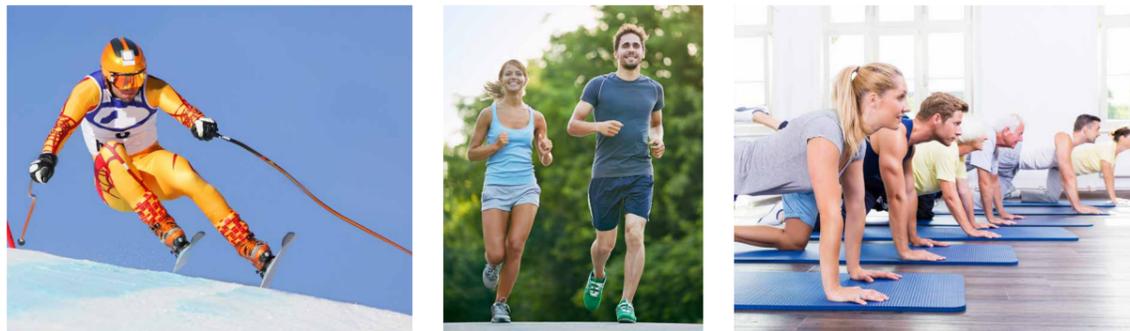
Detlef Kuhlmann

Sporttreiben als Lebenskunst? Ein Konzept in pädagogischer Perspektive

Die verbindende Klammer der folgenden Bilder sind Menschen in scheinbar freiwilliger und motivierter Bewegung. Obwohl ihre Aktivitäten nicht lebensnotwendig sind, stellen sich Fragen, warum sie dies tun bzw. ob Sporttreiben Lebenskunst ist.

dig sind, stellen sich Fragen, warum sie dies tun bzw. ob Sporttreiben Lebenskunst ist.

Abbildung 1: Sporttreiben als Lebenskunst



Aus pädagogischer Perspektive thematisiert der Referent zunächst das entsprechende philosophische Konzept bzw. die Fundierung der Lebenskunst. Der Sportpädagoge Eckart Balz wies als erster auf die Verbindung von Sport, Pädagogik und Lebenskunst hin und knüpfte dabei konstruktiv an die neuere Philosophie der Lebenskunst an, die von Wilhelm Schmid begründet wurde.

Den einzigen und typischen Sinn des Sports gibt es nicht. Nach Dietrich Kurz werden sechs Sinnbezirke beim Sporttreiben unterschieden: Leistung, Gesundheit, Miteinander, Spannung, Ausdruck und Eindruck. Individuelle Gründe, Bedeutungen und sich verändernde Präferenzen beeinflussen die Zuordnung zu diesen Sinnbezirken.

Aktiv betriebener Sport gilt dabei als ein auswechselbares Element der Lebensgestaltung und gehört nicht zwangsläufig zur Lebenskunst. Schmid versteht Lebenskunst als fortwährendes Nachdenken über die möglichen Formen eines bewusst geführten und reflektierten Lebens. Zur Fürsorge für sich selbst gehören entsprechende Orientierungen und Entscheidungen im Sinne einer optativen Wahl, eingebettet in die individuelle Lebensspanne, die Historie und den Kontext gesellschaftlicher und sozialökologischer Verhältnisse. Eine Widersprüchlichkeit könnte sich dabei aus der Tatsache ergeben, dass Entscheidungen getroffen werden müssen, ohne vorher genau zu wissen, ob es die richtige Entscheidung ist. Somit ist die Philosophie der Lebenskunst auch mit der Gefahr des Scheiterns verbunden. Freiheit und Zwang bei Entscheidungen sind untrennbar verbunden – eine dieser Optionen der Lebensgestaltung kann der Sport sein. Wer „ja“ sagt zum Sport, ist dazu letztlich keinesfalls gezwungen, schließlich ist auch ohne Sporttreiben ein gutes Leben möglich. Aber Sport erfährt dann eine besondere Bedeutung als aktives, sinngestaltendes Lebenselement.

Kuhlmann bietet Anknüpfungspunkte zur Philosophie der Lebenskunst durch praktische Orientierungshilfen für das Sporttreiben an:

- Erfüllte Gegenwart erleben (aktiver Sport fördert Präsenz- und Authentizitätsgefühle)
- Eigenes Können entwickeln (Leistungs-/Könnensentwicklungen, „Flow“-Kanal-Erfahrungen)
- Prinzipielle Ambivalenzen erkennen (Lebensbereicherung, Erfolgszuversicht und Empathie vs. Misserfolgserfolgsängstlichkeit und Aggression oder gesundheitliche Chancen vs. Verletzungsgefahr).
- Gute Gewohnheiten pflegen (Asketik, Kontinuität, Regelmäßigkeit)
- Wechselvolle Vielfalt erfahren (kontrastierende Handlungsmöglichkeiten, Neuanfänge statt Gewohnheitsbildung und Gleichförmigkeit) und
- Persönliche Verantwortung übernehmen (freiwillige, wissentliche Verantwortungsübernahme mit realistischen Erwartungen und Kritikfähigkeit)



Das skizzierte Konzept „Sporttreiben als Lebenskunst?“ in pädagogischer Perspektive impliziert die Frage, wie es (noch besser) gelingen kann, dass Menschen überhaupt zum Sport finden. Und es gilt dafür zu sorgen, dass der Sport ihnen zugutekommt – bestenfalls also eine Lebensbereicherung für sie darstellt.

Schlussfolgerung

Kuhlmans Erörterungen führen zu einem offenen Fazit. Sporttreiben beruht auf Freiwilligkeit, niemand kann dazu gezwungen, alle aber eingeladen werden. Dies gilt nicht nur für das Sporttreiben, sondern auch für das Kongressthema: „Zur Gesundheitsprävention kann man niemanden zwingen, sondern nur auffordern. Eine Offerte, um gesundheitliche Prävention zu stärken, kann dabei das Sporttreiben allemal sein. Dann ist „Länger besser leben.“ das Ziel der Lebenskunst schlechthin.“

Kontakt

Prof. Dr. Detlef Kuhlmann
Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover, Am Moritzwinkel 6, 30167 Hannover
detlef.kuhlmann@sportwiss.uni-hannover.de

Bärbel-Maria Kurth

Diabetes und Adipositas: Von der Epidemiologie zu Public Health und Global Health

Die stark ansteigenden Volkskrankheiten Typ 2 Diabetes und Adipositas sind in der Kausalkette von verschiedenen Faktoren abhängig. Dazu gehören sozioökonomische, kulturelle, umweltbedingte und politische Kontextvariablen sowie Risikofaktoren vermeidbarer (z. B. Fehlernährung, Rauchen) und nicht vermeidbarer Art (z. B. Alter, genetische Ausstattung). Daraus resultierende krankheitsnahe Risikoprofile können zu chronischen Erkrankungen führen – so sind Patienten mit Adipositas gefährdet, an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken.

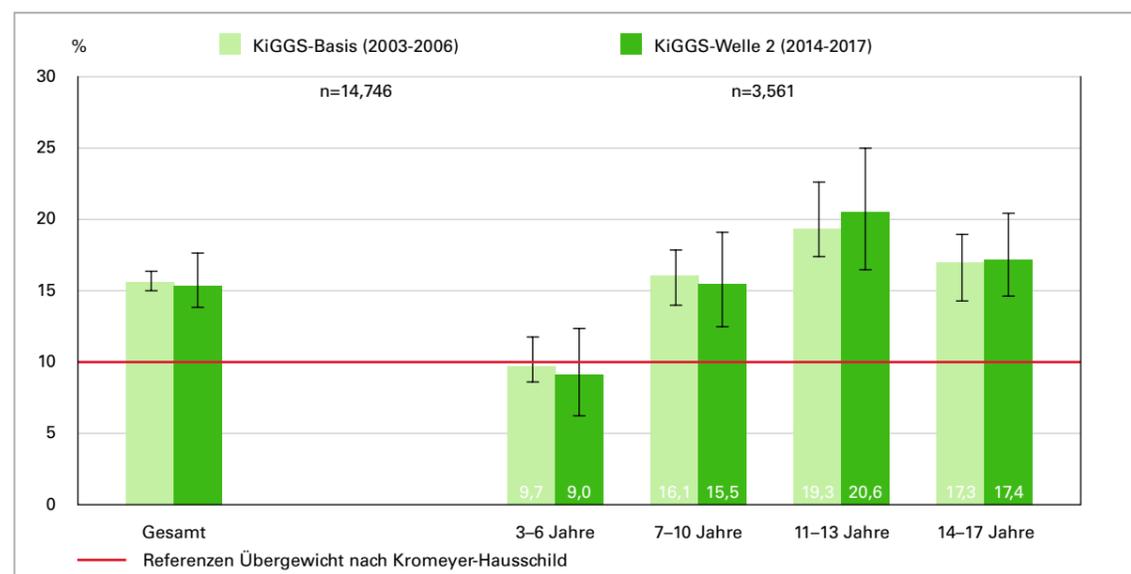
Den weiteren Anstieg der Auftretenshäufigkeit von Typ 2 Diabetes und Adipositas zu stoppen, gehört zu den neun wichtigsten von der WHO deklarierten Gesundheitszielen weltweit [1]. Zur Einschätzung dessen, wie weit entfernt oder wie nah Deutschland diesem Ziel ist und welche Wege dorthin erfolgreich sind, bedarf es eines kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings [2]. Die bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) gehören zu den Datenquellen, die Informationen zu Prävalenzen und Inzidenzen von Diabetes und Adipositas liefern und darüber hin-

aus zeitliche Trends sowie regionale und soziale Differenzierungen ermöglichen.

Ausgewählte Ergebnisse zu Adipositas:

Die Ergebnisse der ersten KiGGS-Erhebung des RKI (Fragebögen, Ernährungsfragebögen, ärztliches Interview, körperliche Untersuchungen und Tests sowie Laboruntersuchungen) aus den Jahren 2003 bis 2006 zeigten, dass sich der Anteil der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen innerhalb eines 20 Jahres-Zeitraumes von 10 % auf 15 % erhöht und sich die Verbreitung von Adipositas von ursprünglich 3 % auf ca. 6 % verdoppelt hat. Bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien lag dieser Anteil sogar noch um ein Vielfaches höher [3]. Diese und andere besorgniserregende Ergebnisse waren die Grundlage für die Formulierung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“. Darin wurde ein „Stopp“ des weiteren Anstiegs der Adipositas- und Übergewichtsprävalenzen gefordert [4]. Seit dem Erhebungszeitraum 2003 bis 2006 hat sich der Anteil der übergewichtigen bzw. der adipösen Kinder und Jugendlichen tatsächlich nicht weiter erhöht [5].

Abbildung 2: Adipositasprävalenz – Trend nach Altersgruppen



Dennoch dürfen die Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zur Reduzierung des Anteils von adipösen Kindern nicht nachlassen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Weichen für Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter bereits in der Kindheit gelegt werden [6]. Dementsprechend zeigen die Daten der Erwachsenen, dass präventive Maßnahmen bereits in der Kindheit ansetzen müssen [7].

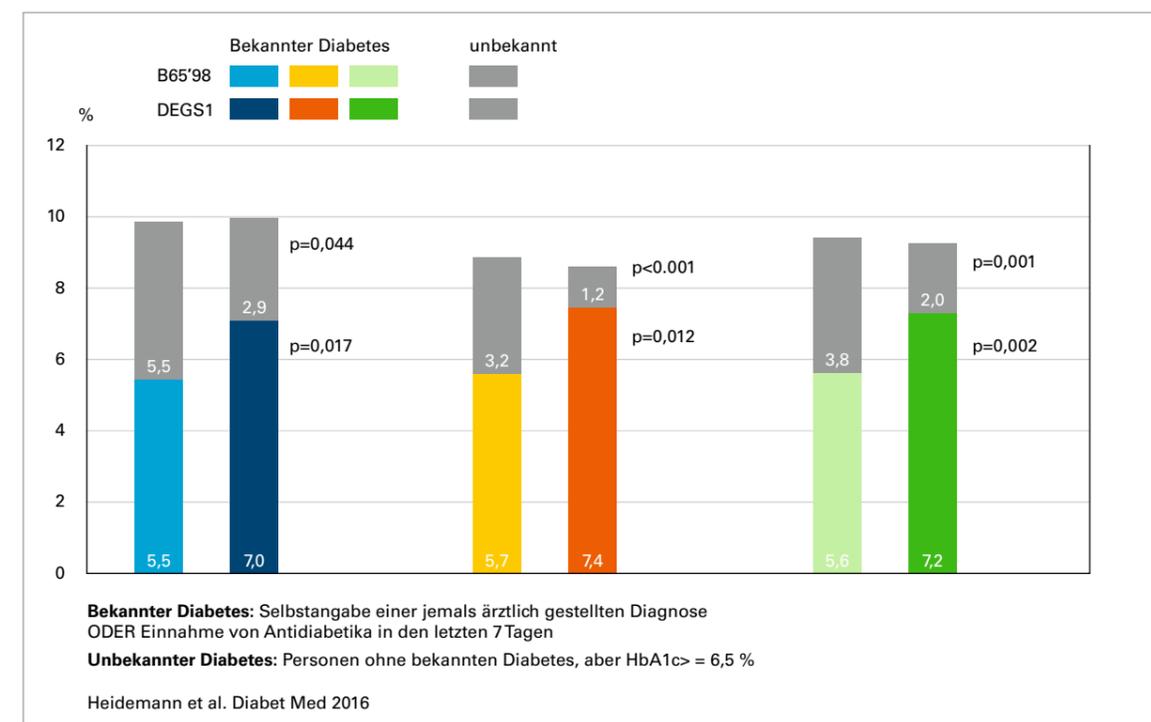
wicht und Adipositas im Erwachsenenalter bereits in der Kindheit gelegt werden [6]. Dementsprechend zeigen die Daten der Erwachsenen, dass präventive Maßnahmen bereits in der Kindheit ansetzen müssen [7].

Ausgewählte Ergebnisse zu Diabetes:

Die Ergebnisse zahlreicher Studien zeigen einen deutlichen Anstieg von Typ 2 Diabetes in der erwachsenen Bevölkerung. Während die Prävalenz bis in die 1960er

Jahre unter 1 % lag, zeigen die Gesundheitssurveys des RKI aktuell eine Prävalenz zwischen 7 und 9 % [8]. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland im Mittelfeld [9].

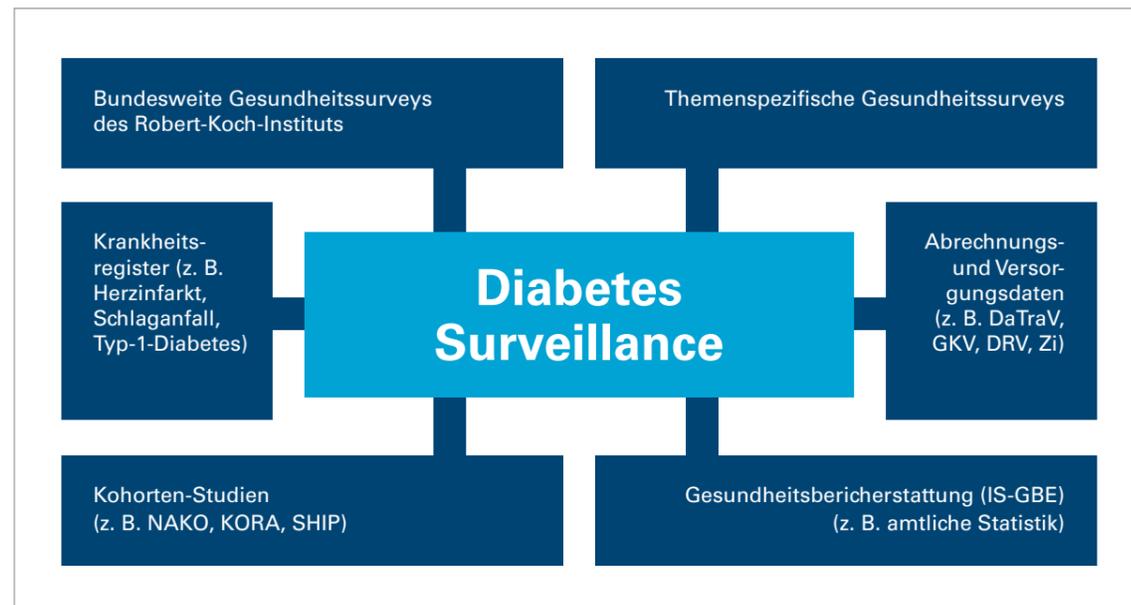
Abbildung 3: Diabetes-Verbreitung bei Erwachsenen 18–79 Jahre, BSG98 (1997/99) vs. DEGS1 (2008/11)



Der Anteil des unerkannten Diabetes hat sich nach den RKI-Untersuchungssurveys von 1999 bis 2011 zwar von 3,4 auf 2 % verringert [10], was auf eine bessere Versorgungssituation hinweist, dennoch ist die Gesamtprävalenz von Diabetes in der erwachsenen Bevölkerung (18 bis 79 Jahre) alarmierend. Typ 2 Diabetes gehört zu den Volkskrankheiten von erheblich hoher Public-Health-Relevanz, sodass er Gegenstand des nationalen Gesundheitszieles „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ ist [11].

Derzeit wird am RKI eine Diabetes-Surveillance aufgebaut, die unter Einbeziehung aller verfügbaren Datenquellen Grundlage für eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung zu Diabetes werden soll [12] und den Gesundheitszieleprozess begleiten kann.

Abbildung 4: Aufbau einer Diabetes Surveillance



Schlussfolgerung

Adipositas und Diabetes steigen auch weltweit an. Der Beitrag Deutschlands zur Bewältigung dieser globalen

Gesundheitsprobleme kann durch Ausbildung, „Capacity Building“ und Wissenschaftskooperationen geleistet werden.

Kontakt

Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth
Robert Koch-Institut, Abt. Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, PF 65 02 61, 13302 Berlin
KurthB@rki.de

Literatur

1. World Health Organization. „Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2013.“ Geneva: World Health Organization (2015).
2. Kurth B-M, Ziese T, Tiemann F: Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2005; 48: 261-72.
3. Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (KiGGS).] Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz, Band 50, Heft 5/6: 736-743.
4. Nationales Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. (2010) Kooperationsverbund gesundheitsziele.de Online
http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1010/Nationales_Gesundheitsziel_Gesund_aufwachsen_2010.pdf (Stand: 16.04.2018)
5. Schienkiewitz A, Damerow S, Mauz E, Vogelgesang F, Kuhnert R et al.: „Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte.“ Journal of Health Monitoring 2018 3(1): 76 – 81. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-013
6. Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A: „Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends.“ Journal of Health Monitoring 2018 3(1):16-23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005
7. Mensink, Gert BM, et al. „Übergewicht und Adipositas in Deutschland.“ Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56 (5-6) (2013): 786-794.
8. Heidemann C, Scheidt-Nave C.: Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Diabetes mellitus bei Erwachsenen in Deutschland–Bestandsaufnahme zur Diabetes-Surveillance. Journal of Health Monitoring. 2017;2(3):105-29.
9. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)/European Union (EU) (2016) Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Chapter 3: Diabetes prevalence. OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en> (Stand: 29.11.2016)
10. Heidemann C, DuY, Paprott R, Haftenberger M, Rathmann W, Scheidt-Nave C: Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997-1999 and 2008-2001. Diabet Med 2015 33 (10) 1406-1414.
11. Brenner G, Altenhofen L, Knoepfadel J, Weber I: Nationale Gesundheitsziele: Diabetes mellitus Typ 2 als Zielbereich. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2003; 46 (2): 134-143.
12. Gabrys L, Schmidt C, Heidemann C, Baumert J, Du Y, Paprott R, et al.: Diabetes-Surveillance in Deutschland–Hintergrund, Konzept, Ausblick. Journal of Health Monitoring. 2017;2(1):91-104.

Hans Hauner

Die Volkskrankheit Diabetes – eine wachsende Herausforderung für die Zukunft

Der Typ 2 Diabetes mellitus hat in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit erhalten. Nach aktuellen Statistiken leiden weltweit bereits mehr als 400 Millionen Menschen an dieser Krankheit. Für die nächsten 20 Jahre wird ein weiterer besorgniserregender Anstieg

erwartet. In Deutschland sind nach neuesten Analysen und Schätzungen mindestens 6,5 Millionen Menschen betroffen, mit ebenfalls steigender Tendenz. Dagegen sind vergleichsweise wenige Patienten vom Typ 1 Diabetes betroffen (ca. 300.000 Menschen).

Abbildung 5: Aktuelle Versorgung der Diabetes mellitus-Erkrankten

- Die Mehrzahl der Menschen mit Diabetes mellitus sind in DMPs eingeschrieben (z. B. 4,14 Mio. Menschen in Typ 2 DMPs im Jahr 2017).
- Von diesen Personen sind 80 – 85 % gut eingestellt (gemessen am HbA1c < 7 %), allerdings geringe Datentransparenz.
- Dennoch gibt es eine hohe Zahl von Patienten mit gravierenden Komplikationen (z. B. 40.000 Amputationen und 2.000 Erblindungen pro Jahr).
- Es ist davon auszugehen, dass sich die Prognose von Menschen mit Diabetes weiter verbessern wird.

Menschen mit Typ 2 Diabetes tragen ein erhöhtes Risiko, in Abhängigkeit von der Therapiequalität multiple Sekundärkomplikationen insbesondere an ihrem Gefäßsystem zu entwickeln. Dies belastet nicht nur die betroffenen Patienten, sondern ist auch mit erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden.

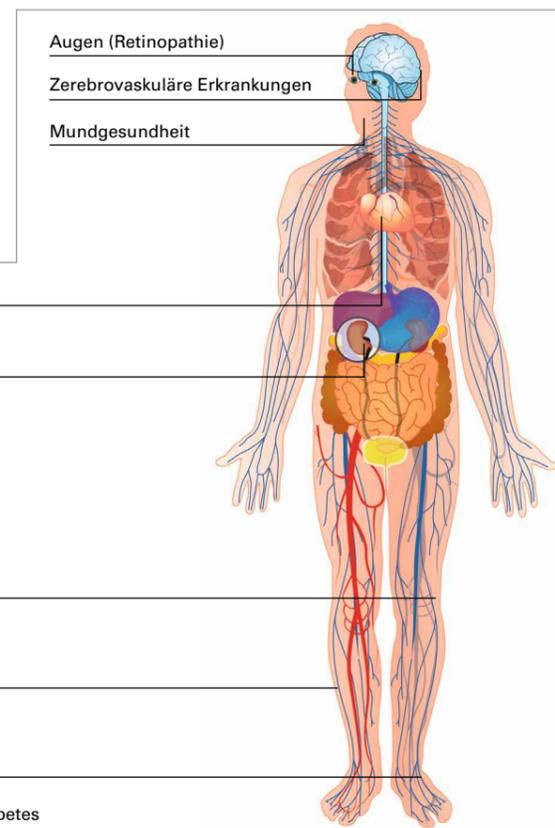


Abbildung 6: Diabetisches Spätsyndrom

- Koronare Herzerkrankung
- Niere (Nephropathie)
- Autonomes Nervensystem (Gastroparese, Impotenz)
- Peripheres Nervensystem (Neuropathie)
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Diabetisches Fußsyndrom

modifiziert nach <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/what-is-diabetes>

Der Typ 2 Diabetes ist eine typische moderne Zivilisationserkrankung, die eng mit der Lebensweise assoziiert ist. Die sich rasch ändernden Lebensbedingungen mit einem Überfluss an überall präsenter, ungesunder, energiereicher Nahrung und der chronische Bewegungsmangel fördern die Entwicklung dieser Krankheit enorm. Der bei weitem stärkste einzelne Risikofaktor Übergewicht/Adipositas kann eine Insulinresistenz auslösen, die zunächst durch eine erhöhte Insulinsekretion kompensiert wird. Kann diese Hyperinsulinämie – meist wegen genetischer Prädisposition – nicht auf Dauer aufrechterhalten werden, kommt es zur klinischen Manifestation dieser Krankheit, charakterisiert durch erhöhte Blutglukosekonzentrationen. Etwa ein Drittel der Menschen in Deutschland tragen Diabetes-Suszeptibilitätsgene und haben daher ein hohes Risiko, bei ungünstiger Lebensweise im Lauf ihres Lebens diese Krankheit zu entwickeln.

gefährdete Personen mit Hilfe von Screening-Fragebögen (z. B. FINDRISK) einfach identifiziert werden. Diesen Risikopersonen können schon vorhandene niedrigschwellige Interventionsprogramme angeboten werden.

Schlussfolgerung

Die bisherigen Erfahrungen beim Thema Diabetesprävention und der Prävention anderer Wohlstandskrankheiten zeigen, dass auf Bevölkerungsebene Maßnahmen der Verhaltensprävention, wie z. B. Aufklärungsaktivitäten, nur minimal wirksam sind und durch sinnvolle und intelligente Maßnahmen der Verhältnisprävention ergänzt und unterstützt werden sollten. Diese Erkenntnis setzt sich weltweit durch, auch in Deutschland ist eine solche Diskussion notwendig und wird hoffentlich durch die neue Bundesregierung vorangetrieben.

Unter Public Health-Gesichtspunkten muss daher der Prävention eine besondere Bedeutung beigemessen werden. Schon seit Jahren liegen die Ergebnisse von großen Diabetes-Präventionsstudien vor, nach denen die Manifestation dieser Krankheit durch eine Lebensstilintervention mit moderater Gewichtsabnahme, einer fettreduzierten und ballaststoffreichen Ernährung sowie regelmäßiger körperlicher Bewegung vermieden oder zumindest weit hinausgeschoben werden kann („Krankheits-Kompression“). Bislang gibt es aber im deutschen Gesundheitssystem noch keine relevanten Aktivitäten und keine abgestimmte Strategie, um diese Erkenntnisse für die Eindämmung der Diabetesepidemie zu nutzen. Es sind grundsätzlich zwei Strategien denkbar und sinnvoll: zum einen sind Aktivitäten notwendig, um die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung zu verbessern. Dies wäre eine wirksame Maßnahme zur Prävention aller Lebensstilassoziierten Krankheiten und erfordert gesundheitspolitische Koordination und die Einbindung vieler „Stakeholder“ wie des Lebensmittelhandels oder der Städteplanung. Zum anderen können

Konkret forderte Hauner in diesem Zusammenhang mehr aktive Einflussnahme der Bundesregierung: So sei z. B. die Einführung einer Zuckersteuer ein wichtiger und richtiger Schritt zur Prävention des weiteren Anstiegs von Typ 2 Diabetes.



Kontakt

Prof. Dr. Hans Hauner
 Klinikum rechts der Isar, Else Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin
 Uptown München Campus, Georg-Brauchle-Ring 60/62, 80992 München
hans.hauner@tum.de

Petra Kolip & Thomas Altgeld

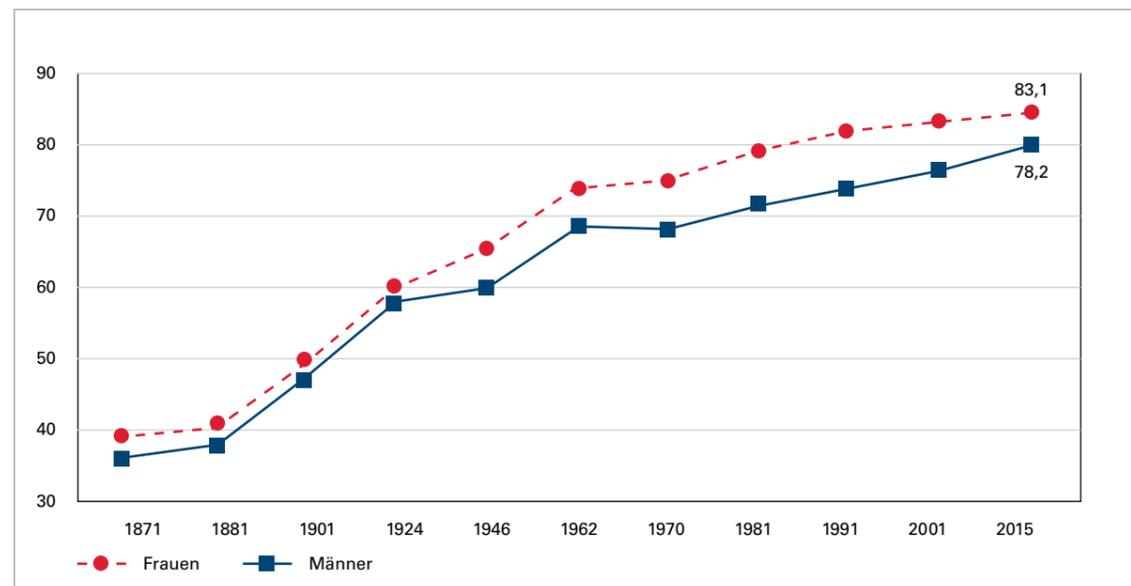
Prävention mit der Gießkanne?
Qualitätsentwicklung als Schlüssel für geschlechtergerechte Angebotsentwicklung

Der Mythos vom Gesundheitsmuffel
Mann stirbt wohl zuletzt – Männergerechte Prävention und Gesundheitsförderung

Streitgespräch: Einsamer Gesundheitsmuffel versus Gesundheitsmanagerin der gesamten Familie?

Geschlechterunterschiede in Gesundheit und Krankheit sind vielfach belegt. Frauen haben dadurch eine um fünf Jahre höhere Lebenserwartung, wobei sich nur maximal zwei Jahre der Lebenserwartungsunterschiede biologisch erklären lassen können.

Abbildung 7: Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland



Männer und Frauen unterscheiden sich in Formen und Ausmaß gesundheitsrelevanten Verhaltens, sie haben unterschiedliche Schwellen für die Inanspruchnahme medizinischer und psychologischer Hilfen.

Die geringere Lebenserwartung der Männer spiegelt sich in einer höheren Sterblichkeit an verhaltensbedingten Erkrankungen wider: Männer sterben häufiger vor dem 70. Lebensjahr an Herzinfarkten, Leberzirrhose und Unfällen. Dies führt zu dem Schluss, dass die Präventionspotenziale bei ihnen viel größer sind: Verhielten sie sich genauso gesundheitsbewusst wie Frauen, so wird häufig argumentiert, könnten sie

genauso lange leben. Bei näherer Betrachtung lässt sich diese Annahme aber nicht halten. Es gibt durchaus Bereiche, in denen sich Frauen gesundheitsriskant verhalten (etwa, wenn es um Diäten geht), auch blendet eine Reduktion auf individuelles Verhalten die sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen aus, die das Verhalten beeinflussen. Rollenerwartungen und Geschlechterstereotype prägen das Verhalten ebenso, wie die mit dem Geschlecht verbundenen unterschiedlichen Gestaltungsspielräume.

Der Berücksichtigung des Geschlechts als zentrales Qualitätsmerkmal in der Prävention und Gesundheitsförde-



rung wird im Präventionsgesetz (§20 SGB V) verstärkt eine Bedeutung zugesprochen, denn „die Leistungen [der Krankenkasse] sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.“

In ihrem Streitgespräch beleuchteten Thomas Altgeld und Petra Kolip unterschiedliche Aspekte des Zusammenhangs zwischen Geschlecht und gesundheitsrelevantem Verhalten und thematisierten, wie das Geschlecht als wichtige Kategorie Berücksichtigung in Präventionsangeboten finden kann. Eine geschlechterspezifische Ansprache spielt dabei ebenso eine Rolle wie die Förderung von Geschlechtergerechtigkeit auf gesellschaftlicher Ebene.

Der Lebenserwartungsunterschied sowie der Gender Inequality Index sind „Werkzeuge“, um die unterschiedlichen Verhältnisse der Geschlechter zu messen. Diese sollten genutzt werden, um die Determinanten von Gesundheit und die Auswirkungen auf das jeweilige Geschlecht zu untersuchen.

Im europäischen Vergleich haben Menschen in Deutschland verhältnismäßig wenige beschwerdefreie Lebens-

jahre (Frauen: 57,4; Männer: 55,8) und die Differenz zwischen Männern und Frauen ist größer als in anderen Staaten. Schweden ist mit 68,7 (Frauen) bzw. 69,2 Jahren (Männer) der Spitzenreiter und dort sind es die Männer, die etwas länger ohne gesundheitliche Einschränkungen leben. Worin liegen die Unterschiede zwischen den Menschen der verschiedenen europäischen Länder? Auch dies sind Fragestellungen, die in der Präventionswissenschaft beantwortet werden sollten.

Schlussfolgerung

Es gilt zu prüfen, wo Frauen und Männer unterschiedliche Angebote benötigen bzw. welche unterschiedlichen Rahmenbedingungen einzubeziehen sind und ob bei allen Maßnahmen die Lebenswelten bei der Vorbereitung, Planung Durchführung und Ergebnismessung angemessen berücksichtigt werden. Damit verbunden ist das Ausloten spezifischer Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung von Frauen und Männern und die Entwicklung gezielter Maßnahmen dort, wo jeweilig ein Nachholbedarf besteht. Dazu gehören ggf. die frauen- und mänderspezifische Differenzierung der Angebote und die Berücksichtigung, ob Frauen und Männer gleichermaßen von „geschlechtsneutralen Angeboten“ profitieren.

Kontakt

Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 100131, 33615 Bielefeld
petra.kolip@uni-bielefeld.de

Thomas Altgeld
Landesvereinigung und Akademie für Sozialmedizin e. V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover
thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

Rolf Rosenbrock

Weil Du arm bist, musst Du früher sterben... Befunde und Strategien

Gesundheit in reichen Gesellschaften ist durch Aspekte wie steigende Lebenserwartung und gesünderes Altern gekennzeichnet. All diese Determinanten sind verbunden mit einem großen Präventionspotenzial.

Abbildung 8: Gesundheit in reichen Gesellschaften

- Die Lebenserwartung steigt um ein bis zwei Jahre pro Dekade.
- Die älter werdende Bevölkerung wird im Durchschnitt immer gesünder älter.
- Circa drei Viertel des Krankheits- und Sterbegeschehens erklären sich durch wenige große, chronische Erkrankungen.
- Große Potenziale liegen in der Prävention.

Aber: je geringer der sozioökonomische Status, desto größer das Risiko von Erkrankung und frühem Tod. Da die Armut in Deutschland nach jahrelangem Anstieg aktuell auf hohem Niveau stagniert, verharrt auch die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland in einer Größenordnung, die ein zentrales Defizit gesellschaftlicher Gerechtigkeit und gesellschaftlichen Zusammenhalts indiziert. Da in Deutschland der Zugang zu einer vollständigen und qualitativ hochstehenden Krankenversorgung nahezu bevölkerungsweit gewährleistet ist, liegen die Ursachen vor allem in der je nach Status und Lebenslage höchst unterschiedlichen Verteilung von physischen, psychischen und sozialen Belastungen und der ebenso unterschiedlichen Ausstattung mit physischen, psychischen und sozialen Ressourcen. Besonders ungünstig wirken sich diese Aspekte insbesondere für allein Erziehende, Arbeitslose sowie generell für Menschen mit Behinderung und/oder niedriger formaler Bildung, geringem Einkommen und unsicheren Perspektiven aus.

Hinzu kommt: nicht nur die individuelle Position auf der gesellschaftlichen Stufenleiter (der sozioökonomische Status), sondern auch die Länge der Leiter (also die Spreizung z. B. der Einkommensverteilung in einer Gesellschaft) haben Einfluss auf die Gesundheit: je größer der Abstand zwischen ‚oben‘ und ‚unten‘ ist, desto geringer ist die Lebenserwartung, die gesellschaftliche Aufwärtsmobilität, der gesellschaftliche Zusammenhalt, das Vertrauen in Mitmenschen und Institutionen etc.

Ein ungünstiges Ressourcen/Belastungs-Verhältnis geht regelhaft mit riskanterem Gesundheitsverhalten einher. Allerdings erklären die Verhaltensunterschiede (v. a. Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholgebrauch) nur knapp die Hälfte der Unterschiede in Lebenserwartung und Gesundheit.

Zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen erscheinen dabei vor allem solche Interventionen aussichtsreich, die sich der Entwicklung und Stärkung äußerer und innerer Ressourcen widmen. Vor allem individuell ansetzende Interventionen, wie z. B. das in verschiedenen Spielarten angebotene Resilienztraining oder ähnliche Methoden zur Steigerung der ‚Gesundheitskompetenz‘ erzeugen meist – wie andere Verhaltenstrainings auch – nur geringe und vorübergehende Wirkung. Zudem zeigt sich bei ihnen das ‚Präventions-Dilemma‘, wodurch bei Interventionen in und mit sozial benachteiligten und gesundheitlich hoch belasteten Gruppen meist die weniger schlecht gestellten Menschen mehr profitieren und sich deshalb im Ergebnis solcher Interventionen die Ungleichheit oft noch verstärken kann.

Bessere Ergebnisse sind mit Interventionen zu erzielen, die die engen wechselseitigen Zusammenhänge zwischen materieller Lebenslage, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, unterstützenden sozialen Netzen und Verhalten schon im Konzept berücksichtigen. Hilfreich und Richtungweisend sind hier Konstrukte wie der ‚Habitus‘ (P. Bourdieu) und die ‚Lebensführung‘ (K. Holzkamp).

Abbildung 9: Prävention in der Lebenswelt

Professionals	Zielgruppen
• Ermutigung	• Selbstwertgefühl
• Förderung Interaktion	• Selbstwirksamkeit
• Ermöglichung	• Reziprozität
• Unterstützung:	• soziale Verankerung
advocacy	• Zuversicht
Information	• reale Verbesserungen
materiell-technisch	> Empowerment

Der damit geforderten Komplexität entsprechen vor allem solche Interventionen, die unter maximaler Partizipation der jeweiligen Nutzer deren Lebenswelten selbst zum Gegenstand der Veränderung machen („Setting-Projekte“) und in deren Ergebnis Gesundheitsressourcen steigen und Gesundheitsbelastungen sinken. Wichtige Grundlegungen stammen hier von P. Freire und K. Lewin.

Obgleich diese Art von Interventionen im Zentrum des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes stehen, erfordert ihre sach- und fachgemäße Umsetzung (und Vermehrung) absehbar energische Anstrengungen der am Erfolg interessierten professionellen Gruppen und Kräfte der Zivilgesellschaft.

Wem an der Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen gelegen ist, sollte sich nicht allzu lang an gedanklich leicht herstellbaren Utopien einer fairen und gesundheitsförderlichen Gesellschaft aufhalten, sondern die fördernden und hemmenden Bedingungen einer solchen

Entwicklung in die Analyse einbeziehen. Diese Bedingungen wirken meist in Richtung auf Individualisierung und häufig auch Medikalisierung der fundamental sozialen Probleme sowie als starke Sperren gegen Veränderungen der makropolitischen Chancenverteilung. Ihre Beeinflussung erfordert also v. a. politisches und bürgerschaftliches Engagement.

Schlussfolgerung

Rosenbrock konstatiert als Fazit: „Arbeitsmarktpolitik, Arbeitspolitik, Steuerpolitik, Sozialpolitik, Bildungspolitik und Familienpolitik – das alles ist Gesundheitspolitik.“



Kontakt

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Paritätischer Gesamtverband, Oranienburger Str. 13 – 14, 10178 Berlin
vorsitzender@paritaet.org

Gerd Glaeske

„Länger besser leben.“ – Prävention als Strategie Regionale Daten für die richtigen Präventionsangebote

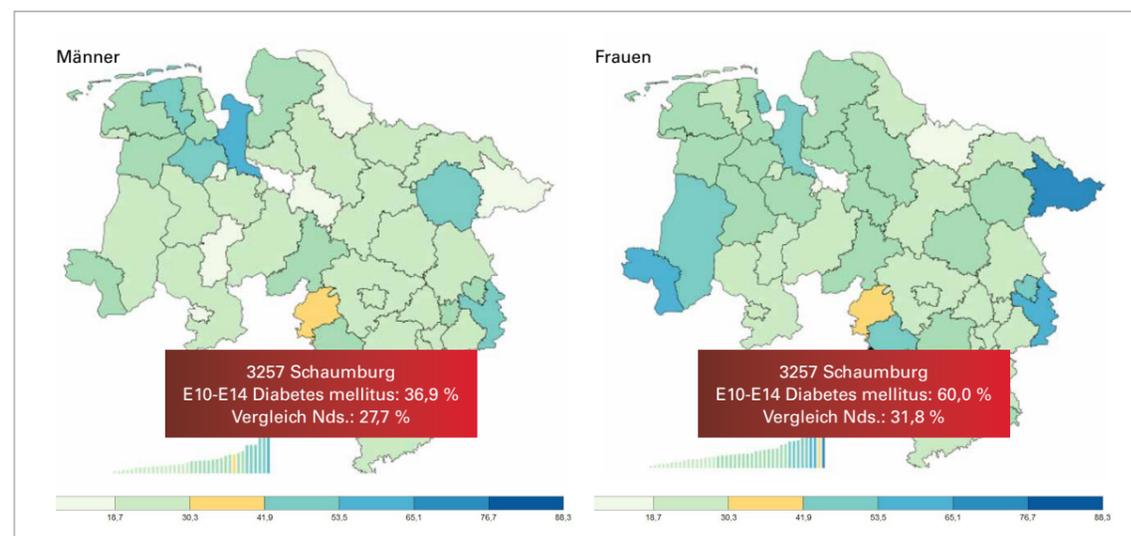
Das „Länger besser leben.“-Programm der BKK24 bietet seit einigen Jahren Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung an, die dazu beitragen sollen, die Gesundheit der Menschen zu stärken und vermeidbare Krankheiten einzudämmen. Dabei orientieren sich die Themenschwerpunkte der Angebote an den Ergebnissen der sog. EPIC-Studie (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition, wörtlich: Prospektive europäische Studie über Zusammenhänge zwischen Krebs und Ernährung), die in den Jahren 1992 bis 2000 in verschiedenen europäischen Ländern durchgeführt wurde. Im Mittelpunkt standen dabei die Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung und der Verzicht auf das Rauchen. Der maximale Nutzen für die Teilnehmer*innen war aufgrund der Studiauswertung eine bis zu 14 Jahre erhöhte Lebenserwartung (in der Studienregion um Oxford in Großbritannien).

Angebote für Prävention und Gesundheitsförderung sollten sich stets am Bedarf der Menschen orientieren. Aus diesem Grund hat das „Länger besser leben.“-

Institut der Universität Bremen, das die BKK24 in ihrer Gesundheitsinitiative wissenschaftlich unterstützt, öffentlich zugängliche Statistiken aus dem Jahr 2015 zu Krankenhausdiagnosen und zu Todesursachen u. a. für den Landkreis Schaumburg ausgewertet. Dabei ergeben sich besondere Auffälligkeiten im Vergleich zu den Durchschnittswerten im Land Niedersachsen. Zwei Themen sind von besonderer Bedeutung, die sich auch in den Themenschwerpunkten des „Länger besser leben.“-Programms wiederfinden und sich in verschiedenen Informationsangeboten niederschlagen. Nachweislich sind Typ 2 Diabetes und Essentielle Hypertonie (Bluthochdruck) bei den Krankenhausdiagnosen häufiger im Landkreis Schaumburg als im Landesdurchschnitt codiert werden, sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

Auch in der Todesursachenstatistik pro 100.000 Einwohner, die in Schaumburg erkennbar höher als im Landesdurchschnitt von Niedersachsen liegt, gilt dies für den Bluthochdruck und für den Herzinfarkt. Diese Ergebnisse sind bei Frauen und bei Männern gleichermaßen erhöht.

**Abbildung 10: Todesursachenstatistik 2015, Region Schaumburg
E10-E14 Diabetes mellitus, Fälle pro 100.000 Einwohner**



- Bei Männern kommt es beim Diabetes pro 100.000 Einwohner zu 36,9 Todesfällen in Schaumburg gegenüber 27,7 in Niedersachsen, bei den Frauen beträgt die Relation 60 zu 31,8.
- Beim Herzinfarkt liegen die Unterschiede bei 88,4 Todesfällen zu 77,6 bei Männern, während bei Frauen

- der Landesdurchschnitt mit 54,4 pro 100.000 Einwohner leicht über dem Schaumburger Schnitt mit 53,8 rangiert.
- Eine geringere Häufigkeit zeigt sich dagegen in der Krankenhausdiagnosestatistik bei den ischämischen Herzkrankheiten, also vor allem bei Angina pectoris („schmerzhafte Herzenge“).

Solche regionalen Daten bieten wichtige Hinweise für die Aktivitäten im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung: Dazu gehören vor allem für die jeweiligen Bevölkerungsgruppen verständliche und umsetzbare Angebote zur Vermeidung oder zumindest zur Verringerung von Typ 2 Diabetes und von Herz- und Kreislauferkrankungen. Beispiel für solche Angebote, die sich vor allem auch an den ungleichen Gesundheitsschancen der Teilnehmer*innen orientieren, sind z. B. Informationen für eine herzgesunde Ernährung mit viel frischem Obst und Gemüse (u. a. Kochkurse mit Landfrauen). Dazu passen auch Vorträge und Informationsveranstaltungen zu den Themen Typ 2 Diabetes, zu den Auswirkungen von fettreicher oder zuckerbelasteter Ernährung, die letztlich zu Übergewicht führen und damit zu einem eigenen Risikofaktor für Typ 2 Diabetes und für Herz-Kreislauferkrankungen. Auch die Früh-

jahrskur der BKK24, bietet mit ihren Angeboten für Sport und Bewegung sowie zur Raucherentwöhnung wirksame Bestandteile einer Gesundheitsinitiative, mit der die erhöhten Raten an Diabetes- und Bluthochdrucktodesfällen oder Krankenhausbehandlungen verringert werden sollen.

Eine zielgerichtete Prävention und Gesundheitsförderung ist auch das Anliegen des wissenschaftlichen „Länger besser leben.“-Institutes der Universität Bremen und der BKK24. Die Zusammenarbeit soll die Weiterentwicklung des Konzeptes des „Länger besser leben.“-Instituts im Kontext von Wissenschaft und Forschung sicherstellen, neue Erkenntnisse aus den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung bündeln und die Versorgungsqualität unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte steigern.

Abbildung 11: Die Kooperation der BKK24 mit der Universität Bremen im „Länger besser leben.“-Institut: Prävention und Gesundheitsförderung zielgerichtet gestalten...

- Prävention als wichtiger Baustein für ein gesundes Leben und für unsere Gesellschaft, Schwerpunkt Kinder und Jugendliche.
- Prävention kann auch dabei helfen, künftige Belastungen der Sozialsysteme zu verringern. Das Ziel: Gruppenspezifische Aufklärung soll dazu beitragen, das Gesundheitsbewusstsein zu stärken und die Gesundheitschancen insbesondere von vulnerablen Gruppen und Menschen mit geringem sozioökonomischen Status zu verbessern.
- Präventionsstrategien müssen Vorhandenes bewerten und aufeinander abstimmen, nationale und internationale Erfahrungen und Erkenntnisse analysieren sowie auf bewährten Programmen und Strukturen aufbauen, diese weiterentwickeln und sie in die Fläche bringen.
- Es sollten also nur Programme mit „proven or promising efficacy“ zur Umsetzung kommen und in die Strukturen unseres Versorgungssystems eingebaut werden.

Schlussfolgerung

Die bisherigen Ergebnisse des „Länger besser leben.“-Präventionsprogramms der BKK24 sind ermutigend und zeigen, dass die Angebote von den Menschen genutzt werden, um ihren Lebensstil zu verändern und

ihre Lebensqualität zu verbessern. Regionale Daten bilden einen Wegweiser für nationale Präventionsangebote – ob die Menschen diese in Anspruch nehmen, muss sich in der Umsetzung erweisen.

Kontakt

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen, SOCIUM, Mary-Somerville-Str. 5, 28359 Bremen
gglaeske@uni-bremen.de

Fazit

Der „Länger besser leben.“-Kongress präsentierte die unterschiedlichen Aspekte, die bei der Entwicklung neuer Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden müssen. Nicht nur Interventionen auf Verhaltensebene sondern auch auf der Verhältnisebene wurden von den Referent*innen gefordert. Das „Länger besser leben.“-Programm ist ein gutes Beispiel für eine Gesundheitsinitiative, die dies bereits in die Tat umsetzt.

Unter den über 200 Teilnehmer*innen entstand nach angeregten Diskussionen Einigkeit über die Dringlichkeit innovativer Konzepte zum Anreiz für mehr Qualität und Effizienz in der Förderung von Prävention und Gesundheit. Die Prävention muss als vierte Säule des Gesundheitswesens neben Kuration, Rehabilitation und Pflege deutlich gestärkt werden, gerade bei Volkskrankheiten bzw. bestimmten chronischen Erkrankungen. Im Zusammenspiel mit den anderen Säulen ergeben sich dadurch für das gesamte Gesundheitssystem Vorteile. Gesundheitsfördernde Programme können z. B. bei älteren Menschen das Risiko für Pflegebedürftigkeit erheblich senken. Im Anbetracht des demografischen Wandels und des Pflegekräftemangels ist dieser Faktor nicht zu unterschätzen. Die Generation der „Babyboomer“ kann von gut angepassten Präventionsprogrammen profitieren. Die Verringerung von Arbeitsunfähigkeitstagen und niedrigere Kosten für Rehabilitation haben das Potenzial für einen nicht unerheblichen ökonomischen Effekt – schließlich handelt es sich dabei vorrangig um die Bevölkerungsgruppe der Berufstätigen. Um Menschen zu erreichen, bedarf es Gesundheitsinitiativen, die auf die unterschiedlichen Bedürfnisse abgestimmt

sind und nicht nur diejenigen ansprechen, die bereits ein gesundheitsförderndes Verhalten in ihren Alltag integriert haben. Dabei sollte auch jede soziale Schicht, jedes Geschlecht und jedes Alter mit in die Überlegungen einbezogen und differenziert betrachtet werden. Zur Umsetzung dieser Ziele ist nicht nur die Kooperation von Ärzt*innen, Apotheker*innen und anderen Gesundheitsberufen unerlässlich, sondern auch entsprechende ökonomisch und politisch orientierte Interventionen. Im „Länger besser leben.“-Kongress konnten dazu viele konkrete Anregungen zur Verbesserung von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention gegeben werden.

Wir bedanken uns an dieser Stelle bei allen Referent*innen, deren Beiträge zum Erfolg des Kongresses beigetragen haben. Ein weiterer Dank geht an alle Teilnehmer*innen, überwiegend aus dem Wissenschafts- und Gesundheitsbereich, für ihre aktive Beteiligung und an die vielen helfenden Hände, ohne die weder der Kongress noch diese Dokumentation realisierbar gewesen wäre.

Der Folgekongress des „Länger besser leben.“-Instituts, der am 14.5.2019 stattfinden wird, soll an die Präventionsthematik anknüpfen. Schwerpunkte sollen dabei die Evaluation von Maßnahmen zur Verhaltensänderung und zur Motivation der Beteiligung an präventiven Angeboten sowie die Diskussion zur Überwindung von Ungleichheit in unserem Gesundheitssystem sein. Wirkungskvolle und zukunftsweisende Konzepte sollen daraufhin geprüft werden, ob sie einen Beitrag zur Verbesserung von Gesundheit durch Prävention leisten können.

Lebensläufe der Referent*innen

Thomas Altgeld, geboren 1963



Thomas Altgeld, Diplom Psychologe, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.; Arbeitsschwerpunkte: Systemische Organisationsentwicklung und -beratung, gesundheitliche Chancengleichheit, Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung, Männergesundheit, Mitautor des Männergesundheitsberichtes des Robert-Koch Institutes 2014.

Herausgeber der Zeitschrift für Gesundheitsförderung „impu!se“, Schatzmeister der Bundesvereinigung für

Prävention und Gesundheitsförderung e. V., Bonn, Vizepräsident der BAG Mehr Sicherheit für Kinder e. V., Bonn sowie Vorstandsmitglied des Bundesforums Männer – Interessenverband für Jungen, Männer und Väter e. V., Berlin und der Verbraucherzentrale Niedersachsen e. V., Hannover. Leiter der Arbeitsgruppe 7 „Gesund aufwachsen“ und Arbeitsgruppe 13 „Gesundheit rund um die Geburt“ von gesundheitsziele.de, Mitglied im Gesundheitsbeirat des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB).

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske, geboren 1945

Studium der Pharmazie in Aachen und Hamburg, dort auch Promotion. Ab 1981 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), dort ab 1985 Leiter der Abteilung Arzneimittel-epidemiologie. Ab 1988 Leiter von Pharmakologischen Beratungsdiensten in Krankenkassen, Leiter der Abteilung Verbandspolitik beim Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK), später der Abteilung für medizinischwissenschaftliche Grundsatzfragen, zuletzt bei der BARMER Ersatzkasse. Seit 1999 Professor für Arzneimittel-anwendungsforschung am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen (ehemals Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)). Seit 2007 Co-Leiter der Abteilung: Gesundheit, Pflege und Alterssicherung (ehemals Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung) und seit 2016 wissenschaftlicher Leiter des „Länger besser leben“-Institutes.



Von 2003 bis 2009 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (www.svr-gesundheit.de), von 2003 bis 2018 Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Von 2007 bis März 2008 Mitglied und Vorsitzender im wissenschaftlichen Beirat des BVA zur Erstellung eines Gutachtens zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Seit 2009 Mitglied der Kommission für rationale Arzneimitteltherapie im österreichischen Gesundheitsministerium. Bis 2013 Mitglied in der BTM-Kommission des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Seit 2005 nach vierjähriger Tätigkeit als 1. Vorsitzender der Gesellschaft für Arzneimittel-anwendungsforschung und Arzneimittel-epidemiologie (GAA) nun Berater des Vorstands, 2006 bis 2014 Mitglied im geschäftsführenden Vorstand des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (DNVF). Seit 2010 Mitglied und stellvertretender Sprecher des Wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Mitglied der deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi). Autor zahlreicher Einzelveröffentlichungen zur Arzneimittelpolitik und zur Qualität der Arzneimittelversorgung. Autor und Mitautor sowie pharmakologischer Berater von Arzneimittelpublikationen (u. a. „Bittere Pillen“, „Handbuch Medikamente“ und „Handbuch Selbstmedikation“ der Stiftung Warentest).

Prof. Dr. Hans Hauner, geboren 1955



Seit 2003 Ordinarius für Ernährungsmedizin an der TU München und Leiter des Else-Kröner-Fresenius-Zentrums für Ernährungsmedizin, bis 2003 Leitender Oberarzt und Stellvertreter des Ärztlichen Direktors am Deutschen Diabetes-Zentrum (Klinische Abteilung) an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 1990 Habilitation für das Fach Innere Medizin/Endokrinologie und Stoffwechsel an der Universität Ulm, von 1984 bis 1989 Ausbildung zum Internisten mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Stoffwechsel an der Universitätsklinik Ulm, 1983/83 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Biochemie, Mikrobiologie und Genetik der Universität Regensburg, 1982 Promotion in der Forschungsgruppe Diabetes am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing der LMU München, 1975 bis 1981 Studium der Humanmedizin an der Universität Regensburg und TU München.

Tätigkeiten u. a. in folgenden Gesellschaften/Institutionen: Präsident der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (2010 – 2012), Mitglied im Wissenschaftlichen Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (seit 2000), Sprecher des krankheitsbezogenen Kompetenznetzes Adipositas (2008 – 2016), Vorsitzender der Deutschen Diabetes Stiftung (seit 2014), Mitglied der Leopoldina, Nationale Akademie der Wissenschaften (seit 2003), Koordinator/Sprecher des Ernährungsclusters „enable“ (seit 2015).

Schwerpunkte sind die Erforschung der Bedeutung von Adipositas und Typ 2 Diabetes als zentraler Gesundheitsprobleme unserer Gesellschaft, die Ernährung in der Schwangerschaft und bei Krebserkrankungen sowie die Frage, wie die heutigen Wohlstandskrankheiten durch bessere Ernährung und Lebensmittel vermieden werden können.

Prof. Dr. Petra Kolip, geboren 1961



Prof. Dr. Petra Kolip ist Psychologin und Gesundheitswissenschaftlerin und seit 2009 Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Sie ist Mitglied u. a. des wissenschaftlichen Beirats des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Kommission Gesundheitsberichterstattung und Monitoring des RKI. Seit vielen Jahren beschäftigt sie sich mit Fragen der Qualitätsentwicklung und Evaluation in Prävention und Gesundheitsförderung. Neben Evaluationsstudien und wissenschaftlichen Begleitprojekten hat sie auch Schulungskonzepte für Praktikerinnen und Praktiker entwickelt (Workshops) und Praxisleitfäden publiziert. Ihr inhaltlicher Arbeitsschwerpunkt liegt im Themenfeld Geschlecht und Gesundheit. Mit Studien zur Medikalisierung der Wechseljahre, zur Inanspruchnahme von Maßnahmen der Schwangerenvorsorge und zum Kaiserschnitt hat sie Impulse für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung gesetzt, die auch Niederschlag im Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ fand, an dem sie mitgewirkt hat. Ihr gemeinsam mit Prof. Klaus Hurrelmann im Hogrefe Verlag herausgegebenes Handbuch „Geschlecht und Gesundheit“ gilt als Referenzwerk im Themenfeld. Gemeinsam mit Thomas Altgeld führt sie seit vielen Jahren Lehrveranstaltungen zum Thema Geschlecht und Gesundheit durch, in denen sie die unterschiedlichen Sichtweisen auf das Thema herausarbeiten.

Lebensläufe der Referent*innen

Prof. Dr. rer. nat. Bärbel-Maria Kurth



Mathematikdiplom an der Humboldt-Universität, Berlin 1978, Promotion auf dem Gebiet der Theoretischen Statistik, Humboldt-Universität, Berlin 1981, 1981 – 1991 Wiss. Assistentin am Institut für Stochastik, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät der Humboldt-Universität Berlin sowie am Fachbereich Stochastik der Universität Hamburg, 1992 – 1994 Fachgebietsleiter für Umweltepidemiologie am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, 1994 – 1995 Leiterin der Fachgruppe für Gesundheitsrisiken und Prävention am Robert Koch-Institut (RKI), 1996 – 6/1998, Leiterin des Fachbereichs für nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsberichterstattung am RKI, seit 7/1998 Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut, Ernennung zur Direktorin und Professorin.

Berücksichtigung von Messfehlern in epidemiologischen Daten, Methoden bei Gesundheitsberichterstattung/ Gesundheitsmonitoring, Verbreitung von Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Konzeptionelle Entwicklung von Public Health in Deutschland.

Vertreterin Deutschlands im „Network of Competent Authorities in Health Information and Knowledge“ der Europäischen Kommission, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, Mitglied des Wiss. Beirats des Bundesverbandes der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD, Vorstandsmitglied des Wiss. Beirats der Bundesärztekammer, Mitglied des Aufsichtsrates des Helmholtzzentrums für Infektiologie in Braunschweig, Mitglied der Steuerungsgruppe „Gesundheitsziele.de“, Mitglied des Expertenbeirats der Plattform Ernährung und Bewegung (peb), Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats für den Risikosturtausgleich (RSA), Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der BZgA, Mitglied des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Sozioökonomischen Panels (SOEP), Mitglied der Steuerungsgruppe (ESC) der Nationalen Kohorte (NaKo).

Prof. Dr. Detlef Kuhlmann, geboren 1954

Prof. Dr. Detlef Kuhlmann ist seit 2006 Professor für Sportwissenschaft und Leiter des Arbeitsbereichs Sport und Erziehung am Institut für Sportwissenschaft der Leibniz Universität Hannover und hatte davor berufliche Stationen an der Uni Bielefeld, der FU Berlin, der Uni Regensburg sowie als stellvertretender Leiter der Führungsakademie Berlin des (damaligen) Deutschen Sportbundes. Er war selbst u. a. im Handball aktiv und betreibt bis heute schwerpunktmäßig Ausdauersport (u. a. Marathonlauf).



Neuere Veröffentlichungen: Sportpädagogik. Ein Lehrbuch in 14 Lektionen. 5. Auflage (2015, zusammen mit Eckart Balz); Querpässe zwischen Sport und Sportwissenschaft (2014); Sport gestaltet Gesellschaft (Bearbeitung für den Deutschen Olympischen Sportbund, 2014, zusammen mit Christian Siegel); 100 Jahre Handball. 50 handverlesene Texte zum Spiel. Eine Anthologie (Hrsg., 2017).

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, geboren 1945

Prof. Rolf Rosenbrock, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, war von 1988 bis 2012 Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und lehrt Gesundheitspolitik u. a. an der Berlin School of Public Health in der Charité Berlin. Seine Themen sind sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Präventionspolitik sowie Steuerung und Finanzierung der Krankenversicherung.



Er betreibt seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung. Er war in den Jahren 1987 – 1990 Mitglied der Enquete-Kommissionen des 11. Deutschen Bundestages ‚Gefahren von Aids und wirksame Wege ihrer Eindämmung‘ sowie zur ‚Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung‘, Mitglied des Nationalen Aids-Beirates (NAB) (1995 – 2016), von 1999 – 2009 Mitglied im Sachverständigenrat der Bundesregierung für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G), Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001 – 2012), Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (von 2010 – 2015), des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) (2006 – 2008) etc.

Er ist seit 2006 Vorsitzender der Landesvereinigung Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. und wurde 2012 zum ehrenamtlichen Vorsitzenden des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband – gewählt und 2016 wiedergewählt, 2015 und 2016 war er zugleich ehrenamtlicher Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAG FW).

2012 ehrte ihn die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) mit der Salomon-Neumann-Medaille, 2017 wurde ihm das Bundesverdienstkreuz am Bande verliehen.

Friedrich Schütte, geboren 1953

Friedrich Schütte ist gelernter Krankenkassen-Betriebswirt und Refa-Organisator für den Verwaltungsbereich. Von 1988 bis 1996 war Friedrich Schütte Geschäftsführer der BKK Heye-Glas und bekleidet seit 1996 das Amt des Vorstandes der heutigen BKK24. Darüber hinaus ist er u. a. als Vorsitzender des Vorstandes der casusQuo GmbH, als Mitglied im Initiatorenkreis der BKK-Mittelstandsoffensive und als Mitglied in der Projektgruppe ‚Aufgaben und Finanzierung‘ im BKK-Landesverband Mitte tätig. Von 2005 bis 2011 war Herr Schütte zudem als ehrenamtlicher Richter am Sozialgericht Hannover aktiv.



Medienresonanz

nachrichten-heute.net, 09.05.2018

nachrichten heute (https://www.nachrichten-heute.net/)

[POLITIK / WIRTSCHAFT](#)
[SPORT / GESUNDHEIT](#)
[PROMI / VIP](#)
[MODE / BEAUTY](#)
[ALLGEMEIN](#)
[PRESSE](#)
[POLIZEI](#)
[INTERNES](#)

Premiere: „Länger besser leben.“-Kongress

Hannover (ots) – Mit über 200 Teilnehmern hat am 26. April 2018 der erste Kongress des „Länger besser leben.“-Institutes in der HDI Arena in Hannover stattgefunden. Das Institut ist eine Kooperation (<https://www.nachrichten-heute.net/schlagwort/kooperation>) der Universität Bremen und der Krankenkasse BKK24 zur Förderung von Prävention und Gesundheit.

Zentrales Kongresssthema war die Stärkung der Prävention als 4. Säule im Gesundheitssystem – neben der Behandlung, der Rehabilitation und der Pflege. Es ging zudem um die Evaluation bisheriger Maßnahmen, die Entwicklung neuer Konzepte und einen verbesserten Ergebnistransfer.

Nach der Begrüßung durch Prof. Dr. Gerd Glaeske, dem wissenschaftlichen Leiter des „Länger besser leben.“-Institutes und dem Vorstand der BKK24, Friedrich Schütte startete die Veranstaltung mit einer sportbezogenen Unterhaltung. Beteiligt daran waren die beiden „Länger besser leben.“-Botschafter Andreas Kuhnt und Jessica Blume sowie Martin Kind, der Präsident (<https://www.nachrichten-heute.net/schlagwort/praesident>) von Hannover 96.

In der Folge referierten im wissenschaftlichen Teil Prof. Dr. Detlef Kuhlmann, Leibniz Universität Hannover, zum Sporttreiben in pädagogischer Perspektive. Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth, Robert Koch-Institut, Berlin, thematisierte die stark ansteigenden Volkskrankheiten Adipositas und Diabetes aus epidemiologischer, Public und Global Health Perspektive. Auch Prof. Dr. Hans Hauner, TU München (<https://www.nachrichten-heute.net/schlagwort/muenchen>), sah Diabetes als eine wachsende Zukunftsherausforderung und verlangte mehr Einflussnahme der Bundesregierung (<https://www.nachrichten-heute.net/schlagwort/bundesregierung>). Die Einführung einer Zuckersteuer könne in diesem Zusammenhang ein wichtiger und richtiger Schritt sein.

Zusammenhangsaspekte zwischen Geschlecht und gesundheitsrelevantem Verhalten von Frauen und Männern waren Diskussionspunkte des Streitgesprächs zwischen Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld und Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit. Gesellschaftlich forderten sie eine geschlechtergerechte Ansprache und die Förderung von Geschlechtergerechtigkeit. Um die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen sowie die Wichtigkeit der Einbeziehung unterstützender und hemmender Bedingungen bei geplanten Interventionen, ging es bei Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege.

Senion Magazin, 04.05.2018



LÄNGER BESSER LEBEN

Senion Redaktion
vor 4 Wochen
Gesundheit
42 Ansichten

Länger besser leben – Kongress : Prävention stärken / Bundesweite Gesundheitsexperten referieren auf Einladung von Prof. Glaeske und Krankenkasse BKK24 in HDI Arena

Länger besser leben : Mit über 200 Teilnehmern hat am 26. April 2018 der erste Kongress des „Länger besser leben.“-Institutes in der HDI Arena in Hannover stattgefunden. Das Institut ist eine Kooperation der Universität Bremen und der Krankenkasse BKK24 zur Förderung von Prävention und Gesundheit.

Zentrales Kongresssthema war die Stärkung der Prävention als 4. Säule im Gesundheitssystem – neben der Behandlung, der Rehabilitation und der Pflege. Es ging zudem um die Evaluation bisheriger Maßnahmen, die Entwicklung neuer Konzepte und einen verbesserten Ergebnistransfer.

Nach der Begrüßung durch Prof. Dr. Gerd Glaeske, dem wissenschaftlichen Leiter des „Länger besser leben.“-Institutes und dem Vorstand der BKK24, Friedrich Schütte startete die Veranstaltung mit einer sportbezogenen Unterhaltung. Beteiligt daran waren die beiden „Länger besser leben.“-Botschafter Andreas Kuhnt und Jessica Blume sowie Martin Kind, der Präsident von Hannover 96.

In der Folge referierten im wissenschaftlichen Teil Prof. Dr. Detlef Kuhlmann, Leibniz Universität Hannover, zum Sporttreiben in pädagogischer Perspektive. Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth, Robert Koch-Institut, Berlin, thematisierte die stark ansteigenden Volkskrankheiten Adipositas und Diabetes aus epidemiologischer, Public und Global Health Perspektive. Auch Prof. Dr. Hans Hauner, TU München, sah Diabetes als eine wachsende Zukunftsherausforderung und verlangte mehr Einflussnahme der Bundesregierung. Die Einführung einer Zuckersteuer könne in diesem Zusammenhang ein wichtiger und richtiger Schritt sein.

Zusammenhangsaspekte zwischen Geschlecht und gesundheitsrelevantem Verhalten von Frauen und Männern waren Diskussionspunkte des Streitgesprächs zwischen Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld und Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit. Gesellschaftlich forderten sie eine geschlechtergerechte Ansprache und die Förderung von Geschlechtergerechtigkeit. Um die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen sowie die Wichtigkeit der Einbeziehung unterstützender und hemmender Bedingungen bei geplanten Interventionen, ging es bei Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege.

Abschließend betonte Prof. Gerd Glaeske die wirkungsvolle Strategie, Prävention und Gesundheitsförderung zu verbinden, Gesundheitspotenziale der Bevölkerung auszuschöpfen und einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. In diesem Sinne sei das „Länger besser leben.“-Programm der BKK24 dafür ein gelungenes Beispiel. Ein Folgekongress im kommenden Jahr wird an die Präventionsthematik anknüpfen.

Prävention stärken

BKK 24-Kongress: Die vierte Säule als wichtiger Baustein für das Gesundheitssystem

HANNOVER/OBERNKIRCHEN. Mehr als 200 Teilnehmer, überwiegend aus dem Wissenschafts- und Gesundheitsbereich, haben am ersten Kongress des „Länger besser leben“-Institutes, einer seit 2016 bestehenden Kooperation der Universität Bremen und der Krankenkasse BKK24 zur Förderung von Prävention und Gesundheit, teilgenommen.

Im Mittelpunkt des Kongresses stand die Forderung des Ausbaus und der Stärkung der Prävention als vierter Säule im deutschen Gesundheitssystem, neben der Behandlung, der Rehabilitation und der Pflege.

In diesem Kontext thematisierte die Veranstaltung Prävention als bestimmende und relevante Anforderung einer modernen und am Bedarf der Menschen orientierten Gesundheitssicherung und verweist unter Berücksichtigung von übergeordneten politischen Gesundheits-Aspekten auf das gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Potenzial. Dabei ging es auch um die Evaluation bisheriger Maßnahmen, etwa bei der Behandlung von Diabetes und Adipositas, um die Entwicklung neuer Konzepte und um einen verbesserten Ergebnistransfer in die Öffentlichkeit. Denn klar ist, dass auch Projekte und Konzepte der Prävention einer wissenschaftlichen Bewertung wie alle anderen Leistungen in der Gesundheitsversorgung standhalten sollen.

Die Einführung einer Zuckersteuer ist ein wichtiger und richtiger Schritt.

Professor Dr. Hans Hauner, Ordinarius für Ernährungsmedizin

Nach der Begrüßung durch Professor Dr. Gerd Glaeske, dem wissenschaftlichen Leiter des „Länger besser leben“-Institutes und Ko-Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung der Universität Bremen, und einleitenden Worten des Vorstandes der BKK24, Friedrich Schütte, unterhielten sich Andreas Kuhn und Jessica Blume als „Länger besser leben“-Botschafter der BKK24 sowie Martin Kind, Präsident von Hannover 96, über ihre individuell bevorzugten gesundheitsbezogenen



Wie halten Sie sich fit und gesund? Moderator Andreas Kuhn (links) unterhält sich mit Martin Kind, dem Präsidenten des Bundesliga-Vereines Hannover 96. FOTOS: WK

Aktivitäten im Alltag. Damit wurde bereits deutlich, dass Lebensstile von Menschen ganz unterschiedlich sein können, aber immer den eigenen Präferenzen folgen sollten.

Nach dieser Einleitung begann dann der wissenschaftliche Teil des Kongresses. In Folge referierte Professor Dr. Detlef Kuhlmann, Leiter des Arbeitsbereichs Sport und Erziehung am Institut für Sportwissenschaft der Leibniz Universität Hannover, wie aus pädagogischer Perspektive das Sporttreiben als ein sinnvolles Element in die praktische Lebensführung des Menschen integriert werden kann und verband es mit einem Aspekt der Lebenskunst.

Professorin Dr. Bärbel-Maria Kurth, Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert-Koch-Institutes, thematisierte die immer noch stark ansteigenden Volkskrankheiten Adipositas und Diabetes aus epidemiologischer, öffentlicher und Global-Health-Perspektive und wies als Bilanz auf die Forderung der Weltgesundheitsorganisation hin, diesen Trend zu stoppen.

Auch Professor Dr. Hans Hauner, Ordinarius für Ernährungsmedizin an der TU München, sah den Diabetes als eine wachsende Herausforderung für die Zukunft und verlangte mehr Einflussnahme der Bundesregierung und Aktivitäten, um die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung zu verbessern. Verhaltensprävention sei gut, müsse aber immer durch eine wirksame Verhältnisprävention unterstützt und begleitet werden. „Die Einführung einer Zuckersteuer ist ein wichtiger und richtiger Schritt“, so Hauner.



Was hilft der Gesundheit? Der Theorie folgt die Praxis.

Die unterschiedlichen Aspekte des Zusammenhangs zwischen Geschlecht und gesunder Ernährung sind nur durch verbesserte Bildung und Verringerung von sozialer Ungleichheit in unserer Gesellschaft möglich“, so sein Fazit. In diesem Sinne sei das „Länger besser leben“-Programm dafür ein gelungenes Beispiel.

Ein Folgekongress im nächsten Jahr wird an die Präventionsthematik anknüpfen. Einer der Schwerpunkte soll dabei die Diskussion zur Ungleichheit in unserem Gesundheitssystem sein. Das Ziel soll letztlich darin bestehen, über zukunftsweisende Konzepte einen weiteren Beitrag zur Verbesserung von Gesundheit durch Prävention anzubieten.

Professor Dr. Hans Hauner (Ordinarius für Ernährungsmedizin an der Technischen Universität München) sprach sich für zielgerichtete Aktivitäten aus, um die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung zu verbessern. Die Einführung einer Zuckersteuer könne in diesem Zusammenhang ein wichtiger und richtiger Schritt sein.

Um den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem gesundheitsrelevanten Verhalten von Frauen und Männern ging es beim Streitgespräch zwischen der Professorin Dr. Petra Kolip (Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld) und Thomas Altgeld (Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialwissenschaften Niedersachsen) in Hannover. Eine geschlechtergerechte Ansprache ist dabei ebenso relevant wie die Förderung von Geschlechtergerechtigkeit auf gesellschaftlicher Ebene. Als Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege verdeutlichte Professor Dr. Rolf Rosenbrock die Wichtigkeit der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen und forderte weniger Utopien einer fairen und gesundheitsförderlichen Gesellschaft, sondern die verstärkte Einbeziehung unterstützender und hemmender Bedingungen bei geplanten Interventionen.



Mehr als 200 Gäste und Interessierte haben am ersten „Länger besser leben.“-Kongress teilgenommen. FOTOS: MICHAEL WERK



Professor Gerd Glaeske hat die Kongress-Premiere gemeinsam mit der BKK24 initiiert.



Die beiden „Länger besser leben.“-Botschafter Jessica Blume und Andreas Kuhn gaben einen Einblick in ihre individuell bevorzugten und gesundheitsbezogenen Alltagsaktivitäten.

Gelungene Premiere

„Länger besser leben.“-Kongress rückt das Thema Prävention in den Mittelpunkt

Professor Dr. Hans Hauner (Ordinarius für Ernährungsmedizin an der Technischen Universität München) sprach sich für zielgerichtete Aktivitäten aus, um die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung zu verbessern. Die Einführung einer Zuckersteuer könne in diesem Zusammenhang ein wichtiger und richtiger Schritt sein.

Um den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem gesundheitsrelevanten Verhalten von Frauen und Männern ging es beim Streitgespräch zwischen der Professorin Dr. Petra Kolip (Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld) und Thomas Altgeld (Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialwissenschaften Niedersachsen). Eine unterschiedliche – aber jeweils passgenaue – Ansprache von Frauen und Männern in puncto Gesundheitsprävention halten beide für ebenso wichtig wie die Förderung von Geschlechtergerechtigkeit auf gesellschaftlicher Ebene.

Professor Dr. Detlef Kuhlmann (Leiter des Arbeitsbereichs Sport und Erziehung am Institut für Sportwissenschaft der Leibniz Universität Hannover) erläuterte, wie aus pädagogischer Perspektive das Sporttreiben als ein sinnvolles Element in die praktische Lebensführung des Menschen integriert werden kann. Die Professorin Dr. Bärbel-Maria Kurth (Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts) ging auf die persönlichen, wirtschaftlichen und gesamtgesellschaftlichen Folgen der weiter zunehmenden Volkskrankheiten Diabetes und Übergewicht ein.

Professor Dr. Rolf Rosenbrock (Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege) machte deutlich, wie sehr die individuellen Gesundheits- und Lebenschancen vom sozialen Niveau jedes einzelnen Men-



Martin Kind ließ es sich als Präsident von Hannover 96 und Hausherr der HDI Arena nicht nehmen, die Kongresssteilnehmer persönlich zu begrüßen.

schen abhängen. Abschließend betonte Professor Gerd Glaeske (Mitinitiator des Kongresses) die wirkungsvolle Strategie, Prävention und Gesundheitsförderung zu verbinden, um Gesundheitspotenziale auszuschöpfen und einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. „Gesundheit und Prävention sind nur durch verbesserte Bildung und eine Verringerung von sozialer Ungleichheit in unserer Gesellschaft möglich“, lautete sein Fazit. Ein Folgekongress im Jahr 2019 wird nach dem Willen aller Beteiligten an die Präventionsthematik anknüpfen. Unter anderem einer der Schwerpunkte soll dann die Diskussion über die Ungleichheit im deutschen Gesundheitssystem sein – verbunden mit dem Ziel, durch zukunftsweisende Konzepte zur Verbesserung von Gesundheit durch Prävention beizutragen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Sporttreiben als Lebenskunst	6
Abbildung 2:	Adipositasprävalenz – Trend nach Altersgruppen	8
Abbildung 3:	Diabetes-Verbreitung bei Erwachsenen 18-79 Jahre, BSG98 (1997/99) vs. DEGS1 (2008/11)	9
Abbildung 4:	Aufbau einer Diabetes Surveillance	10
Abbildung 5:	Aktuelle Versorgung der Diabetes mellitus-Erkrankten	12
Abbildung 6:	Diabetisches Spätsyndrom	12
Abbildung 7:	Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland	14
Abbildung 8:	Gesundheit in reichen Gesellschaften	16
Abbildung 9:	Prävention in der Lebenswelt	17
Abbildung 10:	Todesursachenstatistik 2015, Region Schaumburg E10-E14 Diabetes mellitus, Fälle pro 100.000 Einwohner	18
Abbildung 11:	Die Kooperation der BKK24 mit der Universität Bremen im „Länger besser leben.-Institut: Prävention und Gesundheitsförderung zielgerichtet gestalten...	19

