

Motivation zu Prävention

Mehr Chancen für die Gesundheit



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

Dokumentation

des zweiten „Länger besser leben.“-Kongresses am 14. Mai 2019

Inhaltsverzeichnis

Gerd Glaeske, Friedrich Schütte Motivation zur Prävention: Einleitung	4
Thomas Ellrott Warum wir anders essen, als wir uns ernähren sollten – Barrieren der Verhaltensänderung	6
Petra Kolip Schwer erreichbare Zielgruppen? Eine Frage der Perspektive	10
Sonia Lippke Motivationsförderung zur Beteiligung an Bewegungsprogrammen – der innere Schweinehund und wie man ihn an die Leine nehmen kann ...	14
Toni Faltermaier Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln unter der Perspektive von Geschlecht und Lebenslauf: Wie erreichen wir Zielgruppen mit Bedarf für die Prävention?	18
Ingo Froböse Fitness und Gesundheit – Geschenk oder harte Arbeit?	22
Nicola Döring Gesundheitskommunikation im Digitalzeitalter – Herausforderung für die Prävention	26
Jürgen Bengel Prävention in der Rehabilitation – integriert oder unterrepräsentiert?	28
Fazit	35
Lebensläufe der Referent*innen	36
Medienresonanz	42
Graphic Recording	44
Abbildungsverzeichnis	49
Feedback zum Kongress	51

Impressum

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

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: <http://www.socium.uni-bremen.de/ueber-das-socium/mitglieder/gerd-glaeske/projekte/laenger-besser-leben-institut/>

Gerd Glaeske, Friedrich Schütte

Motivation zur Prävention: Begrüßung und Einleitung

Die Themen dieses zweiten „Länger besser leben“-Kongresses „Motivation zur Prävention“ ergaben sich fast zwangsläufig aus den Ergebnissen des ersten Kongresses „Prävention stärken!“ 2018, bei dem es um die Feststellung des Status quo in den durch Prävention zu verbessernden oder vermeidbaren Krankheiten und die Einschätzung der aktuellen Präventionsmaßnahmen ging.

Der „Länger besser leben“-Kongress 2019 „Motivation zur Prävention“ soll den Finger in die Wunde bei den aufgezeigten Schwachpunkten der bisherigen Erklärungs- und Motivationsmodelle legen: Warum wird die Gesellschaft nicht gesünder, obwohl so viel über gesundes Verhalten bekannt ist? Warum wird der Einzelne nicht gesünder, was hindert ihn, sich an gesunde Tipps zu halten? Warum führt soziale Ungleichheit nach wie vor zu gesundheitlicher Ungleichheit, wie ist diese Kluft zu überbrücken?

Heutzutage sollten Präventionsleistungen für jeden zugänglich sein, um möglichst lang ein gesundes Leben genießen zu können. Dieser Kongress legt daher den Fokus auf folgende Fragen:

- Was können wir zu einer besseren Prävention anbieten?
- Wie können wir die Menschen zur Teilnahme motivieren?



BKK24-Vorstand Friedrich Schütte

Die Eröffnung des Kongresses geschah durch **Friedrich Schütte** als Vorstand der BKK24. Die Aufgabe des Tages sei es zu fragen, ob und wie es gelänge, die Menschen zur Prävention zu motivieren.



Reinhard Rawe, Vorstandsvorsitzender des LandesSportBundes

Reinhard Rawe, als Vorstandsvorsitzender des LandesSportBundes Niedersachsen und Hausherr der Akademie des Sports, knüpfte daran an und begrüßte die Gäste mit dem Hinweis auf den Zwillingsscharakter von Prävention und Sport. Die Akademie als Lehr- und Bildungszentrum biete auch den Ort für wichtige politische Entscheidungen und sei ebenso für Entscheidungsprozesse der Krankheitsprävention gut geeignet.

Professor Gerd Glaeske, wissenschaftlicher Leiter des „Länger besser leben“-Instituts, einer Kooperation der BKK24 und der Universität Bremen, führte in die konkreten Themen des Kongresses ein und moderierte die Tagung.

Er stellte zunächst das außergewöhnliche „Länger besser leben“-Programm der BKK24 vor, das allen Interessierten offensteht und durch regionale gesundheitsorientierte Aktionen nicht nur Versicherten der BKK24, sondern der Gesamtbevölkerung zugutekommt. Prävention wird hier alltäglich umgesetzt, um Erkrankungen im Alter zu vermindern und chronische Erkrankungen erst später beginnen zu lassen.

Im Weiteren wies Professor Glaeske auf den Unterschied zwischen individueller Verhaltens- und gesellschaftlich und politisch bewirkter Verhältnisprävention hin.

Die Politik ist aufgefordert, durch Förderungs- und Sanktionsmaßnahmen (z. B. das Verbot, Zigarettenautomaten direkt an Schulen aufzustellen) einen Rahmen zu setzen, innerhalb dessen das Individuum weiß, welche Entscheidungen gesund sind. Die Entscheidung für gesundes Verhalten soll durch gesundheitsfördernde Verhältnisse leichter gemacht werden. Die Durchsetzung von Maßnahmen ist gefordert, eine Zuckersteuer wie in anderen Ländern oder die Einführung einer Lebensmittelampel sind mittlerweile in Deutsch-

land überfällig. Gefragt sind Maßnahmen mit proven efficacy, die also erwiesenermaßen zu positiven Lebensstiländerungen führen, die Zeiten der promising efficacy, d. h. vielversprechender Lösungsansätze liegen hinter uns. Oft wird intuitiv versucht, aus dem eigenen Erleben Vorgehensweisen zur Verhaltensänderung abzuleiten. Dagegen stellen wissenschaftliche Erkenntnisse auch unerwartete Zusammenhänge in den Vordergrund.

Prävention als wachsende Aufgabe im Gesundheitswesen kann ebenso nur mit individueller Motivation gelingen. Kenntnisse über das Gesundheitspotenzial bestimmter Verhaltensweisen führen nicht automatisch dazu, dass Verhaltensänderungen begonnen und durchgehalten werden. Der Grad der eigenen Motivation ist eine wichtige Voraussetzung für diese Verhaltensänderungen. So ist es wichtig, Motivation als veränderlichen Prozess zu begreifen, abhängig von



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

gesellschaftlichen Stratifizierungen und Voraussetzungen. Bildungsfernere Schichten entwickeln häufiger Herz-Kreislauf-Krankheiten als Menschen mit höheren Schulabschlüssen, diese Menschen sind jedoch vermehrt von Allergien betroffen. Aus derartigen verschiedenen Krankheitshäufigkeiten müssen sich demzufolge zwangsläufig verschiedene Präventionsmaßnahmen ergeben.

Was also können wir tun? „Der Länger besser leben“-Kongress 2019 „Motivation zur Prävention“ wird einen Überblick der konkreten wissenschaftlichen Antworten auf diese Frage präsentieren.

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

Thomas Ellrott

Das zentrale ernährungsmedizinische Arbeitsgebiet von Privatdozent Dr. Thomas Ellrott ist die interdisziplinäre Erforschung der vielfältigen Determinanten des menschlichen Essverhaltens. Im Mittelpunkt steht die ernährungspsychologische Kernfrage „Warum essen Menschen anders, als sie sich ernähren sollten?“. Dabei erforscht Herr Ellrott auch die Hintergründe des derzeitigen Booms besonderer Ernährungsstile, wie paleo, glutenfrei, vegan oder clean eating. Die Prävention und Therapie von Adipositas mit den vielfältigen Begleiterkrankungen ist der klinische Arbeitsschwerpunkt. Ein neuer Aspekt ist hier das Forschungsfeld Food Addiction/suchtartiges Essverhalten.

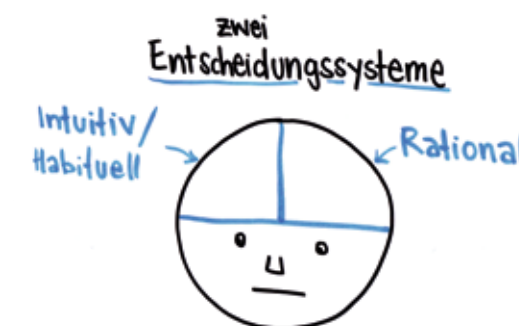
Warum Menschen
anders essen als sie sich
ernähren SOLLTEN –
BARRIEREN der Verhaltensänderung

Abstract

Das Ernährungsverhalten von Menschen wird durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren determiniert. Dabei stellt das Wissen über gesunde Ernährung nur einen Faktor von vielen dar. Dennoch wird in der professionellen Beratung zumeist davon ausgegangen, dass das Ernährungsverhalten des Einzelnen primär durch Wissen/Informationen gesteuert wird. Folgerichtig wird versucht, das Verhalten durch entsprechende Informationen zu verändern. Die Resultate einer solchen Intervention sind jedoch nicht hinreichend, da andere Einflussfaktoren – zumindest beim Gros der Verbraucher – wesentlich entscheidender sind als das Wissen zum Thema gesunde Ernährung.

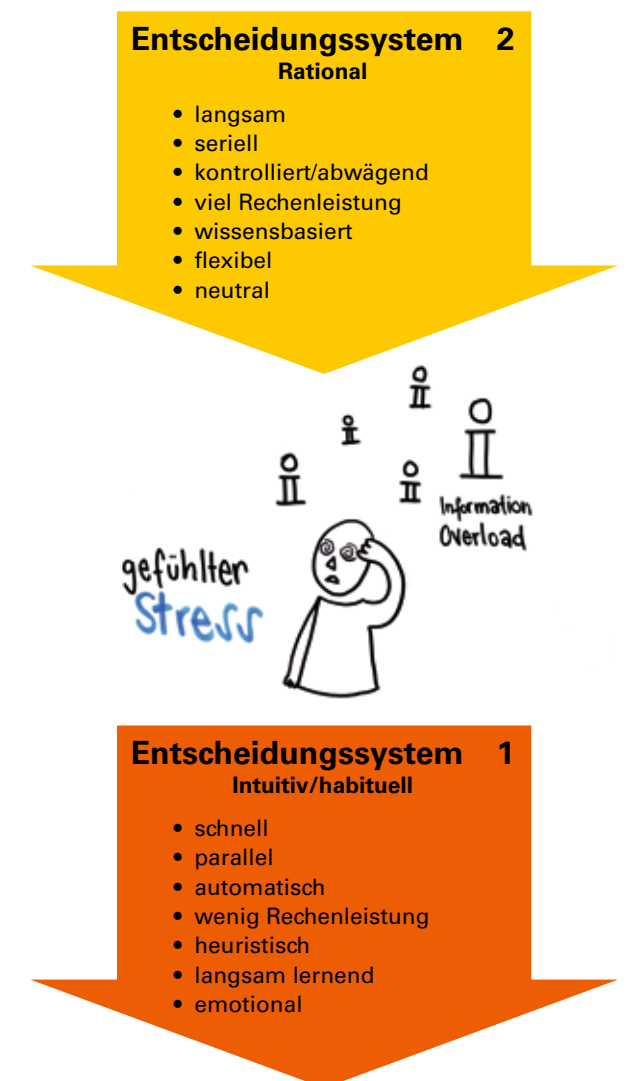
PD Dr. Ellrott berichtete über „Barrieren der Verhaltensänderung“. Die Motivation erlahmt, wenn zu viele Schwierigkeiten in der Umsetzung auftreten. Privatdozent Ellrott hat konkrete Tipps, wie sich gesunde Praxis in das Leben einführen lässt: Gesunde Entscheidungen sollen einfach sein, weil sie dann intuitiv (statt rational) getroffen werden können.

Der Vortrag von PD Dr. Ellrott gab schon die erste Antwort auf die Frage, warum verschiedene gesellschaftliche Gruppen unterschiedlich stark von präveniblen Krankheiten betroffen sind und warum die Motivation zu gesundem Verhalten unterschiedlich verteilt ist. Die Motivation erlahmt, wenn zu viele Schwierigkeiten in der Umsetzung auftreten.



Unter Rückbezug auf Nobelpreisträger Daniel Kahnemann erklärt Dr. Ellrott fehlerhafte Ernährung als Belastungsbewältigung, ausgelöst durch Stressoren. Kahnemann entwickelte die Theorie der zwei verschiedenen Entscheidungssysteme: intuitiv und habituell vs. rational und abwägend. Bei hoher kognitiver Belastung durch Stressoren, die z. B. durch geringere Selbstbestimmungsmöglichkeiten von sozial schlechter gestellten Menschen bedingt sind, wird vermehrt über das intuitive System entschieden. Man tendiert intuitiv und gewohnheitsmäßig zu einfachen und schnellen Lösungen. Dies gilt auch für das Essen. Schnelle Energieaufnahme ist in der heutigen Konsumgesellschaft am leichtesten durch Fastfood, Snacks oder Ähnliches zu erreichen. Das Wissen um gesunde Ernährung wird für entspannere Zeiten in den Hintergrund geschoben.

Abbildung 1: Entscheidungssysteme



Gesunde Entscheidungen sollen einfach sein, weil sie dann intuitiv (statt rational) getroffen werden können. Ungesunde Entscheidungen sollen erschwert, Automatismen unterbrochen werden. Das Angebot von Dr. Ellrott besteht dann auch aus Tricks zum Unterbrechen der Fast-Tracks auf der Verhaltensebene von System 1.

- Bevor man den Kühlschrank plündert, zündet man eine Kerze an



- oder man macht alternativ einen Eintrag ins Ernährungstagebuch.

Auf der Verhältnisebene sind die Bedingungen so zu gestalten, dass gesundes Handeln einfacher ist als riskantes:

- In der Kantine wird am Büffet zuerst Salat und Wasser platziert, damit auf dem Tablett kein Raum für Nachtisch ist.

- Die Standard-Angebotsauswahl ist gesundes Essen, ungesunde Speisen müssen extra bestellt werden.
- Um skeptische Menschen zu motivieren, empfiehlt es sich, nicht überdeutlich auf Gesundheitsaspekte der Nahrung hinzuweisen. „Gemüse-Lasagne“ kann einen Widerwillen gegen imaginiert geschmackloses Essen auslösen, bei dem Namen „Lasagne“ allein bleibt die negative Vorstellung aus. Dieser Widerwille entsteht aus der allgegenwärtigen medialen Präsenz von Gesundheitstipps. Der „Gesundheits-Terror“ ist kontraproduktiv und trägt eher zum Stress durch Optimierungstrends bei, als die Gesellschaft gesünder zu machen.
- Auch rigide Vorgaben führen nicht zu den gewünschten Ergebnissen, flexible individuelle Verhaltensregeln führen eher zur Einhaltung der individuellen Gesundheitsregeln.
- Eine Belohnung durch Bonusprogramme führt zu schnelleren Erfolgserlebnissen und stärkt die Motivation.



Kontakt

PD Dr. med. Thomas Ellrott
Institut für Ernährungspsychologie an der Georg-August-Universität Göttingen, Universitätsmedizin
Humboldtallee 32, 37073 Göttingen
thomas.ellrott@med.uni-goettingen.de

Petra Kolip

In ihren Arbeiten beschäftigt sich Professorin Kolip u. a. mit Qualitätsaspekten gesundheitsbezogener Interventionen und betont in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit, nicht nur den Bedarf, sondern auch die Bedürfnisse der Zielgruppe zu ermitteln, um passgenaue Interventionen zu entwickeln. Privat beschäftigt sie sich mit genussreicher Ernährung.

Schwer erreichbare Zielgruppen? Eine Frage der Perspektive

Prof. Dr. Kolip spitzte in ihrem Vortrag: „Schwer erreichbare Zielgruppen? Eine Frage der Perspektive“ das Thema ihres Vortrags vom letzten „Länger besser leben“-Kongress zu. Die Lebenslagen und Einstellungen der für Präventionsleistungen identifizierten Zielgruppen werden zu wenig bedacht, zu selten werden individuenbezogene Ansätze verfolgt. Die Prioritäten verschiedener Bevölkerungsgruppen sind unterschiedlich und stimmen nicht zwangsläufig mit den häufig

an der Mittelschicht orientierten Präventionsleistungen überein. Gesundheit ist nicht unbedingt das wichtigste Ziel im Alltag, eine Partizipation bei der Entwicklung der Präventionsintentionen ist unerlässlich. Gesundheitsförderung ist nicht nur eine Aufgabe der Gesundheitspolitik und der darin tätigen Akteure, sondern politikübergreifend zu betrachten und kann über die Gestaltung der Lebenswelten wie Arbeit, Bildung, Umwelt und Wohnen vorangetrieben werden.

Abstract

Fehlernährung, Übergewicht, Bluthochdruck und Rauchen gelten als die wichtigsten Einflussfaktoren auf die vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland und sie sind im Zusammenhang mit der Entstehung von chronischen Erkrankungen zentrale Verhaltensweisen, die in das Zentrum von Gesundheitsförderung und Prävention rücken. Die Erfolge sind bislang allerdings eher gering: Zwei Drittel aller erwachsenen Frauen und gut die Hälfte der Männer verfehlen die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation, ein Viertel der Bevölkerung raucht regelmäßig, über die Hälfte sind übergewichtig. Auffällig ist ein sozialer Gradient: Je geringer das Einkommen oder die Bildung, desto häufiger das gesundheitsriskante Verhalten. Anders formuliert: Diejenigen, bei denen die Präventionspotenziale am größten sind und die in gesundheitlicher Hinsicht am meisten von Gesundheitsförderung und Prävention profitieren würden, werden von den Angeboten am wenigsten erreicht. Der Vortrag spürt den Gründen hierfür nach und wirft einen Blick auf die hinter vielen Angeboten stehenden Konzeptionen, die wenig auf die Bedürfnisse sozial benachteiligter Zielgruppen eingehen.

Professorin Petra Kolip beschrieb in ihrem Vortrag das Dilemma zwischen der „guten Absicht“ der Prävention und den im Gegensatz als Bevormundung wahrgenommenen Präventionsmaßnahmen.

Wozu Prävention und Gesundheitsförderung?

Die vorzeitigen Todesfälle im Zentrum der Prävention entstehen vor allem durch Herz-Kreislauf-Krankheiten, Selbstmorde und Unfälle, Krebs und Leber-Krankheiten. Diese Krankheiten sind zum Teil durch gesundheitsorien-

tiertes Verhalten vermeidbar. Rauchen und Bewegung haben Einfluss auf die Erkrankungsraten von z. B. Krebs und Diabetes. Die Informationen darüber sind der Bevölkerung größtenteils bekannt. Je nach Geschlecht und sozialem Status lassen sich Menschen aber mehr oder weniger davon beeinflussen. Die folgenden Abbildungen 2 und 3 verdeutlichen dies anhand zweier verschiedener gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen: Sie stellen die Prozentzahlen der „Tabak-Aussteiger“ und der sportlich Nicht-Aktiven nach Sozialstatus und Geschlecht dar.

Abbildung 2: Gesundheitsrelevantes Verhalten – Tabakkonsum

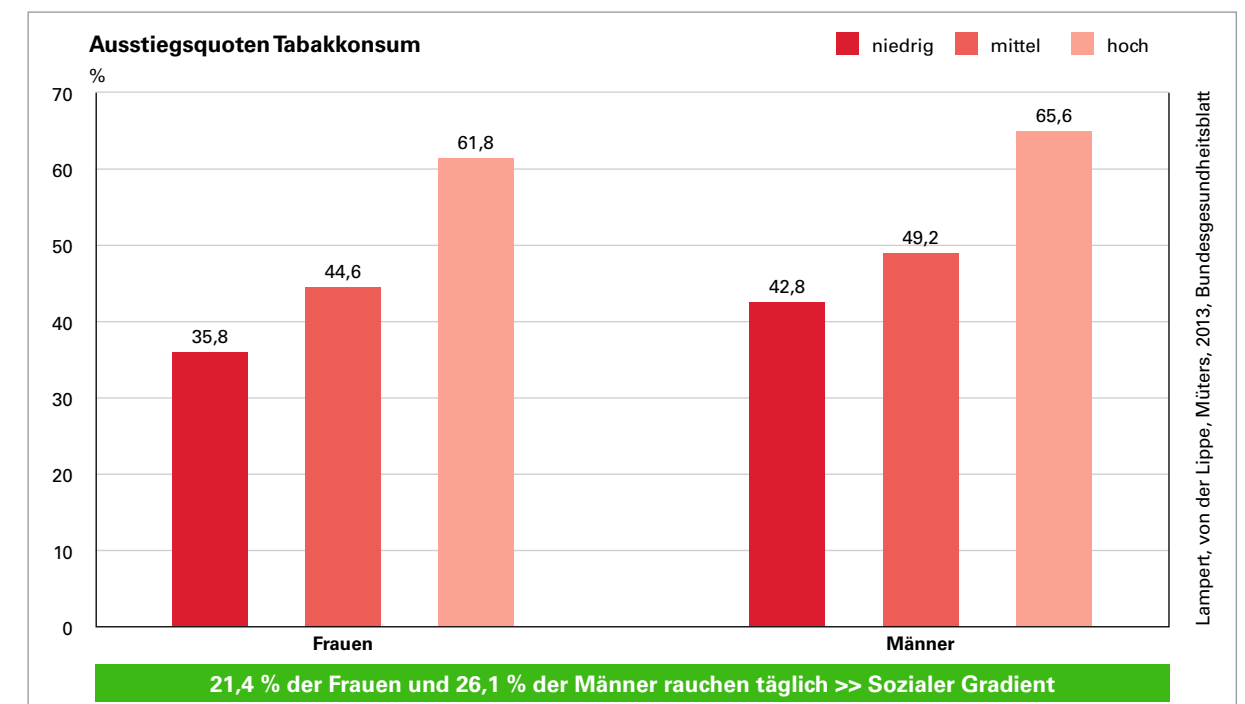
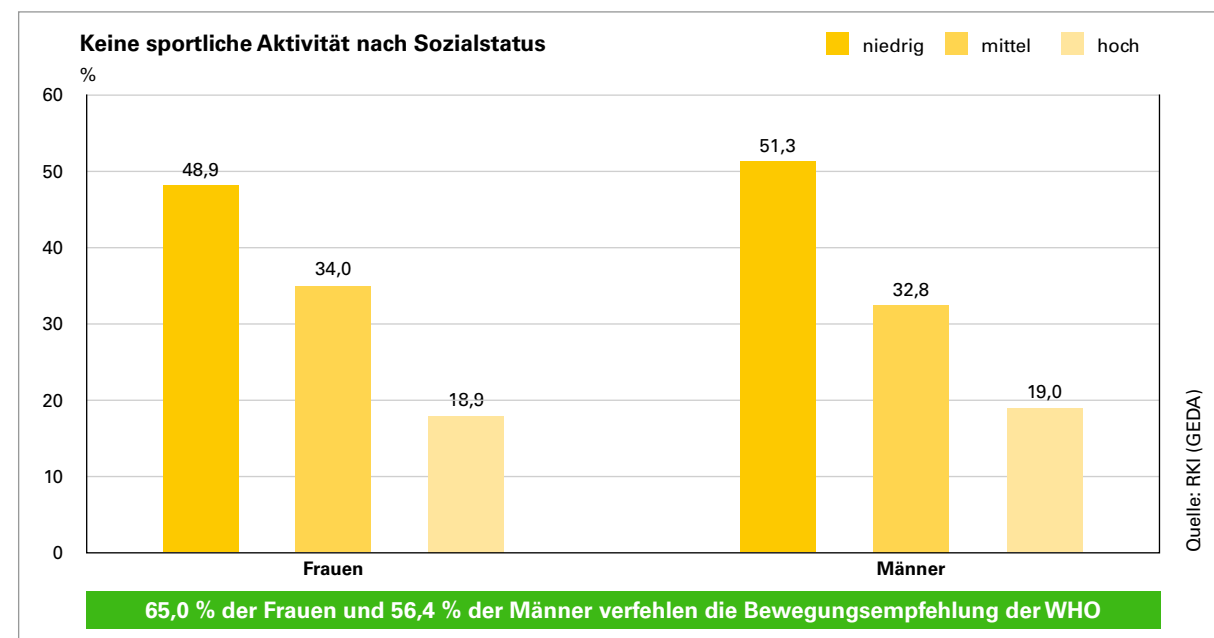


Abbildung 3: Gesundheitsrelevantes Verhalten – Bewegung



Zielgruppen von Prävention und Gesundheitsförderung
Informationen führen also nicht automatisch zu einer Verhaltensänderung, eine Wissensvermittlung allein bewegt nicht dazu. Das größte Interesse an Gesundheitstipps ist bei der weiblichen Mittelschicht zu finden. Gesellschaftlich Benachteiligte oder Männer, deren Selbstbild sich eher mit Risikobereitschaft als mit Regelkonformität in Einklang bringen lässt, können durch ein Zuviel an Information jedoch abgeschreckt werden. Unrealistische Ansprüche oder Anforderungen, die nicht alltagstauglich sind, führen häufig zur Ablehnung präventiver Maßnahmen.

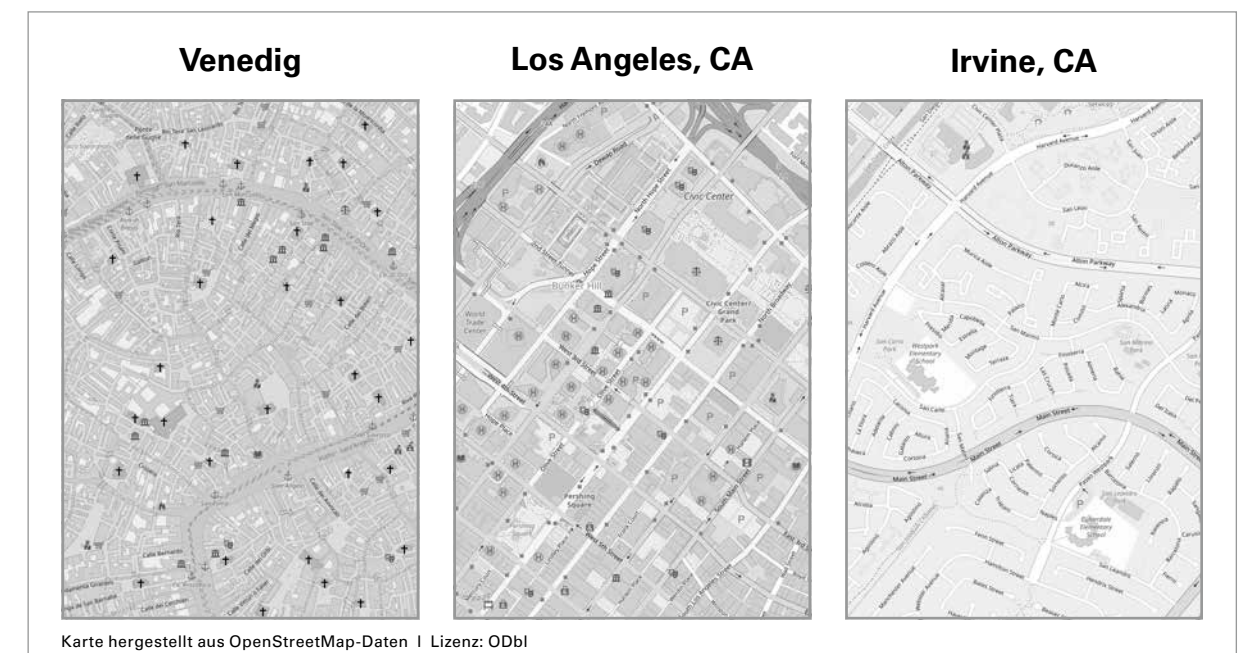
Logik und Hindernisse von Prävention und Gesundheitsförderung

Unterschiedliche Interessens- und Motivationslagen können je nach sozialem Status und Geschlecht dazu führen, Gesundheitsförderung nicht anzunehmen. Die Pflege von sozialen Kontakten ist für manche Menschen wichtiger als Gesundheitsziele zu verfolgen, deren potenzieller Nutzen erst weit in der Zukunft liegt. Dabei ist gesundheitlich riskantes Verhalten oft an soziale Kontakte geknüpft, Alkoholkonsum, hochkalorisches Essen oder Rauchen finden traditionell häufig „in Gesellschaft“ statt. Dies kann zu ungesunden Verhaltensweisen führen.



Gestaltung des Umfeldes als Voraussetzung zum Erfolg
Statt Prävention als eine paternalistische Wissensvermittlung zu betreiben, sollten Gesundheitsziele partizipativ angepasst werden, abhängig von den Lebenslagen der ungesünderen Zielgruppen. Um eine

Abbildung 4: Walkability von Städten (Karten mit dem gleichen Maßstab)



Chancengleichheit in den Möglichkeiten zu gesundheitsorientierten Handeln auf den Weg zu bringen, ist die Veränderung der Umwelt nötig, z. B. durch den Ausbau eines Radwegenetzes das kostenfrei durch alle nutzbar ist, oder durch Erhöhung der „Walkability“, der Spazierfreundlichkeit einer Stadt. Je kleinräumiger die Straßen angelegt sind, desto besser lassen sich einzelne Punkte zu Fuß erreichen. Venedigs Straßen haben 10-mal mehr Querverbindungen pro km² als Los Angeles und 100-mal mehr als Irvine in Kalifornien, s. Abb. 4).

Eine solche Umgestaltung der Umgebung kann einen bewegteren Lebensstil auslösen, da kurze Gänge weniger kompliziert sind, als sie mit dem Auto zurückzulegen. Um Gesundheit für möglichst viele Teile der Gesellschaft durchsetzen zu können, müssen Bedingungen geschaffen werden, damit sich alle Menschen gesund verhalten können. Es ist also nicht nur die Gesundheitspolitik zur Gewährleistung der Gesundheit der Bevölkerung gefragt, sondern ebenso andere Politikbereiche.

Kontakt

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Postfach 100131, 33501 Bielefeld
petra.kolip@uni-bielefeld.de

Sonia Lippke

Professorin Lippkes aktuelle Forschung richtet sich auf gesundheitsbezogenes Verhalten, seine Regulierung und seine Folgen (wie z. B. Zufriedenheit, Lebensqualität, berufliches Engagement und Produktivität) und den übergeordneten gesunden Lebensstil. Mehrfache Verhaltensänderungen, Transfer und kompensatorische Wahrnehmung sowie die Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz sind weitere Schwerpunkte in ihrer wissenschaftlichen Arbeit. Ansätze zur Lebenszeit/Lebenserwartung, erfolgreiches Altern und lebenslanges Lernen sind genauso in ihrem Fokus wie Arbeiten zur Akkulturation und ethnischen Herkunft.

Motivationsförderung zur Beteiligung an Bewegungs-PROGRAMMEN

Der innere Schweinehund und wie man ihn an die Leine nehmen kann...

Für Prof. Dr. Lippke sind mittelanstrebende Angebote der Schlüssel zum Erfolg, deren Realisierung für die bewegungswilligen Menschen vorstellbar ist (Stichpunkt: Selbstwirksamkeit). Ihre Forschung hat in den Fällen die besten Ergebnisse für gesunde Lebensstiländerungen erbracht, in denen der „innere Schweinehund“ identifiziert und „an die Leine gelegt“ wurde. Eine „maßgeschneiderte“ Intervention, die individu-

elle Hinderungsgründe mit einbezieht und reflektierte Bewältigungsstrategien zur Überwindung sowie Durchhaltetaktiken im Alltag entwickelt, bezieht Lebensstilansätze mit ein und verspricht die besten Erfolge. In der anschließenden Diskussion wurde über den Begriff „Schweinehund“ als fest umrissenes Bild gesprochen, der in der deutschen Sprache plastisch darstellt, wie es mit der eigenen Disziplinierungsfähigkeit aussieht.



Abstract

Was hilft theorie- und evidenzbasiert, die Motivation zur Beteiligung an Bewegungsprogrammen zu fördern? Motivation zur Prävention beginnt mit mehr Wissen, z. B. dass Bewegung positiv für die Gesundheit ist. Auch sind positive Erfahrungen, dass man selbst, ein Peer oder Influencer schwierige Situationen schon gemeistert hat, wichtig. Daneben sind Anstöße aus der Umgebung, z. B. eine bewegungsförderliche Umgebung oder Mitmenschen, die einen unterstützen, zentral. Wer so motivierter ist, der hat damit auch mehr Chancen, etwas Gutes für die Gesundheit zu tun. Dazu muss diese Motivation aber auch in gesundheitsförderliches Verhalten wie Bewegungsverhalten und die Beteiligung an Bewegungsprogrammen übersetzt werden. Sowohl gesundheitliche Ziele (z. B. „ich möchte mich regelmäßig bewegen“) als auch gute Absichten (z. B. „ich will 5-mal pro Woche mind. 30 Minuten zu Fuß gehen“) sind weit verbreitet. Aber sowohl Praxis als auch Forschung zeigen, dass diese Ziele und guten Absichten oftmals nicht in Verhalten umgesetzt oder schnell wieder aufgegeben werden. Das Bild des „inneren Schweinehundes“ kennen viele Menschen („ich kann mich nicht überwinden“, „ich bin zu müde“, „ich habe keine Zeit“ usw.). Auch Prokrastination, in Deutsch „Aufschieberitis“ („ich muss erst noch die Fenster putzen“, „ich will erst noch meine Lieblingssendung schauen“ usw.), ist weit bekannt. Die Bewältigung des „inneren Schweinehundes“ und der Prokrastination kann mit der richtigen Strategie gelingen. Die Selbstregulationsforschung liefert dazu zahlreiche Befunde, die bei der Überwindung des „inneren Schweinehundes“ und anderer Schwierigkeiten evidenzbasiert helfen können. Zentral ist dabei, dass es zwar generell wirksame Strategien gibt, diese aber individuell passend sein müssen (z. B. Handlungsplanung und Bewältigungsplanung gemäß PEPP = „Proper“, „Efficient“, „Practicable“ und „Precise“; Fleig et al., 2013).

Die Selbstregulationsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung und Basis für Motivationsförderung zur Beteiligung an Bewegungsprogrammen. Dafür haben sich verschiedene Theorien und Modelle, die Gesundheitsverhalten beschreiben und erklären, bewährt. Diese Theorien und Modelle sind vor allem deswegen wichtig, weil sie die nachhaltige Grundlage für die Entwicklung und Evaluation von Maßnahmen zur Beteiligung an Bewegungsprogrammen sein können. Die Evidenz aus Studien zu diesen Theorien und Modellen kann außerdem eine Entscheidungshilfe für die Optimierung von Bewegungsprogrammen sein. Damit kann festgestellt werden, wie genau das Programm gestaltet sein soll – für wen, wann und wo.

Es wird zwischen Theorien unterschieden, die als zentrale Einflussgröße auf Verhalten die Motivation (auch Absicht, Intention oder Schuttmotivation genannt) annehmen, und Theorien, die Verhaltensänderung als eine Abfolge von unterschiedlichen Denkweisen („mindsets“) verstehen. Außerdem gibt es neuere Ansätze, die zusammenhängende, parallel ausgeführte Verhaltensweisen modellieren und unterstützen: Denn die Erfahrung, erfolgreich an einem Bewegungsprogramm teilzunehmen, kann sich auch positiv auf andere Gesundheitsverhaltensweisen wie beispielsweise gesunde Ernährung auswirken.

Motivationsförderung zur Beteiligung an Bewegungsprogrammen kann über Verhaltens- und Verhältnisansätze erfolgen: Wer am Arbeitsplatz an einem Yoga-Kurs oder einem Coaching-Programm zu mehr Bewegung teilnimmt, kann seine Gesundheit nachhaltig fördern. Der Verhaltens-effekt ist jedoch bei Änderungen der Arbeitsumgebung wie z. B. durch Bereitstellung von Steh-Sitzschreibtischen größer. Implikationen für die langfristige Motivationsförderung und die Bewegungsförderung sollten deswegen

- Verhaltens- und Verhältnisförderung,
- verschiedene Verhaltensweisen und
- digitale Lösungen integrieren.

Dass dies in Europa und Asien wirksam ist, ist mehrfach überprüft worden: eHealth Angebote, die in beiden Kontinenten getestet wurden und die die gleichen psychologischen Mechanismen adressieren, sind ähnlich hilfreich. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund einer zunehmenden Diversität auch hinsichtlich kultureller Aspekte von Bedeutung. Denn wenn die Bevölkerung diverser wird, gilt es allen Menschen gleichermaßen Chancen auf Gesundheitsförderung anbieten zu können.



Abbildung 5: Präventionsangebote in China: Rad- und Fußweg am Wasser



Abbildung 6: Präventionsangebote in China 2: Der gut ausgebaute Radweg wird nicht genutzt



Publikationen

- de Vries, H., Kremers, S. P., & Lippke, S. (2018). Health Education and Health Promotion: Key Concepts and Exemplary Evidence to Support Them. In: E. F. Fisher, L. D. Cameron, A. J. Christensen, U. Ehlert, B. Oldenburg, F. Snoek, A. Zaini (Eds.). *Principles and Concepts of Behavioral Medicine* (pp. 489–532). Springer, New York, NY.
- Duan, Y. P., Wei, L., Guo, L., Wienert, J., Si, G. Y., & Lippke, S. (2018). Evaluation of a web-based multiple health behaviour intervention on patients with coronary heart disease in home-based rehabilitation: a pilot randomized controlled trial in China. *Journal of Medical Internet Research*, 19;20(11):e12052. DOI: 10.2196/12052.
- Fleig, L., Pomp, S., Schwarzer, R., & Lippke, S. (2013). Promoting Exercise Maintenance: How Interventions With Booster Sessions Improve Long-Term Rehabilitation Outcomes. *Rehabil Psychol*, 58(4):323–333. DOI: 10.1037/a0033885.
- Lippke, S. (2018). E-Health als zentrale Komponente des digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagements – psychologische Ansätze, Erkenntnisse und Evaluationsmethoden. In: *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (pp. 119–136). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Lippke, S., Fleig, L., Wiedemann, A., & Schwarzer, R. (2015). A computerized lifestyle application to promote multiple health behaviors at the workplace: Testing its behavioral and psychological effects. *Journal of Medical Internet Research*, 17(10), e225. DOI: 10.2196/jmir.4486; PMID: 26429115; URL: <http://www.jmir.org/2015/10/e225>.
- Lippke, S., & Hessel, A. (2018). Verhaltens- und Verhältnisinterventionen in der Prävention: Metaanalytische Befunde und Implikationen. *Prävention und Rehabilitation* 30 (4), 121–132.
- Lippke, S., Pomp, S., & Fleig, L. (2018). Rehabilitants' conscientiousness as a moderator of the intention-planning-behavior chain. *Rehabilitation Psychology*, 63(3), 460–467. <http://dx.doi.org/10.1037/rep0000210>
- Lippke, S., & Steinkopf, J. (2018). Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten. In: Kohlmann, C.-W., Salewski, C., & Wirtz, M. (Eds.). *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (p. 99–112), Göttingen: Hogrefe.

Kontakt

Prof. Dr. Sonia Lippke
Jacobs University Bremen
Department of Psychology & Methods/Focus Area Diversity
s.lippke@jacobs-university.de

Toni Faltermaier

Prof. Dr. Toni Faltermaier, Dipl. Psych., promoviert in und habilitiert für das Fachgebiet der Psychologie, ist seit 25 Jahren aktiv in Forschung, Lehre und Weiterbildung in der Gesundheitspsychologie und in Public Health, Lehrtätigkeiten an Universitäten in Bayern, Österreich und der Schweiz, 2000 bis 2018 Professor an der Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung der Europa-Universität Flensburg.

Gesundheitsbewusstsein und
Gesundheitshandeln unter der Perspektive
 von Geschlecht und Lebenslauf
 Wie erreichen wir Zielgruppen mit Bedarf
 für die Prävention?

Prof. Dr. Faltermaier unterstrich in seinem Vortrag den Unterschied zwischen Gesundheitshandeln, Risikohandeln und Gesundheitsbewusstsein. Um tatsächlich zu einer gesünderen Gesellschaft beizutragen, gilt es, bedarfsgerecht sinnvolle Prävention „an den Mann“ zu bringen. Männer schätzen ihren Gesundheitszustand generell besser ein als Frauen, die v. a. mehr auf ihre psychische Gesundheit achten. Identifizierte Gruppen für eine zielgerichtete Prävention sind Menschen

in der Pflege (beruflich und privat), in IT-Berufen, Pädagoginnen, Männer in frühem Erwachsenenalter mit erhöhter Risikobereitschaft, Führungskräfte, Frauen mit Doppelbelastungen und Personen in der Lebensmitte. Von zentraler Bedeutung ist, die verschiedenen Lebenswelten im Blick zu behalten und Krankheitsgefährdete nicht zu stigmatisieren, sondern kritische Biographieübergänge zu einer Veränderung zu nutzen.

Abstract

Prävention und Gesundheitsförderung wird immer noch oft aus der Perspektive von Experten betrieben, die scheinbar genau wissen, wie Menschen leben müssen, um gesund zu bleiben. Diese Haltung führt dann oft dazu, dass Zielgruppen mit Bedarf für präventive Maßnahmen entweder gar nicht erreicht werden oder Maßnahmen nur kurzfristig ausführen und wieder abbrechen; vielfach bleibt dann bei ihnen ein schlechtes Gewissen zurück. Bei den Experten ist Unverständnis das Resultat, die erhofften Effekte für die Gesundheit in der Bevölkerung werden nicht erzielt. Aber müssen wir bei der Frage einer Änderung des Lebensstils nicht viel mehr berücksichtigen, wie Menschen leben, welche Einstellungen sie zur Gesundheit haben und was sie bereits für ihre Gesundheit tun oder getan haben?

Eine an Partizipation und Empowerment orientierte Konzeption der Gesundheitsförderung erfordert es, diese Perspektive des Subjekts und seine Lebenswelten stärker zu berücksichtigen, auch um langfristig gesundheitsbezogene Änderungen des Alltags und der Lebensweise zu erreichen.

Dieser Beitrag führt in diese Subjektperspektive in der Gesundheitsförderung mit den Konzepten des Gesundheitsbewusstseins und des Gesundheitshandelns ein. Bestimmte Zielgruppen mit großem Bedarf für die Prävention sind nur dann zu erreichen, wenn wir ihre Lebenslagen differenziert berücksichtigen und ihre Handlungsautonomie im Alltag respektieren. Am Beispiel von zentralen sozialen Merkmalen für Gesundheit – Geschlecht und Alter – soll verdeutlicht werden, wie Lebenswelten und gesundheitsbezogene Überzeugungen und Handlungstendenzen in bestimmten Lebens-

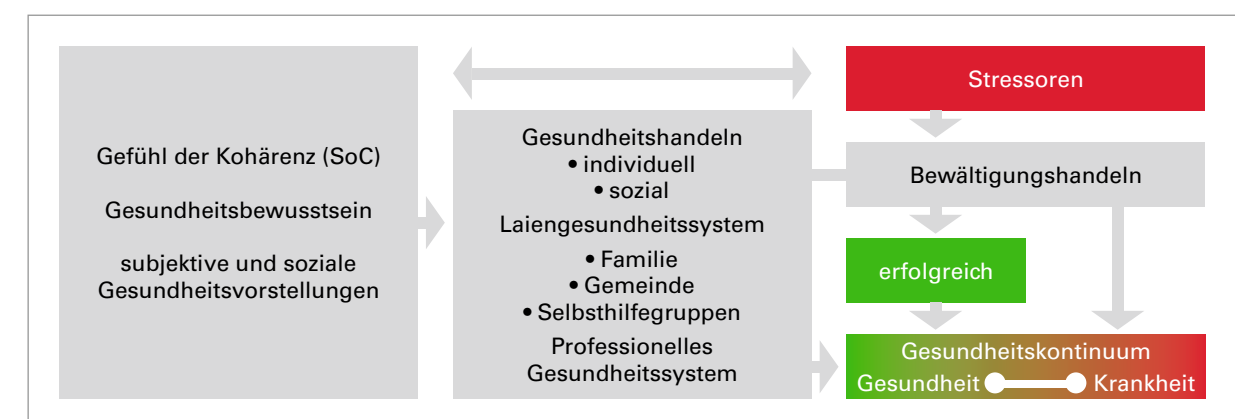
phasen herangezogen werden können, um zu Veränderungen in Richtung mehr Gesundheit zu motivieren. Ausgewählte gesundheitspsychologische und entwicklungspsychologische Erkenntnisse und Theorien sowie Befunde aus der Genderforschung sollen die Linien der Argumentation unterfüttern und Perspektiven für die praktische Umsetzung skizzieren.

Risikoverhalten – Gesundheitsverhalten – Gesundheitshandeln

Ein Risikoverhalten ist gekennzeichnet durch das Eintreten verhaltensbedingter Risikofaktoren für spezifische Krankheiten. Häufige Risiko-Verhaltensweisen sind Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, Sonnenbaden, riskantes Sexualverhalten oder riskantes Autofahren. Gesundheitsverhalten wurde von Kasl und Cobb schon 1966 definiert als: „jede Aktivität einer sich gesund empfindenden Person, die Krankheit verhindern oder in einer noch nicht symptomatischen Phase entdecken soll“ (Kasl & Cobb, 1966, 246). Eine Expertendefinition von Gesundheitsverhalten nennt konkreter z. B. körperliche Bewegung und Sport, gesunde Ernährung und ausreichenden Schlaf. Im Folgenden soll Gesundheitshandeln als bewusstes zielorientiertes Handeln aus der Sicht von Subjekten in ihrem sozialen und lebensweltlichen Kontext verstanden werden, was bedeutet, dass gesunde Lebensweisen mehr sind als umgrenztes expertendefiniertes Verhalten.

In Abbildung 7 wird dargestellt, wie das Gesundheitshandeln in die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit eingebunden ist und aus dem sozialen und biographischen Kontext entsteht.

Abbildung 7: Subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit



Die Aufteilung der individuellen Gesundheitskonzepte und wie sie sich in Bezug auf körperliche, psychische und soziale Gesundheit auswirken, wird in der folgenden Tabelle abgebildet.

Abbildung 8: Subjektive Gesundheitskonzepte

	körperliche Gesundheit	psychische Gesundheit	soziale Gesundheit
Befinden	Wohlbefinden, Kraft, Stärke	Wohlbefinden, Kraft, Stärke, Harmonie	Harmonie
Aktionspotential	Handlungsfähigkeit Leistungsfähigkeit	Handlungsfähigkeit Leistungsfähigkeit	Arbeitsfähigkeit Leistungsfähigkeit
Abwesenheit von bzw. geringes Ausmaß an	Beschwerden, Schmerzen, Problemen, Krankheit	Problemen	

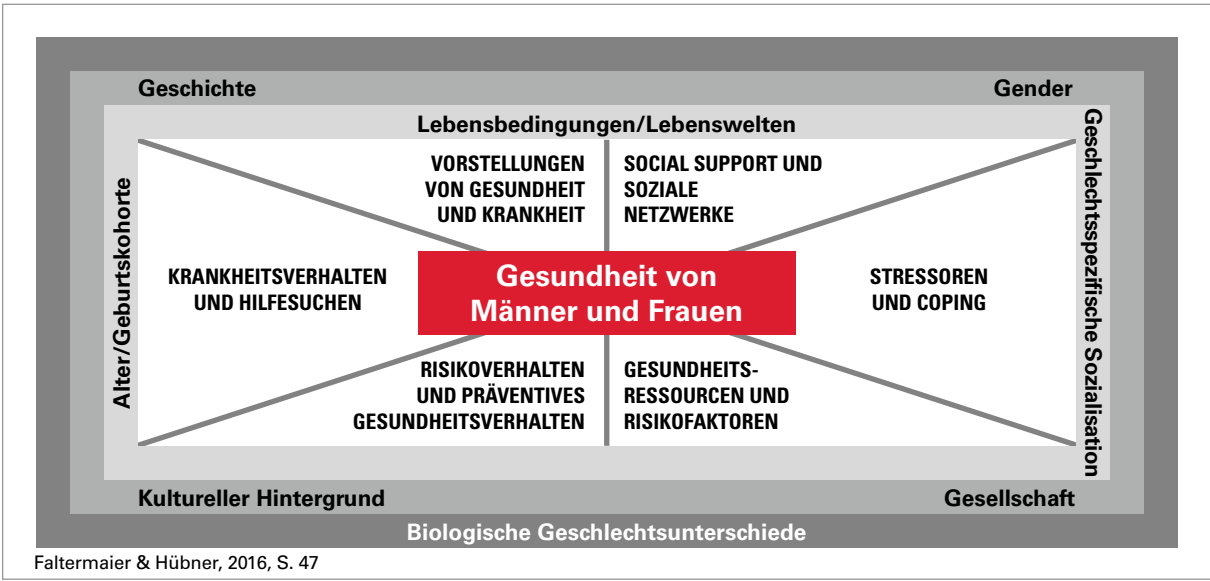
In Abbildung 9 wird zusätzlich das Risikoverhalten mit einbezogen. Die Darstellung zeigt, wie viele gesellschaftliche und geschichtliche Faktoren außer den biologischen Faktoren auf die Gesundheit unterschiedlich einwirken können, vor allem in Bezug auf die Geschlechter.

Prävention und Gesundheitsförderung bei Zielgruppen mit Bedarf
Es ist wichtig, Zielgruppen mit empirisch erkanntem Bedarf für Prävention zu identifizieren, statt Vermutungen über Bedarfe anzustellen. Sind Zielgruppen identifiziert, sollten sie



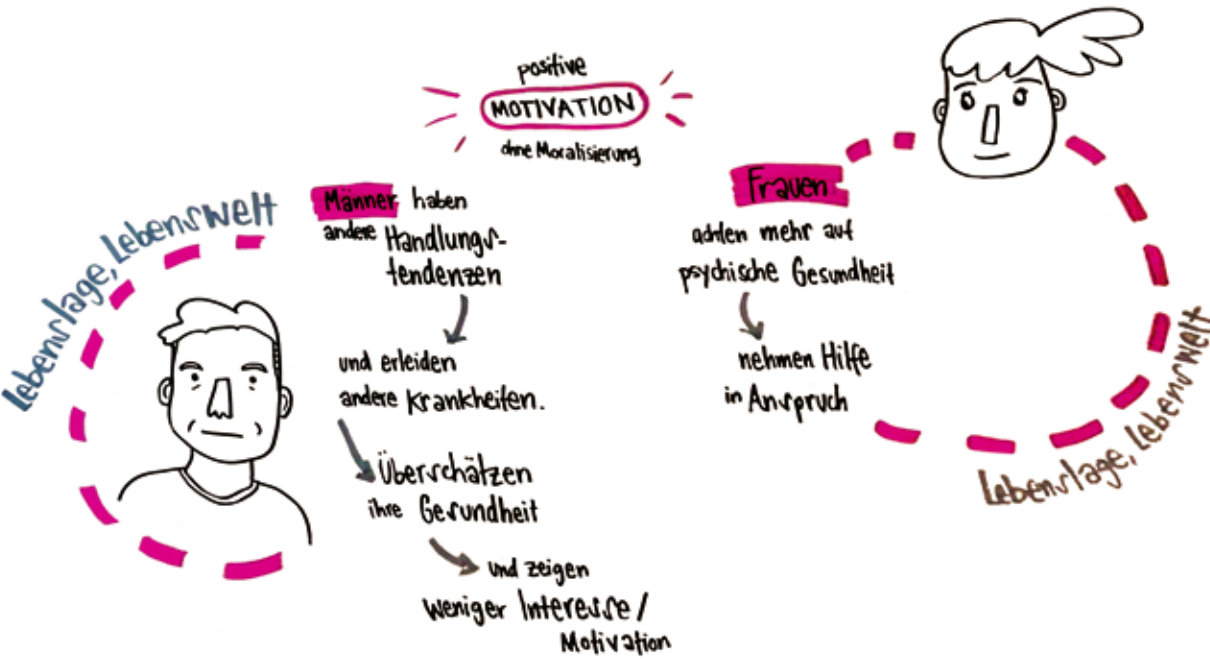
„abgeholt werden“, je nach Rolle, Lebenssituation, Alter und Gesundheit – und zwar dort, wo sie stehen und wie sie sich verstehen (nach ihrem Verständnis von Gesundheit). Professionelle im Gesundheitswesen sollten zunächst die Gesundheitsvorstellungen, die subjektive Sicht und das Gesundheitshandeln der Zielgruppen explorieren, verstehen und anerkennen. In der Folge müssen die Lebenswelten der Zielgruppen und der Ort, wo sie durch Präventionsmaßnahmen erreicht werden sollen, wiederum exploriert, verstanden und berücksichtigt werden (Setting-Ansatz).

Abbildung 9: Erklärungsmodell Gesundheit von Frauen und Männern



Besonders effektiv ist das Nutzen von Sensibilisierungen für gesundheitliche Themen in Übergangsphasen im Lebenslauf: bei der Familiengründung, im Berufseinstieg, beim beruflichen Auf- oder Abstieg, beim Altern, in der Lebensmitte, beim Übergang in den Ruhestand oder bei kritischen Lebensereignissen wie Trennung, Arbeitslosigkeit oder/und Krankheit. Durch die Änderungen der persönlichen Bedingungen sind die Chancen für gesundheitsorientierte Veränderungen größer, als wenn alltägliche Routinen ohne äußerlichen Anlass geändert werden sollen. Wissen und Kompetenzen sollten hier genutzt und ausgebaut und das Empowerment und die Partizipation so gefördert werden. All dies sollte mit der professionellen Grundhaltung, Stigmatisierung und Moralisieren zu vermeiden, geschehen.

- Auswahl empirisch ermittelter Zielgruppen mit Bedarf an und Gelegenheit zur Prävention**
- Männer im frühen Erwachsenenalter
 - Männer und Frauen in der Lebensmitte
 - Männer im Übergang in den Ruhestand
 - Männer und Frauen im Übergang in die Elternschaft
 - Frauen mit Doppelbelastungen in Beruf und Familie
 - Führungskräfte (mittleres Management)
 - Ungelernte Arbeiter*innen
 - Pflegeberufe
 - Pflegenden Angehörige
 - Pädagogische Berufe (Lehrer*innen, Erzieher*innen, Sozialarbeiter*innen)
 - IT-Berufe
 - Menschen mit Migrationshintergrund



Kontakt

Toni Faltermaier
Europa-Universität Flensburg
Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung
Faltermaier@uni-flensburg.de

Ingo Froböse

Prof. Dr. Ingo Froböse promovierte (1986) und habilitierte (1993) an der Deutschen Sporthochschule Köln und ist seit 1995 dort Professor. Während seiner Studienzeit wurde er mehrfach als Sprinter deutscher Vizemeister über 100 Meter, deutscher Vizemeister über 200 Meter sowie deutscher Hochschulmeister über 200 Meter ausgezeichnet. Neben seinen zahlreichen Einsätzen in der Leichtathletik-Nationalmannschaft wurde er deutscher Vizemeister im 4er-Bob der Junioren. Prof. Dr. Froböse ist Leiter des Zentrums für Gesundheit durch Sport und Bewegung (ZfG), Leiter des Instituts für Bewegungstherapie durch Prävention und Rehabilitation sowie in der wissenschaftlichen Leitung des An-Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (IQPR). Zudem ist er Vorstandsmitglied des An-Forschungsinstituts für Inklusion durch Bewegung und Sport e. V. (FiBS).

Seine Schwerpunkte in Lehre und Forschung sind Prävention und Rehabilitation im Sport, orthopädisch-traumatologische Rehabilitation, Gesundheitssport und Fitness sowie Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation.

Fitness und Gesundheit –
Geschenk ODER harte Arbeit?

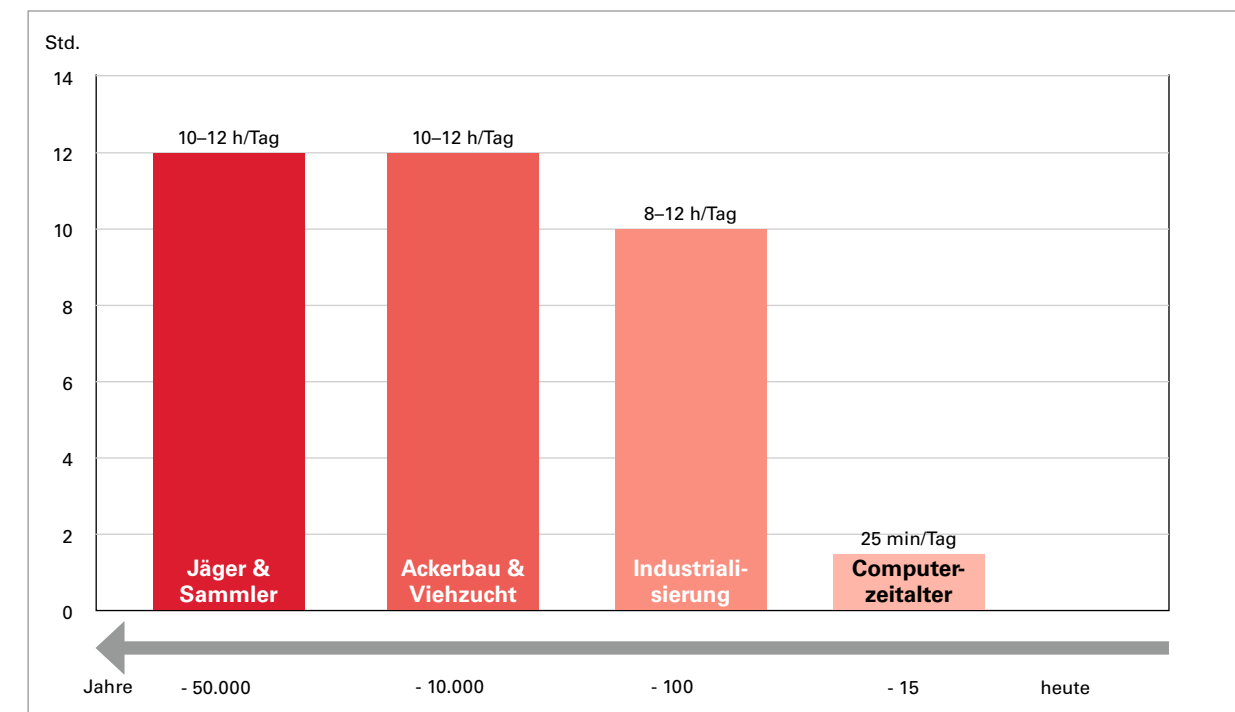
„Fitness und Gesundheit – Geschenk oder harte Arbeit“ war der Titel von Prof. Dr. Froböses Vortrag, und mit einer kurzen Sportübung („Der Hacker“, www.ingo-froboese.de) wurden die Teilnehmer*innen des „Länger besser leben“-Kongresses nach dem Mittagessen wieder „ermuntert“. Professor Froböse war es wichtig, herauszustellen, dass die Menschen eher an einem Regenerationsproblem leiden statt an einem Belas-

tungsproblem. Eine genussvolle Bewegung kann zur Entlastung und zum Ausgleich dienen und bedeutet sofortige Belohnung. Bewegung wird eher regelmäßig durchgeführt werden, wenn die Sporttreibenden nicht überfordert sind und der Sport von Anfang an Spaß macht. Sportart und Dosis müssen individuell definiert werden, das sekundäre Bedürfnis „Gesundheit“ wird so in ein positives Sport-Erlebnis eingebettet.

Abstract

Es klingt zwar seltsam, aber Sportler werden nur durch Pausen richtig gut! Denn gerade in den Pausen findet die Verarbeitung des Trainings und der Belastung statt. Und wenn wir dies auf unseren Alltag übertragen, dann fallen uns sicher auch viele Belastungen ein, die wir im Alltag nicht so richtig verarbeiten können. Es werden leichte und einfache Tipps gegeben, wie mit Erfahrungen aus dem Spitzensport der Alltag so gestaltet werden kann, dass Belastungen ausreichend verarbeitet werden können und es somit zu einer Leistungsfähigkeit kommt, die der eines Spitzensportlers ähnelt. Und wer dann in seinem Leben noch mehr tun möchte, der erhält Ratschläge, wie die Aktivität Einzug in den Alltag erhält und ein Leben lang ständiger Begleiter sein kann.

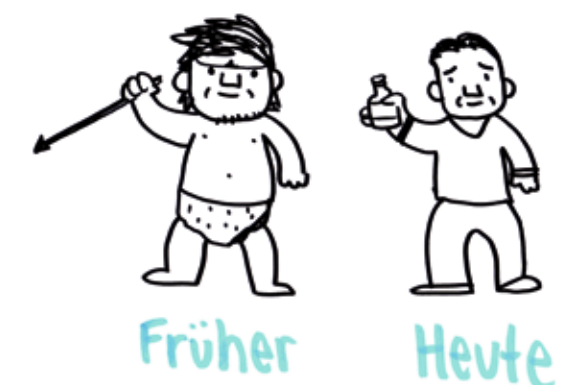
Abbildung 10: Körperliche Aktivität und Anthropologie



85 % der neuzeitlichen Menschen haben einen Bewegungsmangel dadurch, dass sie durch den technischen Fortschritt keine oder nur noch leichte körperliche Arbeit verrichten, Jäger und Sammler (s. Abb. 10) legten ca. 30 km/Tag zurück, hatten nur wenig und unregelmäßiges Essen und saßen selten. Heutige Menschen legen bei den gleichen genetischen Voraussetzungen 500 m am Tag zurück und essen viel mehr und regelmäßig. Beginnt man diesen Bewegungsmangel durch Sport auszugleichen, trägt dies zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Krankheiten bei.

„Training wirkt und macht Spaß“

Zielgruppenorientiertes Handeln: Untrainierten reichen „geringe“ und „seltene“ Reize, um Adaptionen zu erreichen, trainierte Strukturen brauchen häufigere und intensivere Reize. Gestaltet man körperliche Aktivität als Erlebnis, wird die Motivation gesteigert.





Muskeln und Beweglichkeit

Nur was genutzt wird, entwickelt sich, alles andere verkümmert. Das Motto der Muskeln „Use it – or lose it“ ist auf deren Physiologie bezogen: Ohne Reizsetzung „sterben“ die Muskeln relativ schnell. Nach sieben Tagen Immobilisation z. B. durch Bettlägerigkeit verliert man 35 % der Muskelkraft. Andererseits lässt sich binnen zwölf Monaten die Muskelkraft um 100 % steigern.

Die Beweglichkeit wird ab dem 20. Lebensjahr alle zehn Jahre um 5 bis 15 % herabgesetzt!

Das ist schlecht für die Mobilität, aber sie ist auch leicht durch regelmäßiges Training zu erhalten.

Bewegung macht frisch

Auch das Gehirn profitiert von Bewegung. Regionale Gehirndurchblutung steigt bereits bei einem langen Spaziergang um 10 – 20 % bei 25 Watt Steigerung der Bewegungsintensität und um 15 – 30 % bei 100 Watt Steigerung.

Psyche und Bewegung

Durch Bewegung wird auch die Ausschüttung von Hormonen beeinflusst: Sie beruhigt durch den Abbau von Stresshormonen. Dadurch wird der Entspannungszustand, der durch gelockerte Muskeln im Körper nach Sport entsteht, noch verstärkt und befördert. Sogar Glückshormone werden durch längere Bewegung ausgeschüttet. Ob diese positive Begleiterscheinung von Sport (oder Holzhacken) dafür verantwortlich ist, dass Depressionen gebessert werden, ist nicht schlussendlich geklärt, aber dass zusätzliche Bewegung heilend wirkt, ist nachgewiesen.

...auf die richtige Dosierung kommt es an...

Das, was wir wollen, ist ohne gesunde Gewohnheiten etwas anderes, als der natürliche Instinkt uns sagt. Kein Tier bewegt sich, wenn es nicht muss. Aber wer sich keine Zeit für die Bewegung nimmt, wird sich bald Zeit für Krankheiten nehmen müssen. Daher geht es nicht darum, bestimmte Bewegungen zu erlernen, sondern sich mehr zu bewegen und die Erfahrung zu machen, dass Bewegung ein Genuss sein kann.



Kontakt

Prof. Dr. Ingo Froböse
Deutsche Sporthochschule Köln, Am Sportpark Müngersdorf 6, 50933 Köln
froboese@dshs-koeln.de

www.ingo-froboese.de

Nicola Döring

Prof. Dr. Nicola Döring leitet das Fachgebiet für Medienpsychologie und Medienkonzeption an der Technischen Universität Ilmenau. Sie beschäftigt sich in ihrer Forschung mit psychologischen und sozialen Aspekten der Online-, Mobil- und Mensch-Roboter-Kommunikation, mit Gender- und Sexualforschung sowie mit Fragen der Evaluation. Ein Arbeitsschwerpunkt ist die Gesundheitskommunikation von Jugendlichen und Erwachsenen in Sozialen Medien.

Gesundheitskommunikation im Digitalzeitalter: Herausforderungen für die Prävention

Prof. Dr. Döring beschrieb die Gesundheitskommunikation im Digitalzeitalter. Als primäre Motivation für gesundes Verhalten stellt sich z. B. bei YouTube, dem derzeit am häufigsten genutzten Informationskanal für Gesundheitsinformationen, die Ästhetik des eigenen Körpers dar. Während Gesundheit als Wert an und für sich dort eher zweitrangig ist, wird stattdessen z. B. ein Muskelaufbau anerkannt. Hier bietet die Vorbildfunktion von Influencern die Chance, gesundheitsorientiertes Verhalten als Trend einzuführen. Gesundheits-Apps als weiteres digitales Element haben den Vorteil – im Gegensatz zu in der Ferne liegenden statistischen Pluspunkten

z. B. bei der Lebenserwartung –, dass deren erfolgreiche Nutzung zu einer sofortigen Gratifikation führt und so die Motivation zur gesunden Lebensführung gestärkt und erhalten wird. Allerdings kann durch die permanente Präsenz der digitalen Lebenswelt und deren idealisierten Akteuren ein Leistungsdruck aufgebaut werden, dem entgegengewirkt werden sollte, z. B. mit Achtsamkeitstechniken. Auch Gesundheitsrisiken durch zu zeitintensive Webnutzung kann damit entgegengearbeitet werden. Die Herausforderung zur Förderung der Prävention durch die bessere Zugänglichkeit im Netz liegt in der Schaffung attraktiver Web-Präsenzen.



Abstract

In den Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen haben digitale Medien heute einen festen Platz. Ein Übermaß an Digitalmediennutzung kann zum Gesundheitsrisiko werden. Deswegen ist es im 21. Jahrhundert vordringlich, gesundheitsschädlichen Mustern der Digitalmediennutzung präventiv entgegenzuwirken und einen achtsamen Umgang mit digitalen Medien zu fördern.

Gleichzeitig können Digitaltechnologien auch einen positiven Beitrag zum gesunden Lebensstil leisten, indem sie Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln in der breiten Bevölkerung fördern. Eine Reihe von digitalen Gesundheitsanwendungen stehen hierfür zur Verfügung: Fitness-Tracker, bewegungsfördernde digitale Spiele, Gesundheits- und Ernährungs-Apps. Was wissen wir bislang über die Nutzung und Wirkung dieser digitalen Gesundheitstechnologien? Werden Menschen durch Schrittzähler und Fitness-Apps auf dem Smartphone massenhaft und nachhaltig zu mehr Bewegung

motiviert? Oder zeigt sich nur wieder der altbekannte Matthäus-Effekt („wer hat, dem wird gegeben“) in dem Sinne, dass von der digitalen Gesundheitstechnik in erster Linie die ohnehin Gesundheitsbewussten profitieren (z. B. Freizeitsportler, die ihr Training mit Apps überwachen), während vulnerable Zielgruppen kaum erreicht werden?

Neben den dezidierten Gesundheitstechnologien sind auch Soziale Medien gesundheitsrelevant, da hier Experten und Laien über Gesundheitsfragen kommunizieren und dabei teilweise sehr große Reichweiten erzielen. Welche Botschaften zu Bewegung, Ernährung und gesunder Lebensweise werden auf den populären Social-Media-Plattformen YouTube und Instagram verbreitet? Von wem werden diese Botschaften rezipiert und wie wirken sie?

Der Vortrag gibt einen gegenstandsbeschreibenden und forschungsbasierten Überblick. Er weist auf Risiken und Chancen hin und warnt vor einer Überschätzung des Einflusses von Digitalmedien: Auch im Digitalzeitalter sind vor allem analoge Kontextfaktoren ausschlaggebend für einen gesunden Lebensstil.



Kontakt

Prof. Dr. Nicola Döring
Technische Universität Ilmenau, IfMK, Ehrenbergstraße 29, 98693 Ilmenau
nicola.doering@tu-ilmenau.de

www.nicola-doering.de

Jürgen Bengel

Prof. Dr. phil. Dr. med. Jürgen Bengel ist Direktor der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Freiburg. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind die Psychologie chronischer Krankheit und Behinderung, Notfallpsychologie und Psychotraumatologie, Methoden der Rehabilitationsforschung sowie Evaluation im Gesundheitswesen. J. Bengel ist u. a. Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und federführender Herausgeber der Zeitschrift „Die Rehabilitation“.

Prävention in der Rehabilitation integriert oder unterrepräsentiert?

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel führte als Motivation für Verhaltensänderungen lebensphasenspezifische Ereignisse wie Heirat, Elternschaft, schwere Krankheiten, Umzug oder Arbeitslosigkeit an – mit daraus resultierender vermehrter Fürsorge für sich oder andere. Informationen, die zu gesünderer Lebensweise führen könnten, seien häufig schon vorhanden, die Chance für die Einführung neuer Routinen werde durch Lebensveränderungen aber

vergrößert. In der Reha sind Patient*innen demnach motivierbar, weil sie meist durch die eigene Krankheit zur Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Verhalten gezwungen sind – so werden auch Menschen erreicht, die sich sonst weniger mit Prävention beschäftigen. Ein wahrgenommener moralisierender Unterton entsteht durch eine Kategorisierung in Risikogruppen und wirkt kontraproduktiv in der Akzeptanz der Prävention.

Abstract

Das System der medizinischen Rehabilitation dient dazu, Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden und dem Betroffenen eine Rückkehr an den Arbeitsplatz zu ermöglichen. Zentrale Ziele der Rehabilitation sind die Gefährdung der Erwerbstätigkeit zu vermindern, aber auch Teilhabe zu fördern und chronische Verläufe zu vermeiden. Die medizinische Rehabilitation in Deutschland erbringt daher Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (SGB V und IX). Prävention ist daher der Zielsetzung und den Aufgaben der Rehabilitation inhärent. Die Rehabilitation hat dies u. a. in ihrer Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und in Therapiestandards verankert.

Der Vortrag analysiert den Stellenwert einer präventiven Orientierung in der Rehabilitation. Dabei wird von der These ausgegangen, dass die Rehabilitanden aufgrund des schwerwiegenden Krankheitsereignisses besonders motiviert für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen sind. Das biopsychosoziale Modell bzw. das Modell der Krankheitsfolgen (ICF) unterstützt eine Ausrichtung auf Gesundheitsförderung gerade bei chronisch kranken Menschen. In der Rehabilitation werden Risikofaktoren und Risikoverhaltensweisen, aber auch gesundheitliche Schutzfaktoren von verschiedenen Berufsgruppen adressiert. Manche Maßnahmen werden allen Rehabilitanden angeboten, häufig werden daneben auch Screeningverfahren zur differenziellen Indikation eingesetzt; selektive und indizierte Prävention sind in allen Indikationen fester Bestandteil der Rehabilitation.

Andererseits sind die Möglichkeiten der Prävention in der medizinischen Rehabilitation in mehrfacher Hinsicht begrenzt. Die Praxis folgt einem verhaltensbezogenen Ansatz. Anlass und Indikation der Rehabilitation entsprechen nicht immer den komplexen Problemlagen des Patienten. Die Erwartung der Rehabilitanden ist häufig nicht auf präventive Aspekte ausgerichtet. Annahmen über Krankheitsursachen und Annahmen über Behandlungsmöglichkeiten beziehen sich bei vielen Rehabilitanden auf belastende Faktoren im familiären

und beruflichen Umfeld, die mit einem verhaltensbezogenen Zugang nur begrenzt adressiert werden können (z. B. Mobbing-Erfahrungen, Arbeitsbelastung). Das Krankheits- und Therapiekonzept der Rehabilitanden ist nicht immer in Deckung zu bringen mit den präventiven Angeboten im Kontext der Rehabilitation. Die Praxis muss sich auf Gruppenangebote gegen Risikofaktoren konzentrieren, Schutzfaktoren spielen nur eine geringere Rolle. Angebote für klassische Risikofaktoren wie u. a. Rauchen und Übergewicht sind verfügbar. Wichtige psychologische Zielgrößen wie u. a. Selbstwirksamkeitserwartungen, Kontrollüberzeugungen, Optimismus werden weniger häufig angeboten.

Die Frage, welche präventiven Zielsetzungen und Maßnahmen bei welchen Patienten, bei welchen Indikationen und bei welchen spezifischen Problemlagen angezeigt sind, ist empirisch offen. Da die Rehabilitation überwiegend stationär angeboten wird, ist der wichtige Transfer in den Lebensalltag erschwert. Eine wichtige Begrenzung liegt auch in der Doppelrolle des Therapeuten als Behandler und gleichzeitig Gutachter der Erwerbsfähigkeit des Patienten. Die verhaltensbezogene Prävention wird durch den Prüfungscharakter der sozialmedizinischen Begutachtung erschwert.



Die Rehabilitation ist eine wichtige Schnittstelle, die eine Chance bietet, den Rehabilitanden über das spezifische Krankheitsereignis hinaus zur Gesundheitsförderung zu motivieren. Zielsetzungen, Erwartungen, Maßnahmen und Konsequenzen müssen kritisch reflektiert werden.

Medizinische Rehabilitation in der Rentenversicherung
Medizinische Rehabilitation dient dazu, Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden und die Rückkehr zur Arbeit zu gewährleisten, eine Gefährdung der Erwerbstätigkeit zu vermindern, die Teilhabe zu fördern sowie chronische Verläufe von Krankheiten zu vermeiden.

Im SGB V und SGB IX ist definiert: Die Rehabilitation erbringt Leistungen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Im SGB gilt der Grundsatz: „Prävention vor Rehabilitation“, man kann also schließen, dass Prävention der Rehabilitation inhärent ist.

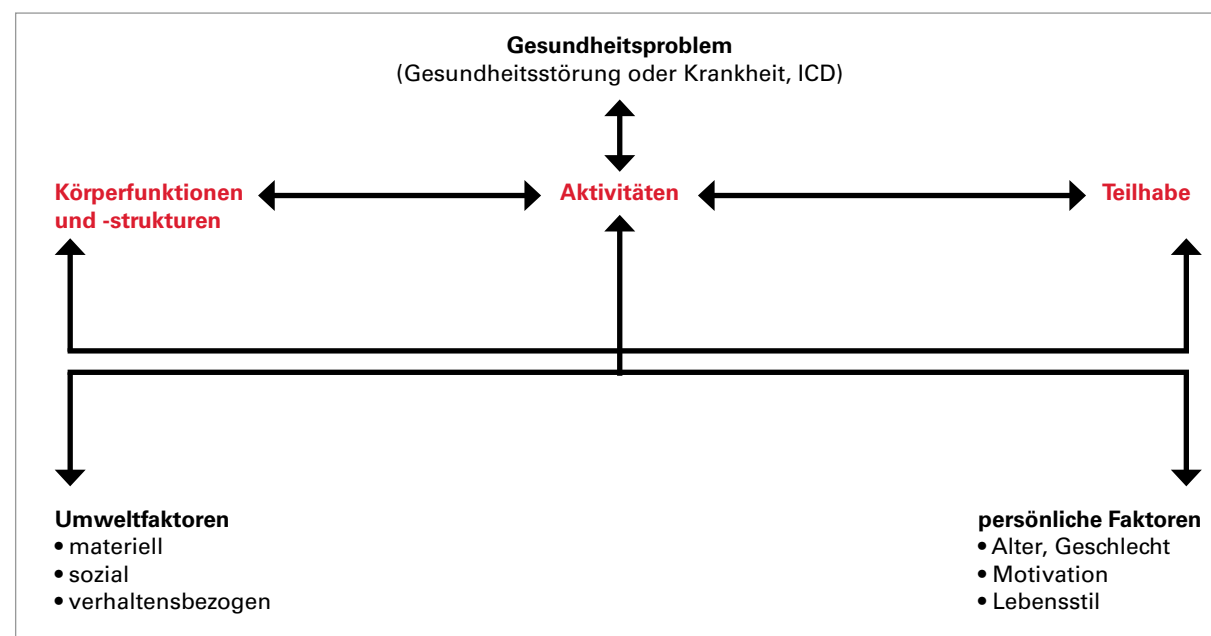
Phasen der kardiologischen Rehabilitation

Als Beispiel seien hier die Phasen der kardiologischen Rehabilitation genannt: Nach der ersten Phase, der Akutbehandlung im Krankenhaus, folgt als Phase II die stationäre oder ambulante Rehabilitation, die neben der medikamentösen Langzeit- und der kontrollierten Bewegungstherapie Gesundheitstraining und Gesund-

heitsbildung sowie psychologische und psychosoziale Betreuung beinhaltet. Langzeitrehabilitation und Nachsorge, z. B. auch der Besuch einer ambulanten Herzgruppe, bilden die Phase III.

In der kardiologischen Rehabilitation werden körperliche, psychosoziale sowie berufliche und gesellschaftliche Aspekte (z. B. Belastbarkeit, Lipidwerte, Blutdruck, Angst, Depressivität, Partner, Familie, Sexualität, Freizeitaktivitäten, soziale Einbindung, Erwerbstätigkeit, Selbstversorgung, gesellschaftliches Engagement) zum gesunden Leben verfolgt. Die Maßnahmen zu diesen Aspekten sind als Präventionsleistungen der RV seit 2017 nach § 14 SGB VI Pflichtleistungen. Als Ziel des deutschen Reha-Systems ist durch das SGB IX festgelegt, dass Teilhabe und Selbstbestimmung ermöglicht und/oder gewährleistet werden sollen, dies gilt für alle Lebensbereiche. Es handelt sich bei der Rehabilitation durch die Rentenversicherung um eine Leistung auf Antrag bei vorliegender Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Zur Beurteilung dient die International Classification of Functioning, Disability and Health als Grundlage (s. Abb. 11).

Abbildung 11: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)



Überschneidungen von Prävention und Reha

Reha umfasst alle Maßnahmen zur Reduktion oder Beseitigung der Folgen einer chronischen Erkrankung oder eines akuten Ereignisses und dient zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder der Vermeidung einer Verschlimmerung von bestehenden gesundheitlichen Schädigungen. Dient die Reha also eher der Folgenminderung und Tertiärprävention oder ist sie eher ein Ansatz zur Veränderung des Lebensstils?

Prävention in der Reha – integriert

Die Integration der Prävention in das System der Rehabilitation als Teil der rehabilitativen Leistungen wird durch die folgenden Aspekte belegt:

Präventivmaßnahmen sind z. B. in den Therapieempfehlungen enthalten. Das Modell der Krankheitsfolgen (ICF, Abb. 11) unterstützt eine Ausrichtung auf Gesundheitsförderung gerade bei chronisch kranken Menschen. Es gilt das Konzept einer ganzheitlichen Behandlung unter den Aspekten Selbstbestimmung und Teilhabe. Rehabilitation bietet die Chance, über das spezifische Krankheitsereignis hinaus zur Gesundheitsförderung zu motivieren, zumal Rehabilitanden aufgrund ihres schwerwiegenden Krankheitsereignisses häufig besonders interessiert an gesundheitsförderlichen Maßnahmen sind. In der

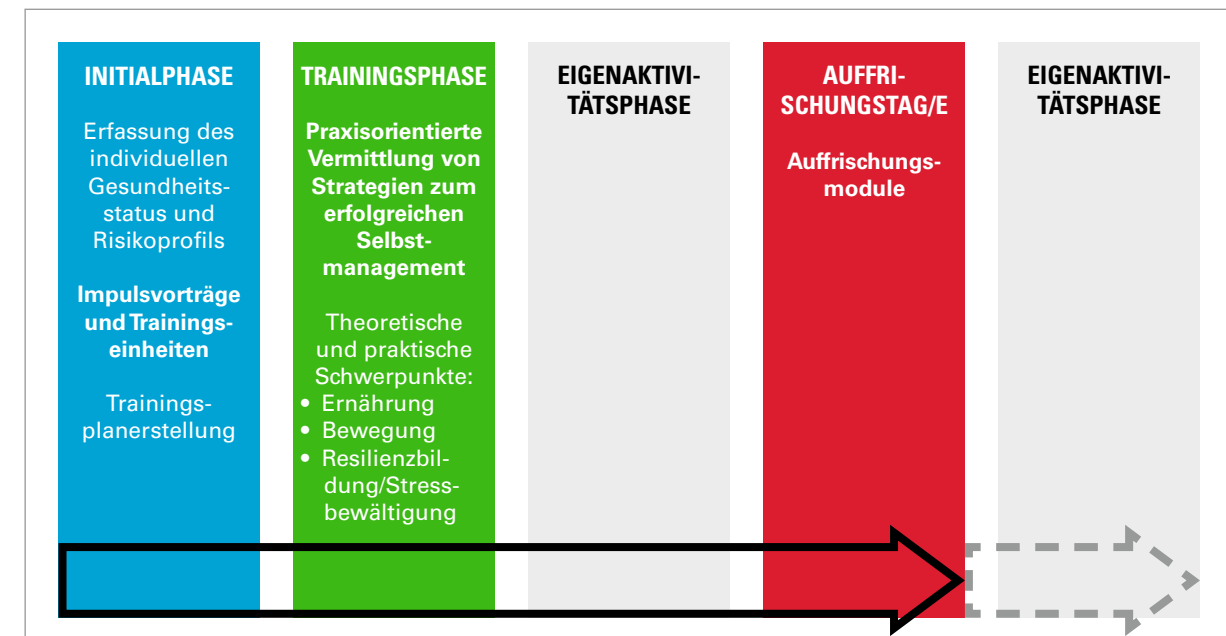
Reha können elaborierte und gesundheitspsychologisch begründete Maßnahmen inklusive komplexer Bewegungsprogramme und Patientenschulungen motivational und volitional fundiert durchgeführt werden. Präventive Maßnahmen zu gesundheitlichen Risikofaktoren sowie zur Gesundheitsförderung wie u. a. soziale Kompetenz, Selbstwirksamkeit und Resilienz werden zudem allen Rehabilitanden angeboten, eine selektive und indizierte Prävention ist in allen Indikationen Bestandteil der Therapie.

Prävention in der Reha – Begrenzungen

Einiges spricht allerdings gegen eine ausreichende Verankerung der Prävention im Reha-System: Die Konzepte, die Erwartung und die Angebote sind nicht kongruent. Alltägliche Belastungen und Krankheitsdeterminanten können die Wahrnehmung und Umsetzung der präventiven Angebote erschweren. Die begrenzte Freiwilligkeit der Teilnahme oder die nicht immer individuelle Passung der (Gruppen-)Angebote schmälern möglicherweise die Attraktivität der Prävention.

Rehabilitation fokussiert per se auf gesundheitliche Risikofaktoren. Während es vor allem gegen klassische Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht und Stress gerichtete Angebote gibt, spielen Schutzfaktoren und

Abbildung 12: Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung im zeitlichen Verlauf



ressourcenorientierte Maßnahmen (z. B. soziale Einbindung, Selbstwirksamkeit) eher eine nachgeordnete Rolle, auch wenn effektiv in diesen Bereichen agiert werden könnte.

Das Leistungsangebot in der Reha wird definiert durch die Hauptindikation (z. B. Schmerzsyndrome). Auch wenn der Forschungsstand zur Wirkung begrenzt ist und es wenig Empirie zu Indikation und ggf. Kontraindikationen gibt, werden verhaltensbezogene Präventionsangebote gemacht. Das Kurssystem und die begrenzte Therapiezeit bewirken eine Beschränkung der Prävention auf den Kontext der Rehabilitation, was, auch durch die überwiegend stationär erfolgende Reha, einen Transfer in den Lebensalltag erschwert.

Psychosoziale Risikokonstellation

Bestimmte Risiken machen eine Krankheitsverhinderung nötiger. Zielgruppen für Prävention sind durch die folgenden Belastungen gefährdet (s. auch Abb. 13 bzgl. kardialer Prävention):

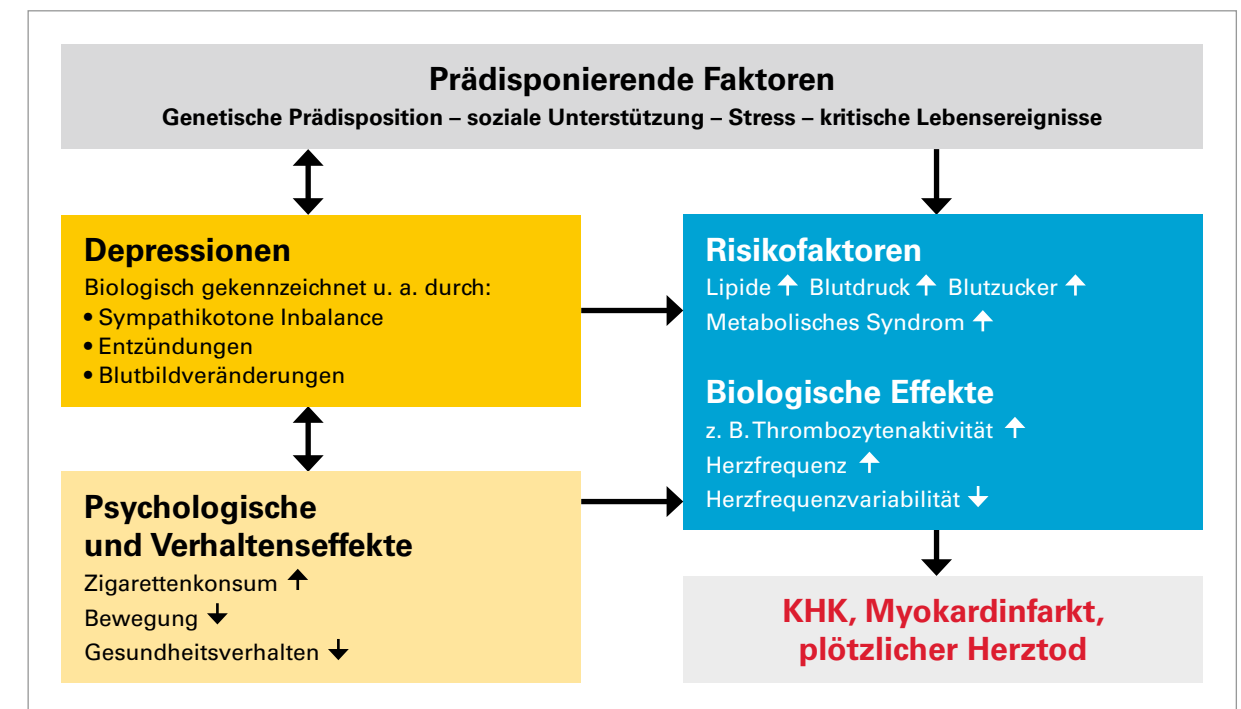
- Ungünstige sozioökonomische Bedingungen
- Lebensverändernde kritische Ereignisse
- Hohe Arbeitsbelastung/berufliche Anforderungen (Bewährung, Herausforderung)
- Statusbedrohung, geringe Gratifikation
- Emotionale Probleme – Depression/Angst
- Festhalten an Dominanz- und Leistungsverhalten/ Feindseligkeit/Aggressivität
- Fehlen von Protektivfaktoren (soziale Unterstützung)

Fazit

- Prävention ist in die medizinische Rehabilitation integriert.
- In der Reha ist das Ansprechen und Erreichen auch von „präventionsferneren“ Zielgruppen möglich.
- Der Fokus in der Reha-spezifischen Prävention liegt auf Lebensstil und Teilhabe.
- Es handelt sich um einen verhaltensbezogenen Ansatz mit Elementen der Gesundheitsförderung.
- Die Prävention ist selektiv und indiziert.
- Das zentrale Ziel ist der „Return to work“
- Der Transfer in den Alltag ist „herausfordernd“



Abbildung 13: Faktoren der Entwicklung von Herzkrankheiten



Kontakt

Prof. Dr. Jürgen Bengel
Institut für Psychologie, Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Fazit

Der „Länger besser leben.“-Kongress „Motivation zur Prävention. Mehr Chancen für die Gesundheit“ zeigte auf, welche individuellen Hindernisse in der Umsetzung von Präventionsabsichten bestehen und wie sie überwunden werden können.

Allen Referent*innen sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Ihre spannenden und informativen Vorträge haben nicht nur für Wissenszuwachs gesorgt, sondern ihrerseits auch motiviert und inspiriert: zu vertieften Forschungen auf dem Gebiet der Prävention und zu persönlichen Verhaltensänderungen. Die Denkanstöße, die vermittelt wurden, sind dann auch in die Gespräche mit den anderen Teilnehmern, u. a. aus Wissenschaft und Gesundheitswesen, eingeflossen und vielfach lebhaft diskutiert worden – auch

dafür möchten wir uns bedanken, dieses Ziel unserer Veranstaltung ist so erfüllt worden. Ein weiterer Dank geht an die vielen helfenden Hände, ohne die dieser Kongress nicht hätte durchgeführt werden können.

Unser dritter Präventionskongress des „Länger besser leben.“-Instituts wird am 12.5.2020 wieder in Hannover in der HDI-Arena stattfinden. Nachdem in den beiden vorangegangenen Kongressen der Status quo der Prävention sowie die angebotenen Präventionsmaßnahmen und die Motivationsförderung zur Verhaltensänderung im Mittelpunkt standen, sollen nun die Verhältnisse, die dafür zur Verfügung stehen, betrachtet werden. Wie setzt die Politik Präventionsabsichten um? Welche Maßnahmen sind vor Ort und in der Gesellschaft durchsetzbar? Wir hoffen, Sie zu diesem Kongress begrüßen zu dürfen.

Lebensläufe der Referent*innen

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske

Prof. Dr. Gerd Glaeske studierte und promovierte in Pharmazie in Aachen und Hamburg. Ab 1981 war er Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) und war dort ab 1985 Leiter der Abteilung Arzneimittel-epidemiologie. Ab 1988 ist er Leiter von Pharmakologischen Beratungsdiensten in Krankenkassen, Leiter der Abteilung Verbandspolitik beim Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK) und später der Abteilung für medizinisch-wissenschaftliche Grundsatzfragen sowie zuletzt bei der BARMER Ersatzkasse. Ab 1999 hat er eine Professur für Arzneimittelanwendungsforschung am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen (vorher Zentrum für Sozialpolitik, ZeS). Seit 2007 ist er Co-Leiter der Abteilung: Gesundheit, Pflege und Alterssicherung (vorher Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung) und ist seit 2016 wissenschaftlicher Leiter des „Länger besser leben“-Institutes.



Von 2003 bis 2009 war Prof. Dr. Gerd Glaeske Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (www.svr-gesundheit.de), von 2003 bis 2018 war er außerdem Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie von 2007 bis März 2008 Mitglied und Vorsitzender im wissenschaftlichen Beirat des BVA zur Erstellung eines Gutachtens zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Seit 2009 ist er Mitglied der Kommission für rationale Arzneimitteltherapie im österreichischen Gesundheitsministerium und bis 2013 war er Mitglied in der BTM-Kommission des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Seit 2005, nach vierjähriger Tätigkeit als 1. Vorsitzender der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel-epidemiologie (GAA), ist er nun Berater des Vorstands und 2006 bis 2014 war er als Mitglied im geschäftsführenden Vorstand des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (DNVF) tätig. Seit 2010 ist er Mitglied und stellvertretender Sprecher des Wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Er ist außerdem Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, des medizinisch-wissenschaftlichen Beirats der DAK sowie des Kuratoriums der Lungenstiftung Bremen.

Zusätzlich ist er Autor zahlreicher Einzelveröffentlichungen zur Arzneimittelpolitik und zur Qualität der Arzneimittelversorgung. Als Autor und Mitautor sowie pharmakologischer Berater von Arzneimittelpublikationen (u. a. „Bittere Pillen“, „Handbuch Medikamente“ und „Handbuch Selbstmedikation“ der Stiftung Warentest) ist er ebenso tätig.

PD Dr. Thomas Ellrott

Privatdozent Dr. Thomas Ellrott studierte Medizin an der Georg-August-Universität Göttingen. Seine Assistenzzeit absolvierte er am Diabeteszentrum Bad Lauterberg und an der Ernährungspsychologischen Forschungsstelle der Universitätsmedizin Göttingen. 1995 Promotion zum Effekt von Light-Produkten, 2007 Habilitation im Fach Ernährungspsychologie an der Universitätsmedizin Göttingen.



Seit 2007 leitet er das Institut für Ernährungspsychologie an der Georg-August-Universität Göttingen/Universitätsmedizin mit dem Arbeitsschwerpunkt: Die vielfältigen Determinanten des menschlichen Essverhaltens. Dabei beschäftigt er sich mit der Kernfrage „Warum essen Menschen anders, als sie sich ernähren sollten?“ und erforscht die Hintergründe besonderer Ernährungsstile, wie paleo, glutenfrei, vegan oder clean eating. Die Prävention und Therapie von Adipositas mit den vielfältigen Begleiterkrankungen gehört zu seinem klinischen Arbeitsschwerpunkt. In Zusammenarbeit mit Kantar TNS (vormals TNS Infratest) und dem Nestlé Zukunftsforum ist in jüngster Zeit die Erarbeitung von Zukunfts-Szenarien der Ernährung als weiteres Forschungsgebiet hinzugekommen.

PD Dr. Thomas Ellrott ist zudem wissenschaftlicher Leiter der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), Sektion Niedersachsen, Kuratoriumsmitglied der Heinz-Lohmann-Stiftung (Rechterfeld) sowie Vorstandsmitglied der Plattform Ernährung und Bewegung (Berlin). In Bildungsprojekten des Vereins CookUOS (Osnabrück) engagiert er sich für eine verständliche Kommunikation aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Themenfeldern Gesundheit und Nachhaltigkeit.

Prof. Dr. Petra Kolip



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. Sie führt seit vielen Jahren Lehrveranstaltungen zum Thema Geschlecht und Gesundheit durch, in denen sie die unterschiedlichen Sichtweisen auf das Thema herausarbeitet.

Prof. Dr. Sonia Lippke

Prof. Dr. Sonia Lippke ist Gesundheitspsychologin und Verhaltensmedizinerin. Seit 2016 ist sie Professorin im Bereich „Health Psychology and Behavioral Medicine“ an der Jacobs University Bremen.



Studiert hat sie an der Freien Universität Berlin, an der sie nach Abschluss ihres Studiums als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Assistentin ihre Dissertation zum Thema „Changing Health Behavior: Stage Models and an Intervention for Adopting and Maintaining a Healthy Lifestyle“ und ihre Habilitation zum Thema „Evidenz- und theoriebasiert Gesundheit fördern: Aktuelle Befunde zu Theorien des Gesundheitsverhaltens und Perspektiven für die Gesundheitsförderung“ absolvierte. 2004 schloss sie ihr postdoktorales Training an der University of Alberta in Kanada ab. 2010 bis 2011 arbeitete sie als Professorin für Gesundheitsförderung an der Maastricht University und ließ sich im Bereich „Problem-Based Learning“ ausbilden. 2011 war sie als Gastprofessorin für Pädagogische Psychologie im Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin beschäftigt.

Außerdem ist Prof. Dr. Sonia Lippke Präsidentin der Health Psychology Sektion der International Association for Analytical Psychology (IAAP), Beauftragte des Arbeitgebers für Angelegenheiten schwerbehinderter Menschen der Jacobs University Bremen und Mitherausgeberin unterschiedlicher Publikationen.

Ihr Schwerpunkt liegt im Bereich der theorie- und evidenzbasierten Gesundheitsförderung. In diesem Gebiet entwickelte sie verschiedenste Theorien und Modelle.

Prof. Dr. Lippke verfolgt das Ziel, Gesundheit und Gesundheitsverhalten zu verbessern und die Zufriedenheit von Menschen in allen Altersgruppen zu steigern.

Prof. Dr. Nicola Döring

Prof. Dr. Nicola Döring leitet das Fachgebiet für Medienpsychologie und Medienkonzeption an der Technischen Universität Ilmenau. Zudem ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin und Vertretungsprofessorin an verschiedenen Universitäten.

Sie beschäftigt sich in ihrer Forschung mit psychologischen und sozialen Aspekten der Online-, Mobil- und Mensch-Roboter-Kommunikation, mit Gender- und Sexualforschung sowie mit Fragen der Evaluation. Ein Arbeitsschwerpunkt ist die Gesundheitskommunikation von Jugendlichen und Erwachsenen in Sozialen Medien.

Prof. Dr. Nicola Döring arbeitet zusätzlich in diversen universitären Gremien und Kommissionen und ist in Amtsperioden als Institutsdirektorin, Prodekanin und Dekanin tätig.

Darüber hinaus ist sie Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Fachgesellschaften wie z. B. der American Psychological Association (APA), der Deutschen Gesellschaft für Online Forschung (DGOF) oder der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Als Autorin veröffentlicht sie u. a. Publikationen zum Thema Digitale Medien und ist Mitherausgeberin der „Zeitschrift für Sexualforschung“.

Prof. Dr. Ingo Froböse

Prof. Dr. Ingo Froböse ist Professor für Rehabilitation und Prävention im Sport an der Deutschen Sporthochschule Köln.



Sein mit dem Diplom abgeschlossenes Studium der Sportwissenschaft, mit dem Schwerpunkt Rehabilitation, endete 1983. Zusätzlich studierte er Wirtschaftswissenschaften an der Fernuniversität in Hagen. Während seiner Studienzeit wurde er mehrfach als Sprinter deutscher Vizemeister über 100 Meter, deutscher Vizemeister über 200 Meter sowie deutscher Hochschulmeister über 200 Meter ausgezeichnet. Neben seinen zahlreichen Einsätzen in der Leichtathletik-Nationalmannschaft wurde er deutscher Vizemeister im 4er-Bob der Junioren.

Er promovierte (1986) und habilitierte (1993) an der Deutschen Sporthochschule Köln. Seit 1995 ist er Professor an der Hochschule.

Prof. Dr. Froböse ist Leiter des Zentrums für Gesundheit durch Sport und Bewegung (ZfG), Leiter des Instituts für Bewegungstherapie durch Prävention und Rehabilitation sowie in der wissenschaftlichen Leitung des An-Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (IQPR). Zudem ist er Vorstandsmitglied des An-Forschungsinstituts für Inklusion durch Bewegung und Sport e.V. (FiBS).

Seine Schwerpunkte in der Lehre und Forschung sind: Prävention und Rehabilitation im Sport, orthopädisch-traumatologische Rehabilitation, Gesundheitssport und Fitness sowie Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation. Herr Prof. Froböse ist zudem Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates des TÜV Rheinland, der Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS) und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für angewandte Isokinetik (DGAI) und des Deutschen Verbands für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS).

Neben seinen Lehr- und Forschungstätigkeiten ist er Autor bzw. Co-Autor zahlreicher Bücher zum Themenbereich Gesundheit, Ernährung und Sport.

Friedrich Schütte



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 ist seit 1996 Vorstand 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 Friedrich Schütte zudem als ehrenamtlicher Richter am Sozialgericht Hannover aktiv.

Prof. Dr. Toni Faltermaier



Prof. Dr. Toni Faltermaier, Dipl. Psych., promoviert in und habilitiert für das Fachgebiet der Psychologie. Seit 25 Jahren ist er aktiv in Forschung, Lehre und Weiterbildung in der Gesundheitspsychologie und in Public Health tätig. Er übte Lehrtätigkeiten an Universitäten in Bayern, Österreich und der Schweiz aus und war 2000 bis 2018 Professor der Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung der Europa-Universität Flensburg. Zudem war er maßgeblich an der Entwicklung, Etablierung und Leitung gesundheitswissenschaftlicher Bachelor- und Masterstudiengänge an

der Universität Flensburg (M.A. „Prävention und Gesundheitsförderung“ mit mehr als 250 Absolventinnen und Absolventen) beteiligt.

Er ist Autor mehrerer verbreiteter Lehrbücher („Gesundheitspsychologie“, Kohlhammer 2005/2017; „Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters“, Kohlhammer 2014).

Schwerpunkte seiner Forschungstätigkeit in der Gesundheitspsychologie und in Public Health sind: Stress- und Coping-Forschung, Salutogenese und Gesundheitsressourcen, „Laiengesundheitssystem“, subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, Gesundheitshandeln im Alltag, Männergesundheit, qualitative Methoden der Sozialforschung, Entwicklungsprozesse im frühen, mittleren und späten Erwachsenenalter sowie Entwicklung und Evaluation von subjekt- und lebensweltorientierten Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung (vor allem in den Settings Betrieb und Kommune).

Prof. Dr. Jürgen Bengel

Seit 1994 ist Prof. Dr. Jürgen Bengel Direktor der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Nach dem Studium der Psychologie und der Medizin qualifizierte er sich als Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor. Er ist Sprecher des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg, leitet die Psychotherapeutische Ambulanz am Institut für Psychologie und das Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie (FAVT).



Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind die Psychologie chronischer Krankheit und Behinderung, die Notfallpsychologie und Psychotraumatologie, Methoden der Rehabilitationsforschung sowie Evaluation im Gesundheitswesen. Die Forschungsprojekte seiner Abteilung befassen sich mit rehabilitativen, präventiven und evaluativen Fragestellungen im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. Jürgen Bengel ist u. a. Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und federführender Herausgeber der Zeitschrift „Die Rehabilitation“.

Motivation zur Prävention

Der zweite Kongress „Länger besser leben.“

Mit der Frage, wie beim Thema Prävention die Handlungslücke zwischen Information und Umsetzung geschlossen werden kann, beschäftigten sich am 14. Mai 2019 die TeilnehmerInnen des zweiten „Länger besser leben.“-Kongresses in der Akademie des Sports in Hannover. Etwa 200 Interessierte aus Wissenschaft, Gesundheitsberufen, Krankenkassen und anderen Bereichen waren der Einladung des „Länger besser leben.“-Institutes der Universität Bremen und der BKK24 gefolgt.

Das Interesse am Kongress war sehr groß, alle Plätze waren schon Monate im Voraus vergeben. 2018 hatte der erste „Länger besser leben.“-Kongress sich mit Fragen der Gesundheit und der Lebenserwartung von Männern und Frauen aus unterschiedlichen sozialen Schichten und mit der noch immer bestehenden Ungleichheit bei Bildungs- und Gesundheitschancen befasst. In diesem Jahr stand die Frage im Mittelpunkt, wie Menschen – vor allem auch solche mit einem niedrigen sozialen Status – mit präventionszugänglichen chronischen Erkrankungen (etwa Diabetes, koronare Herzkrankheit oder Übergewicht) zu gesundheitsorientierten Verhaltensänderungen angeregt werden können. Kann es gelingen, Menschen zu einem gesunden Lebensstil in ihrem Alltag zu motivieren, fragte dann auch Friedrich Schütte, Vorstand der BKK24, zur Eröffnung des Kongresses.

Regeln für die Industrie und gesunde Anreize im Alltag

Schon in der Begrüßung wies Kongress-Moderator und Leiter des „Länger besser leben.“-Institutes Professor Gerd Glaeske darauf hin, dass mit dem Kongress Thema „Motivation zur Prävention“ auch politische Forderungen verbunden seien. Die Verhaltensprävention, die einzelne Menschen adressiert, müsse auch auf entsprechende Verhältnisse treffen, damit Prävention und Gesundheitsförderung in allen Bevölkerungsschichten umgesetzt werden könnten. Dazu gehörten gesetzliche Regelungen, die im Bereich der Ernährung für mehr Transparenz bei bearbeiteten Nahrungsmitteln sorgen und zum Beispiel die Lebensmittelindustrie dazu verpflichten, Ampeln für den



Professor Gerd Glaeske bei der Kongress-eröffnung.

Gehalt an Zucker, Salz und Fett auf die Fertignahrung aufzudrucken. Dazu könnten aber auch eine Zuckersteuer gehören, eingeschränkte Verkaufswege für Tabakwaren und Alkohol, einschließlich klarer Sanktionsmaßnahmen bei Verstößen gegen solche Regelungen.

Thomas Ellrott, Leiter des Instituts für Ernährungspsychologie an der Georg-August-Universität Göttingen, stellte das Thema Ernährung in den Mittelpunkt seines Referates. Gesunde Entscheidungen sollten einfach umzusetzen sein, weil sie dann intuitiv statt immer wieder nach neuen Überlegungen und „Moden“ getroffen würden. Dazu gab er einige Tipps: So sollten etwa Wasser, Gemüse und Obst in Kantinen vor den anderen Speisen stehen, dann werde das Essenstablätt gleich zu Beginn mit gesunden Nahrungsmitteln gefüllt. Ungesunde Entscheidungen sollten erschwert, Automatismen unterbrochen werden. Und: Eine Belohnung für kurzfristige konkrete Ziele etwa durch Bonusprogramme würden zu schnelleren Erfolgserlebnissen führen und gleichzeitig die Motivation stärken.

Individuelle Lebenssituationen

Im Vortrag von Petra Kolip, Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung (Universität Bielefeld), ging es um die Frage, wie schwer erreichbare Zielgruppen angesprochen werden können. Um adäquate Präventionsangebote entwerfen zu können, müssten zunächst ihre Lebenslagen und Einstellungen analysiert werden. Denn viele Angebote seien nur an den Bedürfnissen der Mittelschicht orientiert, betonte Kolip. Dabei sei Gesundheitsförderung nicht nur eine Aufgabe der Gesundheitspolitik. Auch die Gestaltung unterschiedlicher Lebenswelten wie Arbeit, Umwelt und Wohnen müsse bedacht werden.

Dr. med. Mabuse 240 · Juli / August 2019



Anregende Diskussionen und gespannte Aufmerksamkeit im Publikum. Alle Fotos: BKK24



Dass bei der Motivation zur Prävention die individuellen Lebenssituationen der Menschen zu berücksichtigen sind, wurde auch von Sonia Lippke (Jacobs-Universität Bremen) bestärkt. Die Professorin für Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin konnte in ihrer Forschung zeigen, dass gesunde Lebensstiländerungen am besten erzielt werden können, wenn der „innere Schweinehund“ identifiziert und „an die Leine gelegt“ wird. Um Veränderungen in Bezug auf den bisherigen „ungesunden“ Lebensstil anzustoßen, brauche man eine maßgeschneiderte Intervention, die persönliche Hinderungsgründe mit einbeziehe und individuell angepasste Bewältigungsstrategien bereitstelle. Nur so könnten Barrieren bei der Nutzung von Präventionsangeboten überwunden und das Durchhalten im Alltag erleichtert werden, sagte Lippke. Das steigere die Erfolgsaussichten.

Zu den Auswirkungen des „inneren Schweinehundes“ zählt auch, dass die Motivation zu Bewegung und sportlichen Aktivitäten häufig nur punktuell vorhanden sei. Der Zusammenhang zwischen „Fitness und Gesundheit“ wurde den ZuhörerInnen – auch durch praktische Übungen – von Ingo Froböse nahegebracht, der als Professor für Prävention und Rehabilitation im Sport an der Deutschen Sporthochschule in Köln tätig ist. Er wies darauf hin, dass die Menschen vor allem an einem Regenerations- und nicht an einem Belastungsproblem litten. Genussvolle Bewegung könne zur Entlastung und zum Ausgleich dienen und bedeute sofort spürbare Belohnung. Das Bedürfnis nach „Gesundheit“ könne dann in ein positives Sporterlebnis eingebettet werden.

Geschlechterunterschiede beachten

Toni Faltermeier (Europa-Universität Flensburg) thematisierte eine wichtige Basis für alle Präventionsprojekte, indem er den Unterschied zwischen Gesundheitshandeln, Risikohandeln und Gesundheitsbewusstsein herausstellte. Um zu einer gesünderen Gesellschaft beizutragen, gelte es, bedarfsgerecht sinnvolle Prävention „an den Mann und an die Frau“ zu bringen. Männer schätzten nach wie vor ihren Gesundheitszustand besser ein als Frauen. Frauen wiederum hätten ihre psychische Gesundheit besser im Blick. „Männer fühlen sich solange gesund, bis sie umfallen!“, kommentierte Moderator Gerd Glaeske.

Zentral sei es bei allen Angeboten, die verschiedenen Lebenswelten im Blick zu behalten und Krankheitsgefährdete nicht zu stigmatisieren. Biografieübergänge könnten genutzt werden, um Veränderungen anzustoßen: Wenn zum Beispiel ein junger Mann Vater werde, sei er unter Umständen empfänglicher für Hinweise zu Ernährung oder zur Vermeidung risikobehafteter Unternehmungen.

Wirkung von Medien und Möglichkeiten in der Rehabilitation

Alle Referate hatten immer auch mit dem Thema Kommunikation zu tun, besonders aber das von Nicola Döring, Professorin für Medienpsychologie und Medienkonzeption an der Technischen Universität Ilmenau. So war es für viele überraschend, dass Filme auf YouTube zu den derzeit am häufigsten genutzten Gesundheitsinformationen gehören. Döring zeigte, dass darin häufig Körperideale dargestellt würden, die für die meisten Men-

schen unerreichbar seien. Gesundheit werde mit akrobatischen Bewegungen und Muskelaufbau als Selbstoptimierung angepriesen, wobei gesundheitliche Aspekte eher zweitrangig seien. Andere mediale Angebote wie Gesundheitsapps könnten aber nützlich sein, weil sie geleistete sportliche Aktivitäten dokumentieren und dadurch die Motivation zur gesunden Lebensführung stärken könnten, sagte Döring.

Abschließend wies der Direktor der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg Jürgen Bengel auf die Besonderheiten in der Rehabilitation hin. Eine Rehabilitation nach einer Krankheit könne der Beginn von Lebensstilveränderungen sein und erreiche auch Menschen, die sonst eher schwer motivierbar seien. Insofern biete eine Rehabilitation eine Chance für die Einführung neuer Alltagsroutinen. PatientInnen würden zu einer Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Verhalten gezwungen, ob dies Ernährung, Bewegung oder den Konsum von Alkohol oder Tabak betreffe.

Lust an gesundem Lebensstil wecken

Die Quintessenz aller Referate: Ein erhobener Zeigefinger oder Selbstkasteiung werden im Bereich Prävention nicht zu mehr Motivation führen. Vielmehr geht es darum, Menschen in ihren individuellen Lebensumständen „abzuholen“, darauf passende Programme anzubieten und spürbare Belohnungsmöglichkeiten einzubauen, die die Lust auf einen gesunden Lebensstil verstärken. Dass bei allem auch die gesellschaftlichen Verhältnisse die Verhaltensprävention ermöglichen und erleichtern sollen, muss allerdings bei allen Programmen zur Motivationssteigerung berücksichtigt werden. Es gibt sie also, die Motivation zur Prävention. Nur: Die Programme und die Kommunikation darüber müssen stimmen.

Im nächsten Jahr wird die Kongressreihe „Länger besser leben.“ fortgesetzt. Informationen zu Termin und Programm werden rechtzeitig veröffentlicht. ■

Weitere Informationen unter www.socium.uni-bremen.de

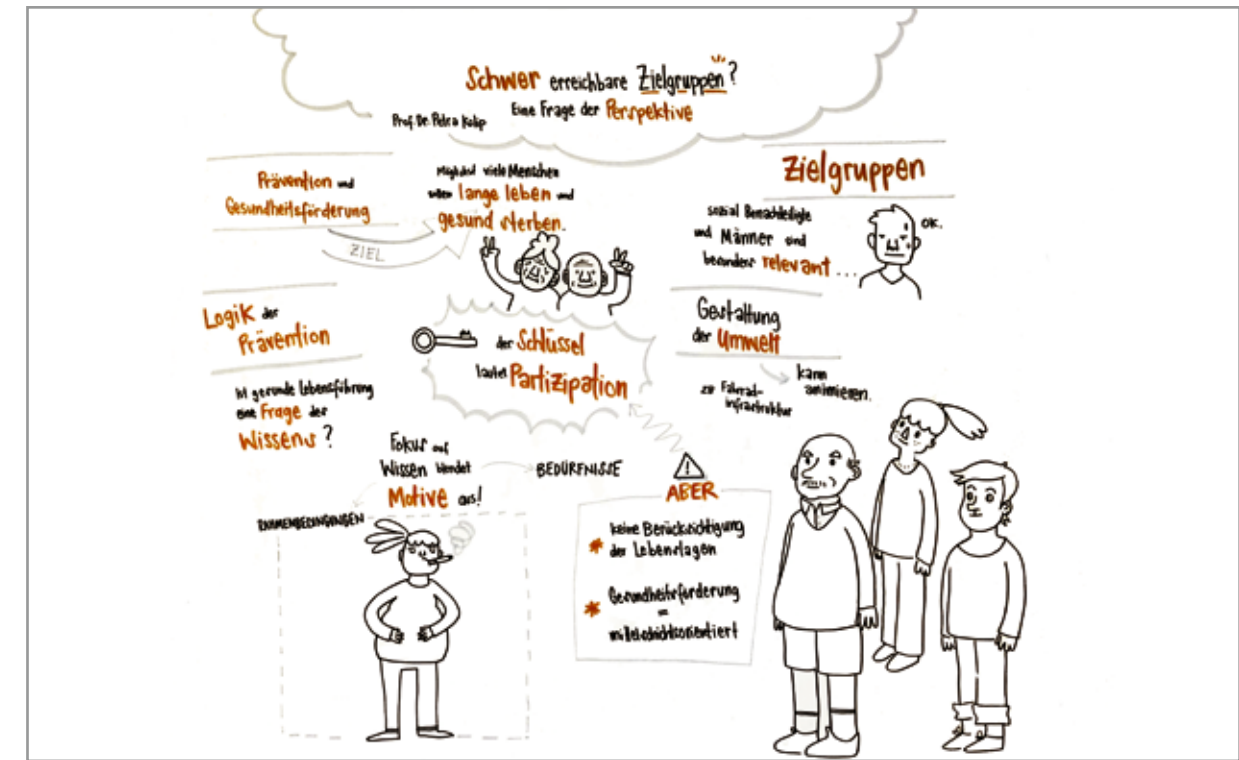
Prof. Dr. Gerd Glaeske und Dipl.-Soz. Frieda Höfel
SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. glaeske@uni-bremen.de; fhofel@uni-bremen.de

Dr. med. Mabuse 240 · Juli / August 2019

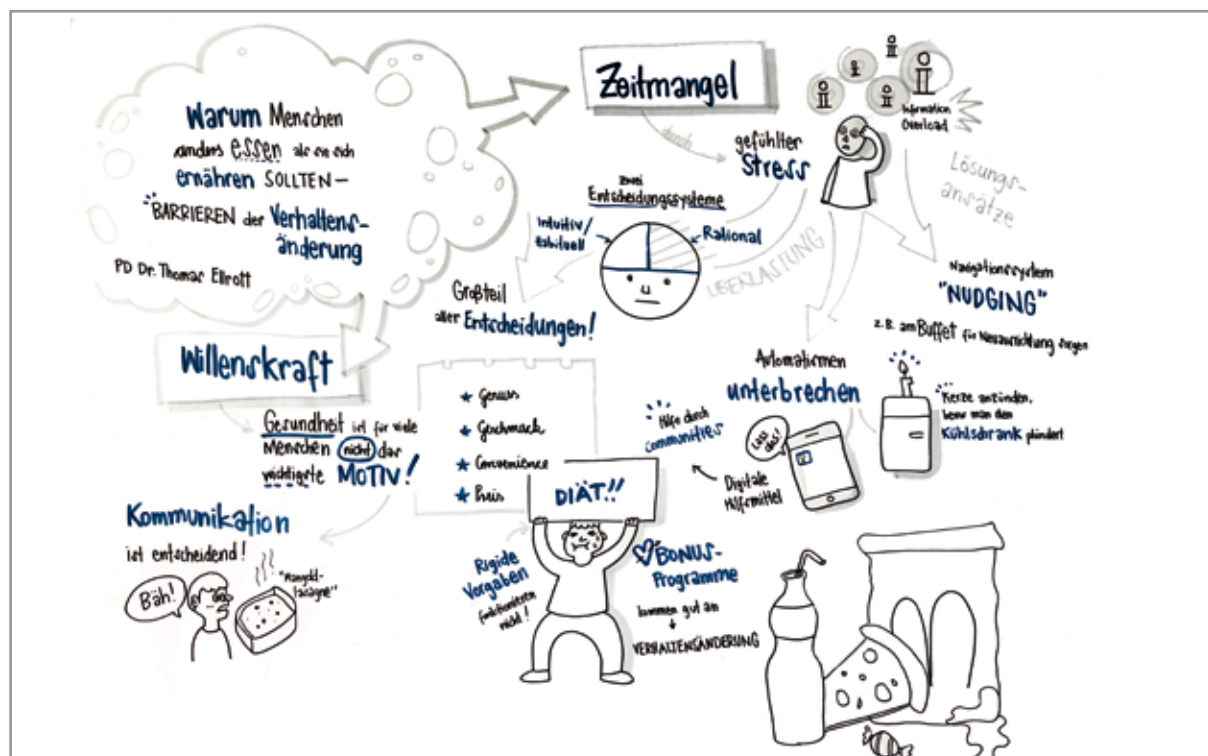
Graphic Recording



Ines Schaffranek | Graphic Recording | www.pheminific.de



Prof. Dr. Petra Kolip



PD Dr. Thomas Ellrott



Prof. Dr. Sonia Lippke



Prof. Dr. Toni Faltermaier



Prof. Dr. Nicola Döring



Prof. Dr. Ingo Froböse



Prof. Dr. Jürgen Bengel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entscheidungssysteme	7
Abbildung 2:	Gesundheitsrelevantes Verhalten – Tabakkonsum	11
Abbildung 3:	Gesundheitsrelevantes Verhalten – Bewegung	12
Abbildung 4:	Walkability in Venedig und den USA	13
Abbildung 5:	Präventionsangebote in China: Rad- und Fußweg am Wasser	16
Abbildung 6:	Präventionsangebote in China 2: Der gut ausgebaute Radweg wird nicht genutzt	16
Abbildung 7:	Subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit	19
Abbildung 8:	Subjektive Gesundheitskonzepte	20
Abbildung 9:	Erklärungsmodell Gesundheit von Frauen und Männern	20
Abbildung 10:	Körperliche Aktivität und Anthropologie	23
Abbildung 11:	Int. Class. of Functioning, Disability and Health (ICF)	30
Abbildung 12:	Präventionsleistungen im zeitlichen Verlauf	31
Abbildung 13:	Faktoren der Entwicklung von Herzkrankheiten	33

Feedback zum Kongress

... wieder eine runde Sache, gut gefallen haben mir die Vorträge von Herrn Prof. Ellrott, Frau Prof. Kolip und besonders Herr Prof. Froböse war wieder spitze.

... ich möchte mich nochmal ganz herzlich für den sehr gut organisierten und informativen Kongress bedanken. Es waren tolle Referenten, die die Themen unterhaltsam und kurzweilig an uns Zuhörer weitergegeben haben. Gestern Abend habe ich viele spannende Informationen an meine Kolleginnen/Kollegen und abends auch an meinen Mann weitergegeben. Ich persönlich habe mich motiviert gefühlt und kann sicherlich auch einige neue Erkenntnisse an meine Mitstreiter im Büro weitergeben. Z. B. mache ich keine Werbung mehr für unsere wirklich gute Kantine mit dem Argument, dass das Essen gesund sei. Sondern gut schmeckt, ich mich fit fühle, nicht müde in die zweite Hälfte des Tages starte. Genauso bewerbe ich nun die Sportangebote bei uns (bewegte Mittagspause, Yoga, Pilates, Massagen ...). Danke und ich hoffe auf einen neuen spannenden Kongress oder entsprechende Vorträge.

... ganz herzlich für die hervorragende Organisation und inhaltliche Gestaltung des „Länger besser leben“-Kongress am 14. Mai bedanken. Wir hatten mit dem gesamten Team einen interessanten sowie lehr- und abwechslungsreichen Tag in Hannover.

...herzlichen Dank für die exzellente Tagung gestern und die Einladung, daran mitzuwirken.

... vielen Dank für den hochinteressanten und top organisierten Kongress-Tag! Leider konnten wir aufgrund der Bahnverbindung nicht ganz bis zum Ende bleiben, aber die Vorträge, die wir hören konnten, waren wirklich spannend und inspirierend. Deswegen direkt meine Frage: gibt es schon ein Thema für das nächste Jahr? Einziger Wunsch wäre von meiner Seite aus mehr Raum + Zeit für den Austausch. ... bei dem Blick in die Teilnehmerliste hätte ich mir durchaus das ein oder andere interessante Gespräch vorstellen können.

... Ihre diesjährige Veranstaltung „Motivation zur Prävention“ war wieder in jeder Hinsicht gelungen. Sehr gute Organisation & sehr gute Referenten – mir haben Petra Kolip, Thomas Ellrott & Ingo Froböse am besten gefallen. Vielen Dank! Bitte geben Sie das auch an Ihr Orga-Team weiter! Ich hoffe, es wird auch einen 3. Kongress in 2020 geben?

#iblkongress2019

... herzlichen Dank für den tollen Kongress am letzten Dienstag in Hannover!

