

»60 Jahre BVPG – mit Blick zurück nach vorn«

Dokumentation der
Jubiläumsveranstaltung
vom 12. Juni 2014



Gemeinsam Gesundheit fördern.

www.bvpraevention.de

bvpg

Bundesvereinigung
Prävention und
Gesundheitsförderung e.V.

»60 Jahre BVPG – mit Blick zurück nach vorn«

Gemeinsam Gesundheit fördern.

Liebe Mitglieder und Kooperationspartner der BVPG,
liebe Leserinnen und Leser,

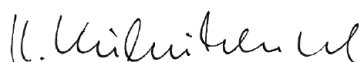
unter dem Motto »60 Jahre BVPG – mit Blick zurück nach vorn« fand am 12. Juni 2014 die Jubiläumsveranstaltung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) im Kreise zahlreicher Mitglieder und Kooperationspartner in der Vertretung des Landes Nordrhein-Westfalen beim Bund statt. Getreu dem Motto wurden im Rahmen der Veranstaltung sowohl Meilensteine der Vergangenheit beleuchtet, als auch zukünftige Erfordernisse im Handlungsfeld »Prävention und Gesundheitsförderung« thematisiert. Auch bot die Veranstaltung viel Raum zum gegenseitigen Austausch.

Ganz besonders gefreut haben wir uns, Frau Prof. Dr. Dr. Ilona Kickbusch und den Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Lutz Stroppe, für unsere Jubiläumsveranstaltung gewonnen zu haben.

Mit der vorliegenden Dokumentation möchten wir nun den Anregungen zahlreicher Gäste nachkommen und die Inhalte der Festvorträge allen Interessierten zugänglich machen.

Bedanken möchte ich mich nochmals bei allen, die zum Gelingen unserer Jubiläumsfeier beigetragen haben. Neben den Referentinnen und Referenten gilt mein Dank unseren Mitgliedern und Kooperationspartnern und ganz besonders unseren finanziellen Förderern.

Auf die weitere Zusammenarbeit mit Ihnen freue ich mich sehr!



Helga Kühn-Mengel (MdB)
Präsidentin der BVPG

Gerhard Sauer |

stellvertretender Dienststellenleiter in der Vertretung des Landes Nordrhein-Westfalen beim Bund



In seiner Begrüßung hieß Herr Gerhard Sauer, stellvertretender Dienststellenleiter in der Vertretung des Landes Nordrhein-Westfalen beim Bund, die Anwesenden – auch im Namen von Ministerin Dr. Angelica Schwall-Düren – herzlich willkommen.

Er stellte die Bedeutung des Themenfelds »Prävention und Gesundheitsförderung« heraus und erläuterte, dass dies eines der zentralen Themen der rot-grünen Koalitionsvereinbarung in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2012 darstellt. Seine Ausführungen unterstrich der Redner anhand von zwei Zitaten aus der Präambel der Koalitionsvereinbarung:

»... wir folgen den Grundsätzen einer Politik, die auf Vorbeugung, Inklusion und Integration sowie auf Nachhaltigkeit setzt. Bei uns steht nicht der Markt, sondern der Mensch im Mittelpunkt. Deshalb bleibt es bei unserem Ansatz der vorsorgenden Politik. Wir investieren in Kinder und Bildung, die wirtschaftliche und ökologische Erneuerung, handlungsfähige Kommunen, Familien und Inklusion. Das stärkt die Gesellschaft als Ganzes und darüber hinaus auch den Wirtschaftsstandort Nordrhein-Westfalen.«

»Unsere Gesellschaft muss sich in Zukunft auch daran messen lassen, wie es gelingt, gesundheitsfördernde Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen zu realisieren. Hierzu muss Prävention gleichberechtigt neben Kuration, Pflege und Rehabilitation einen Beitrag dazu leisten, soziale und geschlechtsspezifische Ungleichheiten zu verringern und Lebenschancen zu erhöhen. Sie muss die Menschen in ihren Lebenswelten erreichen und Zugangsbarrieren abbauen.«

Ein Rückblick wie ihn die BVPG anlässlich ihres Jubiläums vornimmt, kann und muss – so Gerhard Sauer abschließend – immer auch ein Blick auf das sein, was erreicht wurde. Der gleiche Blick zeigt jedoch auch, wo sich neue Aufgaben auftun und neue Anstrengungen anstehen, die erfolgreich bewältigt werden wollen. Für diese Aufgaben wünschte Gerhard Sauer der BVPG einen klaren Blick und weiterhin viel Mut, Engagement und Erfolg.



Helga Kühn-Mengel (MdB) |
Präsidentin der Bundesvereinigung
Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Sowohl den Rückblick auf 60 Jahre Verbandsgeschichte¹ als auch zukünftige Perspektiven illustrierte Helga Kühn-Mengel, Präsidentin der Bundesvereinigung und MdB im Rahmen ihres Festvortrags anlässlich des 60-jährigen Jubiläums der BVPg.

Einleitend erinnerte die Referentin an die ersten Anstöße zum Neuaufbau von Prävention und Gesundheitserziehung nach dem zweiten Weltkrieg: Sie verwies auf die Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie der Internationalen Union für Gesundheitserziehung; beide Organisationen führten 1953 bedeutende Kongresse durch, die als Startpunkt für eine eigenständige Entwicklung der Prävention auch in Deutschland angesehen werden können.

Vor diesem Hintergrund lenkte Frau Kühn-Mengel das Augenmerk auf die Gründung der Bundesvereinigung im Jahr 1954 – dem damaligen Zeitgeist entsprechend noch unter dem Namen »Bundesausschuss für gesundheitliche Volksbelehrung«. Von diesem über die »Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung« (1969) und weiter zur »Bundesvereinigung für Gesundheit« (1992) verliefen die Entwicklungsphasen des seit 1997 einzigen nationalen Dachverbands für Bundesorganisationen, die auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten – der heutigen Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Als prägend für diese Entwicklung benannte Helga Kühn-Mengel politische, kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse: Neben der 68er Kulturrevolution verwies sie auf die Weiterentwicklung des gesundheitlichen Paradigmas der WHO, das sich schließlich in der Ottawa-Charta manifestierte und auch die Ausrichtung der BVPg nachhaltig beeinflusste. Bedeutung für die weitere Entwicklung des Verbands maß die BVPg-Präsidentin ebenfalls politischen Initiativen bei und nannte in diesem Zusammenhang u. a. die Gesundheitsreformgesetze aus den Jahren 1989 und 2000, die Reformbestrebungen um den § 20 SGB V sowie die Vorhaben zum Präventionsgesetz.

In diesem Zusammenhang kritisierte sie, dass trotz allem eine größere Verbreitung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen ausblieb. Der »Geist« eines ressortübergreifend angelegten Konzeptes von Gesundheitsförderung hat die deutsche Gesundheitspolitik nie wirklich erreicht – so Helga Kühn-Mengel. Das Gesundheitswesen verstand und versteht sich bis heute als »Krankenversorgungssystem«, in dem Gesundheit durch Behandlung von Krankheit wiederhergestellt wird. Für sie steht fest: »Die wissenschaftlich und praktisch vielfach belegte Erkenntnis, dass Gesundheit in erster Linie durch Veränderung von Lebensbedingungen bewahrt und

gefördert wird, prallt seit Jahrzehnten am Behandlungs- und Versorgungsdenken eines in sich geschlossenen Subsystems unserer Gesellschaft ab«.

Ihre Ausführungen unterstrich Helga Kühn-Mengel anhand der Ausgaben, die für Gesundheitsförderung aufgewendet werden. In der aktuellen Übersicht des Statistischen Bundesamtes zu den laufenden Gesundheitsausgaben für das Jahr 2012 sind Gesamtausgaben von 290 Mrd. Euro verzeichnet – davon aber lediglich zwei Prozent für Gesundheitsförderung (= ca. 5,8 Mrd. Euro). Dieser Anteil ist seit 1992 unverändert.

Wie sehen nun kurz- und mittelfristige Perspektiven aus? Mit dieser Frage setzte sich die BVPG-Präsidentin vor dem Hintergrund der aufgezeigten Entwicklungen im zweiten Teil ihres Vortrags auseinander und zeigte Problem- und Aufgabenstellungen sowie Lösungsansätze im Spannungsfeld zwischen Praxis, Wissenschaft und Politik auf²:

1. Unstrittig ist, dass »Gesundheitsförderung und Prävention« eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt. Ermöglicht werden muss, dass politische Ressorts, Handlungs- und Fach-Ebenen übergreifend zusammengeführt werden.
2. Deshalb bedarf vor allem das Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherungen einer höheren Verbindlichkeit und Abstimmung als bisher. Es sollte jedoch gleichermaßen beachtet werden, auch angemessene Rahmenbedingungen zur Ermöglichung des zivilgesellschaftlichen, partizipativ gestalteten Engagements zu gewährleisten.
3. Das Präventionsgesetz wird federführend vom Bundesminister für Gesundheit verantwortet. Dennoch ist Sorge dafür zu tragen, dass gesetzliche und sonstige Regelungen anderer Bundesressorts dem Charakter von Gesundheitsförderung und Prävention als einer Querschnittsaufgabe nachkommen – und entsprechend komplementäre Ausrichtungen ihrer Aktivitäten vornehmen. Erforderlich ist somit ein »übergeordneter Politikansatz«, der dem WHO-Konzept »Health-in-all-policies« entspricht.
4. Auf der Länderebene könnte das für Mund- und Zahngesundheit bewährte Modell der Zusammenarbeit gemäß § 21 SGB V gegebenenfalls auch für den Handlungsbereich des § 20 und 20a adaptiert werden. Dies ist vorbehaltlos rechtlich und organisatorisch zu prüfen. Auf Landesebene müssen die jeweiligen Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung) und die in allen Ländern bestehenden »Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit« (vormals: »Regionale Knoten«) angemessen eingebunden und vor allem strukturell gefestigt werden.
5. Die Zielorientierung im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention ist zu stärken und weiterzuentwickeln. Dies kann sich auf Abstimmungsroutinen der unterschiedlich Verantwortlichen beziehen, aber gleichermaßen auch auf die Inhalte der Ziele wie der Verfahren, mithilfe derer sie gewonnen werden.
6. Der »Lebenswelten-Ansatz« (»Settingansatz«) einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung muss gestärkt und ausgebaut werden.
7. Die im Rahmen von § 20 und 20a SGB V für Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung zu stellenden Mittel sind deshalb maßgeblich zu erhöhen und dabei schwerpunktmäßig für Maßnahmen in Lebenswelten (Kita, Schule, Seniorenwohnheim, Pflegeheim, Stadtteil/Stadt) sowie für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) einzusetzen. Bei der BGF sind bevorzugt Konzeptionen für kleinste, kleine und mittelgroße Betriebe zu entwickeln.

8. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Wirksamkeitsüberprüfung sind auszubauen und weiterzuentwickeln; bereits vorhandene und bewährte Maßnahmen sind den Zielgruppen breiter und besser zugänglich zu machen. Die bisherigen, freiwillig erbrachten Berichterstattungen bzw. Dokumentationen der Sozialversicherungsträger sollten ergänzt werden – z. B. durch eine Dokumentation und Bewertung derjenigen Maßnahmen, die außerhalb dieser beiden Regelungsbereiche und insbesondere durch zivilgesellschaftliches Engagement zustande kommen. Die Bundesvereinigung könnte (mit entsprechenden Ressourcen) diese Aufgabe übernehmen. Zur Evaluation der unterschiedlichen Maßnahmen im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention« sind beispielhaft, aber regelmäßig entsprechende Projekte durchzuführen. Insbesondere die Evaluation komplexer Maßnahmen in Lebenswelten bedarf weiterer intensiver Konzeptarbeit, Forschung und Erprobung. Im Zuge der Qualitätsentwicklung sind evidenzbasierte Daten unverzichtbar. Vor allem die im Zusammenhang mit der Gesundheitsberichterstattung des Bundes stehenden Aufgaben und Leistungen des Robert Koch-Instituts sollten für den Themenschwerpunkt »Gesundheitsförderung und Prävention« vertieft und ausgeweitet werden.
9. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen ist ein zielgruppengerechtes Vorgehen – hierzu zählen insbesondere auch genderspezifische Vorgehensweisen und die Beachtung der Ermöglichung von Inklusion.
10. Die Präventionsforschung führt noch immer ein Schattendasein im Wissenschaftsbetrieb. Notwendig ist jedoch ein konzertiertes, ressortübergreifendes und interdisziplinäres nationales Forschungsprogramm, das gemeinsam mit Praktikerinnen und Praktikern des Handlungsfeldes »Gesundheitsförderung und Prävention« erarbeitet werden sollte.
11. Ergänzend zu den geplanten präventionsgesetzlichen Regelungen sollte mit Bezug auf den »Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung der nicht-übertragbaren Krankheiten« des WHO-Regionalbüros Europa ein umfassendes »Nationales Aktionsprogramm zur Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten« entwickelt werden. In diesen Aktionsplan könnte der derzeit laufende Aktionsplan IN FORM bruchlos integriert werden.

Ihren Vortrag schloss die Referentin mit dem Resümee:

»In unserer Position als politische Anwälte für Prävention und Gesundheitsförderung sollten wir unser Tun auch zukünftig immer wieder reflektieren, und zwar sowohl in Bezug auf die Praxis, die Wissenschaft, die Wirtschaft und die Politik. Diese Haltung sollte uns die nötige Gelassenheit geben, um weder in hektische Betriebsamkeit noch in lähmendes Rasonnieren zu verfallen«.

¹ Eine ausführliche Chronologie zur Geschichte der BVPG finden Sie in unserer Jubiläumsfestschrift »60 Jahre BVPG – mit Blick zurück nach vorn«. Diese steht auf der Homepage der Bundesvereinigung kostenfrei unter der Rubrik »Publikationen« zur Verfügung.

² Diese und weitere Forderungen sind nachzulesen in der Publikation »Potenzial Gesundheit – Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 18. Legislaturperiode«. Diese kann kostenfrei auf der Homepage der BVPG unter der Rubrik »Publikationen« heruntergeladen werden.

Lutz Stroppe |
Staatssekretär im Bundesministerium
für Gesundheit (BMG)



Dass Prävention und Gesundheitsförderung nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe erfolgreich gelingen kann, stellte Staatssekretär Lutz Stroppe im Rahmen seines Vortrags heraus.

Zunächst gab er jedoch einen kurzen Rückblick auf die Geschichte der BVPG und betonte die gute und verlässliche Partnerschaft mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die insbesondere bei nationalen Veranstaltungen zum Weltgesundheitstag und bei den gemeinsamen Präventionskongressen zum Ausdruck kommt. Für ihn steht fest: »Gäbe es die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung nicht, wir müssten sie heute erfinden!«

Anschließend machte der Staatssekretär deutlich, dass Gesundheitsförderung beim Individuum beginnt und sich zugleich an seine Lebenswelten richtet. Aus diesem Grund müssen Maßnahmen schon bei Kindern und Jugendlichen ansetzen. Lebenswelten wie Schulen, aber auch Senioreneinrichtungen, sind geeignete Orte für Präventionsmaßnahmen. Denn hier wird Gesundheitsverhalten geprägt, ob in jungen oder älteren Jahren.

Ein Beispiel für diesen lebensweltbezogenen Ansatz stellt laut Stroppe das Modellprojekt »Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen« dar, bei dem auch die Bundesvereinigung ihre Expertise in den beratenden Projektbeirat einbringt. Erprobt wird, wie möglichst viele Kinder und Eltern erreicht und für die Teilnahme an der Untersuchung gewonnen werden können. Dabei sollen die gesundheitlichen Ressourcen möglichst vieler Kinder verbessert werden. Dies kann dem Staatssekretär zufolge aber nur gelingen, wenn gleichzeitig der Schulalltag unter gesundheitsfördernden Gesichtspunkten gestaltet wird. Ebenso betonte er den Stellenwert der Familie.

Auch der Arbeitsplatz ist – wie Lutz Stroppe ausführte – ein wichtiger Ort für Gesundheitsförderung. Umso mehr, als die demografische Entwicklung schon heute in den Unternehmen deutlich spürbar ist. Der Anteil der Menschen im erwerbsfähigen Alter geht zurück und das Durchschnittsalter der Beschäftigten steigt. Betriebliche Gesundheitsförderung kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit älter werdender Belegschaften zu stärken. Aber auch für die Personalgewinnung sind Präventionsangebote am Arbeitsplatz zunehmend von Bedeutung. Neben der Förderung der physischen Gesundheit geht es dabei auch um die Stärkung der psychischen Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Denn psychische Erkrankungen gehören mittlerweile mit zu den häufigsten Ursachen für Fehlzeiten in Unternehmen – wobei

gerade die psychischen Erkrankungen multifaktoriell bedingt sind. Wie der Referent darlegte, haben bereits viele Unternehmen das Potenzial betrieblicher Gesundheitsförderung erkannt. Bei der Planung und Durchführung von Präventionsangeboten stehen ihnen die Krankenkassen beratend zur Seite, die ihre Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren stetig ausgeweitet und den Bedürfnissen angepasst haben. Die kleinen und mittleren Unternehmen können heute die Angebote der Krankenkassen jedoch nicht in dem Umfang nutzen wie größere Unternehmenseinheiten – Chancen und Möglichkeiten betrieblicher Prävention gehen somit verloren. Die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung gerade in diesem Bereich wird deshalb ein Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit sein, betonte der Staatssekretär.

Potenzial für Prävention und Gesundheitsförderung schrieb der Referent weiterhin dem Setting »Stadtteil« zu. Für viele Menschen ist der Stadtteil die Lebenswelt, in der sie erreicht und beteiligt werden können. Die Bedeutung der Wohnumgebung wird umso größer, je stärker die Mobilität eingeschränkt ist. Der Stadtteil bietet damit einen geeigneten Zugang insbesondere für ältere Menschen. Körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung, Stressbewältigung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe können wesentlich zur Gesundheit im Alter – auch bei bereits bestehenden Krankheiten – beitragen.

Aktuell arbeitet eine Sachverständigenkommission unter dem Vorsitz von Herrn Professor Kruse am 7. Altenbericht der Bundesregierung. Dieser trägt den Titel »Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften«. Ziel ist die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Seniorenpolitik in den Kommunen.

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen schlussfolgerte Staatssekretär Lutz Stroppe: »Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt von der Kita bis zum Seniorenwohnsitz, vom Betrieb bis zur Kommune, das sind die Herausforderungen, denen wir uns stellen müssen, um moderne Antworten zu finden.« Wichtig sei in diesem Zusammenhang ein ressortübergreifender Ansatz, für den sich auch die Bundesvereinigung seit langem einsetzt. Ein gutes Beispiel dafür ist die Initiative IN FORM. Mit dem nationalen Aktionsplan »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« wurde ein wichtiger Handlungsrahmen vorgelegt. Es geht insbesondere darum, vorhandene Aktivitäten zu bündeln, Synergien zu nutzen und bewährte Maßnahmen zu verstetigen. Als Mitglied der Nationalen Steuerungsgruppe als auch von unterschiedlichen Arbeitsgruppen von IN FORM leistet auch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung dazu einen Beitrag.

Anschließend hob der Referent zwei Beispiele erfolgreicher Präventionsarbeit hervor, an denen auch die BVPG beteiligt war. Hierzu gehören zum einen die Präventionsaktivitäten im Handlungsfeld HIV/AIDS. Deutschland ist das Land mit einer der niedrigsten HIV-Neuinfektionsraten unter vergleichbaren europäischen Ländern. Dies ist ein Erfolg einer auch im internationalen Kontext anerkannten, vorbildlichen und nachhaltigen Präventionsarbeit und eines soliden Gesundheitswesens, so der Referent.

In diesem Zusammenhang erinnerte Staatssekretär Lutz Stroppe an den früheren Präsidenten der BVPG, Herrn Dr. Hans-Peter Voigt, der Anfang 2014 verstorben ist. Hans-Peter Voigt hat als Vorsitzender der Enquête-Kommission »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung« durch seine kluge und ausgewogene Leitung dazu beigetragen, dass die deutsche Präventionsstrategie erfolgreich umgesetzt werden konnte.

Um die bisherigen Erfolge zu sichern und in Zukunft weiter zu steigern, müssen die Präventions-Aktivitäten stetig weiterentwickelt werden. Grundlage hierfür stellt die erfolgreiche Zusammenarbeit beteiligter Akteurinnen und Akteure dar. Beispielhaft dafür nannte der Staatssekretär die gute Verzahnung zwischen BVPG und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH).

Als weiteres Beispiel erfolgreicher Präventionsarbeit bezeichnete Staatssekretär Lutz Stroppe die Förderung des Nichtrauchens. Mit der Übernahme der Geschäftsführung des Aktionsbündnisses Nichtrauchen im Jahr 2009 hat die Bundesvereinigung dieses Engagement noch einmal verstärkt. Die Quote der Raucherinnen und Raucher ist unter Jugendlichen auf einem historischen Tiefstand, die Zahl derjenigen, die noch nie geraucht haben, wächst. Auch bei den Erwachsenen sinkt die Raucherquote, wenn auch nur langsam.

Dieser Erfolg hat viele Mütter und Väter. Seit dem Jahr 2003 gibt es das nationale Gesundheitsziel »Tabakkonsum reduzieren«, das alle relevanten Akteurinnen und Akteure an einen Tisch gebracht hat. Hinzu kommt, dass mit dem Tabakrahmenübereinkommen auch auf internationaler Ebene ein Mechanismus existiert, der die Förderung des Nichtrauchens unterstützt.

Der Referent mahnte jedoch, sich nicht auf diesen Erfolgen auszuruhen, sondern weiter aktiv zu sein. Vor allem der Faktor soziale Ungleichheit im Rauchverhalten und die Verbesserung beim Rauchausstieg sollten dabei aus Sicht des Staatssekretärs im Mittelpunkt stehen.

Die Beispiele erfolgreicher Präventionsarbeit zeigen, dass auf diesem Gebiet schon vieles erreicht wurde. Nötig ist aber – so Lutz Stroppe – auch eine institutionelle Verankerung mit der Verabschiedung eines Präventionsgesetzes.

Ziel dieses Gesetzes wird es dem Staatssekretär zufolge sein, die Menschen dabei zu unterstützen, über alle Lebensphasen hinweg an die Gesundheit zu denken. Hierzu sollen Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten gestärkt und Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass gesundheitsfördernde Angebote in allen Lebensbereichen und in hoher Qualität angeboten werden. Denn an diesen Orten können viele Menschen erreicht werden – ungeachtet ihrer Herkunft, ihres Alters, ihres Geschlechts und ihrer jeweiligen sozialen Lage. Zudem wirken sich die Lebensbedingungen erheblich auf das Gesundheitsverhalten aus. So wird es leichter, sich zu bewegen, wenn das Umfeld bewegungsfreundlicher gestaltet ist. Menschen arbeiten gesünder, wenn die Arbeit gut organisiert ist. Kinder eignen sich leichter gesunde Essgewohnheiten an, wenn auch in der Kita und in der Schule auf ausgewogene Ernährung geachtet wird.

Doch machte der Referent in diesem Zusammenhang ebenfalls deutlich, dass eine Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten nur erfolgreich sein wird, wenn alle verantwortlichen Akteure zusammenwirken. Dies bedeute auch, dass sich kein Akteur unter Verweis auf die Aktivitäten anderer aus der Finanzierung eigener Präventionsleistungen zurückziehen darf. Denn bei der Gesundheitsförderung und Prävention handelt es sich um eine Aufgabe, die den unterschiedlichsten staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene obliegt. Mit dem Präventionsgesetz will die Bundesregierung verlässlich im Rahmen der Bund-Länder-Kompetenz Strukturen dafür schaffen, dass sich diese Institutionen zukünftig besser abstimmen und gemeinsame Ziele verfolgen.



Dr. Beate Grossmann |
Stellvertretende Geschäftsführerin
der Bundesvereinigung Prävention
und Gesundheitsförderung e.V.

Wie wird die Bundesvereinigung aus Sicht ihrer Mitglieder wahrgenommen? Dieser Frage wandte sich Dr. Beate Grossmann, stellvertretende Geschäftsführerin der BVPG, zu. In ihrem Vortrag ließ sie die Bundesvereinigung einmal selbst zu Wort kommen und berichtete aus der Perspektive der »alten Dame BVPG« von den Ergebnissen einer aktuellen Mitgliederbefragung.

Diese wurde im Zeitraum vom 18.02. bis 25.04.2014 durchgeführt und richtete sich an alle Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung. Folgende Leitfragen bildeten die Grundlage der Befragung:

- Was charakterisiert die BVPG aus Ihrer Sicht am treffendsten?
- Was waren die größten Herausforderungen?
- Wo sehen Sie künftig das größte Potenzial für die BVPG?
- Welchen Themen sollte sich die BVPG verstärkt widmen?
- Was wünschen Sie der BVPG zum Jubiläum und für die Zukunft?

Nach Abschluss des Befragungszeitraums lagen Rückmeldungen von mehr als einem Drittel der BVPG-Mitgliedsorganisationen vor.

Den Ergebnissen der Mitgliederbefragung zufolge zeichnet sich die BVPG durch vielfältige Funktionen aus: Als Koordinatorin, Vernetzerin und Impulsgeberin trägt sie dazu bei, neue Kontakte zwischen den Mitgliedern zu initiieren, Interessen zusammenzuführen und den Wissens- und Erfahrungsaustausch im Feld voranzutreiben. Auch als Kooperationspartnerin auf Augenhöhe und als Mittlerin zwischen unterschiedlichen Interessengruppen wird die BVPG von ihren Mitgliedsorganisationen wahrgenommen. Sie stellt demnach eine funktionierende Verbindung zwischen verschiedenen Institutionen auf unterschiedlichen Ebenen dar. Andere sehen in ihr ein Sprachrohr – sie verleiht der Gesundheitsförderung ihre Stimme und bringt damit fachlich relevante Themen in die öffentliche und politische Diskussion.

Die Fähigkeit, unterschiedliche Rollen einzunehmen und diese bei Bedarf auch zu kombinieren, wird von den Mitgliedsorganisationen als großes Potenzial wahrgenommen, das in der bunten

und häufig unübersichtlichen Präventionslandschaft zunehmend an Bedeutung gewinnt. Denn um Synergieeffekte zu erzielen, bedarf es einer erfahrenen Vernetzerin, die die handelnden Akteurinnen und Akteure zusammenführt und ihre Aktivitäten bündelt.

Ihr größtes Potenzial schöpft die BVPG aus der Vielfältigkeit ihrer Mitgliedsorganisationen. Als ein tragfähiges Fundament sorgen diese dafür, Prävention und Gesundheitsförderung gesellschaftlich breit zu verankern. Weiterhin treten sie für Praxisnähe und Umsetzbarkeit ein.

Die Ergebnisse der Mitgliederbefragung machen darüber hinaus weiterführende Handlungserfordernisse deutlich: Um den Präventionsgedanken in der Gesellschaft zu etablieren, bedarf es einer übergreifenden, gesamtgesellschaftlichen Präventionsstrategie. Voraussetzung dafür ist unter anderem auch eine gesetzliche Basis in Form eines Präventionsgesetzes. Dieses im Lauf seines Entstehungsprozesses in die richtigen Bahnen zu lenken und zu gestalten, sind wichtige Aufgaben, die der BVPG zugeschrieben werden. Darüber hinaus besteht – wie Dr. Beate Grossmann ausführte – eine Vielzahl an Themen, die (auch) zukünftig verstärkter Aufmerksamkeit – auch durch die BVPG – bedürfen. Hierzu gehören »Betriebliches Gesundheitsmanagement«, »Jugend- und Familiengesundheit«, »Seelische Gesundheit«, »Sozial bedingte gesundheitliche Chancenungleichheit« sowie die Weiterentwicklung des § 20 SGB V.

Die Rückmeldungen der Mitgliedsorganisationen sind Bestätigung und Ansporn zugleich, den bisher eingeschlagenen Weg weiter zu verfolgen, so die stellvertretende Geschäftsführerin der BVPG. Weiterhin unterstreichen sie, dass das »Kerngeschäft« der BVPG als solches wahrgenommen und wertgeschätzt wird. Gleichzeitig warnte Dr. Beate Grossmann jedoch vor der Gefahr, das Konzept der Gesundheitsförderung individualistisch zu verkürzen und letztlich nur Verhaltensprävention zu betreiben. Wichtig sei es, immer wieder darauf hinzuweisen, dass Gesundheit an gesellschaftliche und ökonomische Bedingungen geknüpft ist und somit auch eine Frage der sozialen Schicht, der Bildung und der Finanzen ist. Aus dieser Einsicht leitet die Weltgesundheitsorganisation auch die Forderung nach einer »gesunden« Politik, einer »healthy policy« ab, die über bloße Gesundheitspolitik hinausweist.

Allerdings kann auch dieser Ansatz überdehnt werden, wie Dr. Beate Grossmann den Zuhörenden aufzeigte. Kollektive Eingriffe im Namen der Gesundheit können eine Gefahr für die Freiheit und Selbstbestimmung darstellen. Das kann passieren, wenn Gesundheit als moralische Kategorie verstanden wird und damit gesellschaftliche Kontroll- und Normierungsversuche verbunden sind. Vor diesem Hintergrund stellt es weiterhin eine wichtige Anforderung an die BVPG dar, wachsam zu sein und darauf zu achten, die Balance zwischen Incentives, kollektivem Zwang, Effektivität und Selbstbestimmung zu finden.



Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch |
Leiterin des Global Health Programme
am Graduate Institute of International
and Development Studies in Genf

Bedeutende gesundheitliche Herausforderungen des 21. Jahrhunderts thematisierte Professorin Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch, Leiterin des Global Health Programme am Graduate Institute of International and Development Studies in Genf, im Rahmen ihres Festvortrags. Dabei nahm sie insbesondere die kommerziellen Determinanten von Gesundheit in den Blick.

Die Inhalte ihrer Präsentation fasste die Referentin zum nachfolgenden Beitrag zusammen:

Gesundheit braucht politische Vorgaben und Entscheidungen. Dieser Grundsatz tritt aufgrund der Gesundheitsherausforderungen im 21. Jahrhundert wieder in den Vordergrund. Die Art und Weise, wie wir Gesundheit als Gegenstand fassen, steht erneut zur Diskussion, denn die Perspektive, welche wir für die Ursachen bzw. Determinanten des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung wählen, bestimmt die Wahl der Instrumente. Dies gilt heute – angesichts der Herausforderung an die Regierungskoalition, ein Präventionsgesetz vorzulegen – umso mehr.

Zwei prioritäre Gesundheitsherausforderungen tragen derzeit weltweit zu einer veränderten Sichtweise bei: die zunehmende gesundheitliche Ungleichheit innerhalb und zwischen den Ländern und die Zunahme von Übergewicht und Diabetes, auch in den Entwicklungsländern. Beide Problembereiche sind von ähnlichen Dynamiken angetrieben und stehen paradigmatisch für einen anderen Zugang zur Gesundheitspolitik. Will man diese Probleme erfolgreich angehen, so braucht es nicht nur politisches Handeln in vielen unterschiedlichen Politikbereichen, sondern auch eine bessere Verzahnung zwischen nationalen und globalen Maßnahmen. Internationale Handelsabkommen können für die nationale Gesundheit sehr bedeutsam sein und nationale Maßnahmen können sich entscheidend auf globale Probleme auswirken. Es braucht auch die Einbindung und Beteiligung der Bevölkerung, denn schlussendlich beinhaltet eine Umorientierung eine normative Debatte über die Verantwortung des Staates, der Wirtschaft und der Bürger.

Eine solche Auseinandersetzung kann nur politisch geführt werden, denn Gesundheit ist so fest mit unserer Lebensweise, unserer Wirtschaft und unserem Alltag verwoben, dass ein neuer mehrheitlicher gesellschaftlicher Konsens über die Antwort auf die großen Gesundheitsherausforderungen geschaffen werden muss. In der Vergangenheit ist dies beispielsweise bei HIV/AIDS und (teilweise) bei der Tabakpolitik gelungen. Die Komplexität der beiden Bereiche – Ungleichheit und Übergewicht und Diabetes – und auch ihre Interaktionen werden ein Handeln in vielen

gesellschaftlichen und politischen Handlungsbereichen nötig machen. Klar ist, dass man bei der steigenden Zahl Übergewichtiger in den niedrigen Sozialgruppen und solcher mit Migrationshintergrund die Verantwortung nicht mehr nur beim Bürger und Konsumenten abladen kann, indem man nach besserer Aufklärung ruft.

Aus einer politischen Perspektive also wird Gesundheit integraler Teil von gesellschaftlichen Auseinandersetzungen, denn sie ist in die grundlegenden Veränderungen eingebettet. »Gesundheit ist Voraussetzung, Ergebnis und Indikator einer nachhaltigen Gesellschaft« betont der neueste Lancet-Bericht, der sich mit politischen Determinanten der Gesundheit beschäftigt (Ottersen et al. 2014). In der Gesundheitsgesellschaft verbinden sich die Fragen nach Gesundheit mit der viel grundsätzlicheren Frage »Wie wollen wir leben?« (Kickbusch 2014). Denn ein gesünderes Leben – ebenso wie ein umweltfreundliches Leben – bedeutet ein Umdenken auf vielen Ebenen des gesellschaftlichen und individuellen Handelns. Stichworte sind: Globalisierung, Urbanisierung, Individualisierung, Kommerzialisierung, Virtualität und Demographie. Die Diabetes-Epidemie kann nur unter Einbezug der Dynamik einer globalen Konsumgesellschaft und globaler Märkte verstanden werden; gesundheitliche Ungleichheiten werden Teil einer breiteren Diskussion über Verteilungsgerechtigkeit; Übergewicht verbindet sich mit Entscheidungen über nachhaltige Produktion und Konsum, besonders in Hinblick auf Nahrungsmittel und industrielle Lebensmittelproduktion. Deswegen sind Debatten über Gesundheit stets auch politische und ideologische Debatten.

In der internationalen Gesundheitsdebatte beschäftigt man sich inzwischen ausführlich mit den Fragen der Gesundheitsdeterminanten. Diese wurden schon in der Ottawa-Charta als die »Voraussetzungen für Gesundheit« betont und auch in den fünf strategischen Handlungsbereichen mit angesprochen, so z. B. im Rahmen der gesundheitsfördernden Lebensumwelten und der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Durch die Arbeit der WHO-Kommission zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten (WHO 2009) sind besonders jene Determinanten, die zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen, erneut ins Blickfeld geraten. Sicher nicht zufälligerweise, da sich in allen Ländern mit dem Ausweiten der sozialen Schere auch die gesundheitlichen Unterschiede – ausgedrückt in Lebenserwartung und Gesundheitserwartung – verstärken. Daraus ergeben sich eine Vielzahl von Fragen nach dem Zugang zu ökonomischen und politischen Ressourcen und nach der sozialen Gerechtigkeit.

So weist auch das Robert Koch-Institut darauf hin, dass zwischen den Kreisen mit den niedrigsten bzw. höchsten mittleren Einkommen in Deutschland die Differenz in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt bei Frauen etwa sieben Jahre und bei Männern annähernd zehn Jahre beträgt. Kann ein demokratisches Land solche Unterschiede hinnehmen – nicht zuletzt, weil die vorliegenden Analysen zur zeitlichen Entwicklung für eine Verfestigung der Unterschiede sprechen (Lampert/Kroll 2014)? Wie beeinflusst der Gradient der gesundheitlichen Ungleichheit, der nicht durch den Zugang zur Gesundheitsversorgung ausgeglichen werden kann, die Vorstellung eines gerechten Sozialstaates im 21. Jahrhundert? Wie verbindet sich die Dynamik der sozialen Determinanten mit anderen Determinanten?

Auch die umweltbezogenen Determinanten der Gesundheit waren in der Ottawa-Charta angesprochen. Die Diskussion um Nachhaltigkeit, Klimawandel und Urbanisierung hat ihnen auf neue Weise Beachtung geschenkt. Zunehmend verbindet sich die Umwelt- mit der Gesundheitsdebatte in Fragen der Stadt- und Verkehrsplanung, der Nahrungsmittelproduktion und des Energieverbrauchs. Besonders in diesem Bereich haben sich neue Ansätze der Zusammenarbeit zwischen Sektoren entwickelt, die vom gemeinsamen Nutzen – dem sogenannten co-benefit-Potential – aus-

gehen. Als Beispiel soll eine aktive Verkehrspolitik gelten, die wie die Fahrradpolitik in Kopenhagen einerseits den Schadstoffausstoß bremst, und durch mehr Bewegung zu positiven Gesundheitsergebnissen führt. Einen Schritt weiter gehen die Denkansätze, die Gesundheit auf neue Weise in die Nachhaltigkeitsdebatte einbinden möchten und damit auch grundsätzliche Fragen zur Organisation des Gesundheitssystems und zur generationenübergreifenden Gesundheitssicherung stellen. Auch hier gilt die Verbindung zur sozialen Ungleichheit. Ist es so, dass die Gesundheit der nachfolgenden Generationen aufgrund der Zunahme der nicht-übertragbaren Krankheiten wie Diabetes geringer sein wird als unsere und gesundheitliche Ungleichheiten in die nächste Generation getragen werden (Reither et al. 2011)?

Zunehmend ins Blickfeld geraten inzwischen die kommerziellen Determinanten der Gesundheit und ihre Interaktion mit sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Kurz gesagt kann man sie als jene Faktoren umschreiben, die den Konsum auf Kosten der Gesundheit und des Wohlbefindens fördern. Hierbei geht es sowohl um bestimmte Produkte wie auch um eine Kommerzialisierung von Lebensumwelten. Dieser Aspekt der Determinanten war noch nicht Gegenstand des Ottawa-Verständnisses von »gesundheitsförderlichen Lebensumwelten«; auch wenn man sich schon mit Fragen der Einschränkung der Werbung für gesundheitsschädliche Produkte – wie Tabak – beschäftigt hat. Nun sind die kommerziellen Determinanten der Gesundheit angesichts der Zunahme des Übergewichts und der Adipositas in kürzester Zeit in das Blickfeld geraten: Dabei handelt es sich um eine neue Auffassung und ein sich verstärkendes Zusammenwirken von toxischen Produkten, toxischen Umwelteinflüssen und Marketing-Strategien.

Nach Big Tobacco geraten Big Food und Big Soda ins Blickfeld der Gesundheitsdebatten, denn die globale Zunahme von nicht-übertragbaren Krankheiten korreliert mit der globalen Ausbreitung der Produkte mit hohem Zucker-, Salz- und Fettgehalt. Seit 1980 hat sich die Rate von Übergewicht und Adipositas weltweit verdoppelt. Der Verkauf von Softdrinks hat sich weltweit in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt – auf \$ 532 Milliarden; in Indien, Brasilien und China hat sich der Verkauf vervierfacht (The Economist 2012). Viele dieser energiedichten Produkte werden aufgrund der Preis- und Angebotsstruktur vornehmlich von sozial Schwachen konsumiert.

Den viel beachteten Startschuss zu einer neuen Vorgehensweise gab Bürgermeister Michael Bloomberg 2012 in New York, als er vorschlug, die Größe der Becher für Softdrinks zu regulieren und eine Steuer auf Süßgetränke einzuführen. Der Aufschrei der Wirtschaft und der Ideologen war gewaltig – und die Angst ging um, Zucker könnte – nach Tabak – zum neuen Angriffsziel werden. Deswegen wurde auch gleich erklärt, dass solche Maßnahmen ganz grundsätzlich dem Freiheitsversprechen der amerikanischen Verfassung zuwider laufen. Inzwischen aber gibt es in ganz Amerika politische Vorstöße, eine »Sodatax« einzuführen und das TIME Magazine spricht – in Anlehnung an die »tobacco wars« – von den »soda wars«. Im amerikanischen Kongress hat die Abgeordnete Rosa DeLauro im Juli 2014 den SWEET (Sugar Sweetened Beverages Tax)-Gesetzesentwurf eingereicht – das Geld soll dem »Prevention and Public Health Fund« zur Verfügung stehen, der im Rahmen der Obama-Gesundheitsreform eingerichtet wurde.

Im November 2014 wird es in Kalifornien eine Volksabstimmung darüber geben, ob eine »Sodatax« eingeführt wird und die Gelder für Gesundheitsprogramme verwendet werden sollen. Das Ergebnis wird sicher stark vom Nachbarland Mexiko beeinflusst werden, das Anfang 2014 eine solche Steuer auf Süßgetränke und auf Junkfood eingeführt hat und schon erste Ergebnisse vorweisen kann: Der Verkauf ist deutlich zurückgegangen, der Umsatz und die Aktienwerte der Firmen ebenfalls. Die Gelder werden dafür eingesetzt, Trinkwasserzugang für alle Schulen Mexikos zu ge-

währleisten. Inzwischen hat auch Indien eine »healthy tax« auf Süßgetränke eingeführt. Die Fiskalpolitik, die schon bei der Tabakbekämpfung im Zentrum stand, wird also auch für den Kampf gegen Übergewicht und Diabetes sehr bedeutsam – diskutiert wird, ob die Gelder zweckgebunden für Gesundheitsprogramme eingesetzt werden oder in den generellen Staatshaushalt fließen.

Inzwischen hat diese Diskussion auch Deutschland erreicht – sie war z. B. Leitartikel in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung vom 27. Juli 2014. Zur Bekämpfung der Volkskrankheit Diabetes – an der in Deutschland acht Millionen Menschen leiden – haben die Abgeordneten Franke (SPD) und Rüdell (CDU) den Vorschlag einer »Gesundheitsabgabe« eingebracht. Sie schlagen vor, die Mehrwertsteuer derjenigen Lebensmittel auf 19 Prozent zu erhöhen, die auf 100 Gramm einen Kalorienwert von 275 Kalorien oder mehr aufweisen – z. B. Chips, Nutella, Schokoriegel usw. Die Mehrwertsteuer auf gesunde Lebensmittel wie Obst und Gemüse solle gering bleiben. Die Gesundheitsabgabe wird als Teil eines gesundheitspolitischen Gesamtkonzeptes für gesunde Ernährung gesehen, das auch andere Maßnahmen umfassen soll – so auch eine sehr viel bessere Information für die Verbraucher sowie Werbeverbote.

Hier kann man durchaus aus den Erfahrungen der Tabakpolitik lernen: Erfolgreich war die Verbindung von Preiserhöhung, Regulierung von Settings durch Rauchverbote, Regulierung von Werbung und Marketing, Jugendschutz, Information, abschreckende Labels und Normveränderung. Ähnliche Kombinationen von Maßnahmen werden auch in Hinblick auf die »Dickmacher« nötig sein, denn die gegenseitigen Verstärkereffekte der Maßnahmen sind zentral. Schwieriger wird die politische Durchsetzung, da man es nicht nur mit einer Industrie zu tun hat, sondern mit einer Vielzahl von Produzenten und Verteilern. Hinzu kommt, dass die Industrie nicht nur signifikanten politischen Einfluss hat, sondern sich auch breit in der Gesellschaft – besonders durch ihre Sponsoren-Rolle – verankert hat. So ist es explizite Strategie einer der größten Getränkefirmen, »überall präsent zu sein«.

Der politische Kampf ist vorprogrammiert: Das böse Wort von der »Gesundheitspolizei« wird in den politischen Ring geworfen und der freie Bürger, der vor der Übermacht des Staates geschützt werden muss, wird heraufbeschworen. Die Ottawa-Charta sprach davon, die gesunde Wahl zur leichteren Wahl zu machen, das ganze Ausmaß der Durch-Kommerzialisierung der Lebensbereiche durch globale Marken war damals aber noch nicht abzusehen. Die neue Epidemiologie weist uns darauf hin, dass die Dichte des Angebotes – ständig zum Konsum von Essen und Getränken aufgefordert zu werden – das Verhalten deutlich beeinflusst; man spricht inzwischen von »obesogenic environments«.

Auch von breiter Gesundheitskompetenz und von Offenlegung des Warenangebotes sind wir in diesem Bereich noch weit entfernt: Wer weiß denn wirklich, wie viele Kalorien im Fast Food-Angebot sind und wie viel Zucker die Tomatensuppe im Beutel enthält und was das für den Körper langfristig bedeutet? Auch die Verbindung zwischen den beiden Herausforderungen – der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit und den kommerziellen Determinanten – muss noch deutlicher beleuchtet werden: Denn je niedriger der soziale Status, desto häufiger sind »ungesunde« Lebensstile und treten Übergewicht und seine Folgekrankheiten auf (Müller et al. 2010).

Doch die Gegenbewegung hat sich international formiert: Die Generalversammlung der Vereinten Nationen³ hat 2011 eine politische Erklärung zur Bedrohung durch die nicht-übertragbaren Krankheiten verabschiedet; die WHO hat eine Anzahl von internationalen Aktionsplänen vorgelegt; es gibt ein internationales Rahmenabkommen zum Tabak und es wird überlegt, ob es

möglich ist, dies auf andere Bereiche zu übertragen. Eine Reihe nicht-staatlicher Organisationen hat sich formiert, so die NCD Alliance⁴, NCD Free⁵ und der Soda Summit⁶. Inzwischen werden in den sozialen Medien höchst kreative Aufklärungsmaterialien verbreitet, und schlussendlich gibt es immer mehr nationale politische Vorstöße, wie oben schon angesprochen.

In Deutschland wird eine breite Palette von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention von einer Vielzahl von Akteuren umgesetzt. Die Grundsätze der Ottawa-Charta haben viel Beachtung gefunden, und der Ansatz, Gesundheit in allen Lebensbereichen (den Settings) zu fördern, ist in vielen Projekten umgesetzt worden. Verbunden wurde diese Vorgehensweise häufig mit einem hohen Bewusstsein für die Bedeutung gesundheitlicher Ungleichheiten. Nach mühsamem Beginnen gab es Vorstöße im Bereich der Tabakpolitik – und die Kombination von Steuern, Werbeauflagen und Gesundheitsaufklärung hat Wirkung gezeigt. Es wäre angebracht, wenn wichtige deutsche Organisationen die Frage der kommerziellen Determinanten dezidiert voranbringen würden – interessanterweise ist diesmal ein klares Signal aus der Politik (dem Parlament) gekommen. Die Diskussion um das bevorstehende Präventionsgesetz könnte eine gute Plattform sein, die politische Dimension der Maßnahmen hervorzuheben.

Fragen der gesundheitlichen Ungleichheit werden in Deutschland regelmäßig auf dem Kongress »Armut und Gesundheit« aufgegriffen – eine spannende Ergänzung wäre z. B. ein deutscher Soda Summit, ähnlich wie die Veranstaltung, die im Juni 2014 in Washington DC stattgefunden hat; vielleicht eine Herausforderung für die Bundesvereinigung? Jedenfalls gilt es, kreativ und mutig die neuen Gesundheitsherausforderungen und Determinanten zu benennen und dezidiert in die politische Diskussion zu tragen. Schlussendlich ist Gesundheit eine politische Entscheidung und als solche muss sie vermehrt diskutiert werden – von Professionellen, Politikern und Bürgern.

³ Weiterführende Informationen unter <http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/ncdiseases.shtml>

⁴ Weiterführende Informationen unter <http://www.ncdalliance.org/>

⁵ Weiterführende Informationen unter <http://ncdfree.org/>

⁶ Weiterführende Informationen unter <http://www.cspinet.org/Soda-Summit-2014.html>

Literatur

Kickbusch I, Hartung S (2014): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Huber Verlag, Bern.

Lampert T, Kroll LE (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. GBE kompakt 5(2). Robert Koch-Institut, Berlin. Online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile

Müller M, Lange D, Landsberg B, Plachta-Danielzik S (2010): Soziale Ungleichheit im Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. In: Ernährungs Umschau 2/2010, 78-83. Online verfügbar unter: http://www.ernaehrungs-umschau.de/media/pdf/pdf_2010/02_10/EU02_2010_078_083.qxd.pdf

Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, et al. (2014): The political origins of health inequity: prospects for change. In: The Lancet 383 (9917), 630-667.

Reither EN, Olshansky SJ, Yang Y (2011): New Forecasting Methodology Indicates More Disease And Earlier Mortality Ahead For Today's Younger Americans. In: Health Affairs 30(8), 1562-1568. Online verfügbar unter <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.2011.0092>

The Economist (2012): Special report: Obesity. In: The Economist Dec 15/2012. Online verfügbar unter <http://www.economist.com/printedition/2012-12-15>

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2009): Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO, Genf. Online verfügbar unter http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/



Impressum

Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

Heilsbachstraße 30 • 53123 Bonn
Telefon 0228 – 9 87 27-0 • Fax 0228 – 64 200 24

E-Mail: info@bvpraevention.de
www.bvpraevention.de

Redaktion: Dr. Beate Grossmann, Ann-Cathrin Hellwig

© 2014 Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

V.i.S.d.P.: Dr. Beate Grossmann

Fotos: BVPG / Anja Yilmaz

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheits-
förderung e.V. (BVPG) wird aufgrund eines Beschlusses
des Bundestages vom Bundesministerium für Gesund-
heit institutionell gefördert.



Bundesvereinigung
Prävention und
Gesundheitsförderung e.V.

www.bvpraevention.de