



Gesundheit

17 Prävention – geht das?

Zusatzmaterialien

Livestream und Podcast: www.hr2-kultur.de

BHF  BANK STIFTUNG

Institut für
**Allgemein-
medizin**

Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

*Schule &
Gesundheit*


HESSEN

Hessisches
Kultusministerium

vhs 

hr2
kultur



Die folgenden Zusatzmaterialien sind:

1. Für **interessierte Hörerinnen und Hörer** als vertiefende Informationen zu den Themen der einzelnen Sendungen.

2. Für **Multiplikatoren/Lehrkräfte**. Sie finden bei jedem Zusatzmaterial einen **Bezug zum Manuskript** und der **Zeitmarkierung** (01:20 gelesen: Start der Sequenz bei 1 Minute 20 Sekunden), damit Sie direkt zum Thema im Beitrag gelangen können. Die Zugangsdaten für die Sendemanuskripte werden den Multiplikatoren per Mail mitgeteilt.

Die Materialien wurden zusammengetragen vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Autorin dieses Zusatzangebots ist Nadine Falkenhagen.

Die Materialien wurden zum Zugriffszeitpunkt 10.03.2014 erstellt.

Übersicht

1. Grundbegriffe
2. Verständnis von Gesundheit und Krankheit
3. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention
4. Verhaltens- und Verhältnisprävention
5. Zielgruppen und Settings von Prävention
6. Nutzen und Risiken von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen
7. Einbindung von Prävention und Gesundheitsförderung in die Politik
8. Ausblick
9. Interviewpartner



1. Grundbegriffe

Bezug Manuskript: S. 2; Bezug Audio: 1:41

Anstrengungen, Krankheiten zu verhüten, hat es in der gesamten Medizingeschichte gegeben. In der Vergangenheit standen beispielsweise Maßnahmen zur verbesserten hygienischen Versorgung der Bevölkerung oder Impfungsprogramme im Vordergrund. Heute gewinnt vor allem die Vermeidung chronisch-degenerativer Erkrankungen und sog. Zivilisationskrankheiten (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Übergewicht) zunehmend Bedeutung.

In den Gesundheitswissenschaften werden die Begriffe „Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“ voneinander unterschieden.

Der Begriff „Krankheitsprävention“ – verkürzt als „Prävention“ bezeichnet – entwickelte sich im 19. Jahrhundert im Rahmen der Diskussion um soziale Hygiene und Volksgesundheit. Das vornehmliche Anliegen von Krankheitsprävention ist die Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und dadurch die Verringerung der Krankheitsverbreitung, um somit die Krankheits- und Sterblichkeitshäufigkeit zu reduzieren. Das Zurückdrängen bzw. Ausschalten von Auslösefaktoren (Risikofaktoren) ist dabei die vorherrschende Vorgehensweise.

Der Prävention liegt die Annahme zugrunde, dass die zukünftige Entwicklung des Krankheitsgeschehens vorausgesagt werden kann und damit auf einer Zukunftsprognose beruht, mit der die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer Krankheit angegeben werden kann. Die Identifikation von Risikofaktoren ist dabei von großer Bedeutung. Diese Risikofaktoren lassen sich in drei Gruppen einteilen:

1. genetische, physiologische und psychische Dispositionen (z.B. Arterienverengungen, psychische Überlastungen)
2. behaviorale Dispositionen (z.B. Verhaltensweisen wie Zigarettenrauchen, fettreiche Ernährung, wenig Bewegung, ungeschützter Geschlechtsverkehr)
3. regionale umweltbezogene Dispositionen (z.B. erhöhte Strahlenbelastung). Nach aktuellem Stand der Wissenschaft ist allerdings keine exakte Wahrscheinlichkeitsaussage bei der Identifikation eines Risikofaktors möglich. Dem Empfänger von Präventionsmaßnahmen kann somit keine Gewissheit über die Wirksamkeit der Intervention im Sinne des Abbaus seiner Krankheitslast gegeben werden.

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ geht aus den gesundheitspolitischen Debatten der



Weltgesundheitsorganisation (WHO) hervor und markiert den Einfluss ökonomischer, politischer, kultureller sowie sozialer Impulse bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit. Eingang in die Fachsprache fand der Begriff der „Gesundheitsförderung“ im Zuge der WHO-Konferenz von Ottawa im Jahr 1986. Der Fokus liegt hier deutlich auf der Förderung der Gesundheit im Sinne einer Promotionsstrategie im Unterschied zur Prävention mit ihrer Vermeidungsstrategie. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung definiert Gesundheitsförderung als „einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Dabei geht es um die Stärkung von Schutzfaktoren, die den Menschen gesund erhalten. Diese Schutzfaktoren können verschiedenen Gruppen zugeordnet werden:

1. soziale und wirtschaftliche Faktoren (z.B. die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der sozio-ökonomischen Situation)
2. Umweltfaktoren (z.B. Verbesserung der Wasser- und Luftqualität, der Wohnbedingungen sowie der sozialen Netzwerke)
3. Faktoren des Lebensstils (z.B. die Förderung angemessener Ernährung, Bewegung und Spannungsbewältigung)
4. psychologische Faktoren (z.B. Förderung von Eigenverantwortung und Schutzmotivation)
5. Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen (insbesondere zu Krankheitsversorgung, Pflege, Rehabilitation und Gesundheitsberatung).

Trotz der beschriebenen Unterschiede der beiden Strategien Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen diese das gemeinsame Ziel des individuellen und gesellschaftlichen Zugewinns an Gesundheit.

Quellen:

- Hurrelman, Klotz, Haisch (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wikipedia „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“, Link: http://de.wikipedia.org/wiki/Ottawa-Charta_zur_Gesundheitsf%C3%B6rderung
- WHO: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986 Link: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf



2. Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Bezug Manuskript: S. 2; Bezug Audio: 00:50

Auf den ersten Blick scheinen die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ deutlich voneinander abgegrenzt zu sein. Gesundheit gilt dabei als Wohlbefinden und Beschwerdelosigkeit. Krankheit wird assoziiert mit Schmerzen, Beschwerden und Einschränkungen. Sieht man jedoch etwas genauer hin, wird deutlich, dass diese Begriffe auch eine private und gesellschaftliche Perspektive haben und dementsprechend unterschiedlich definiert sein können.

Beschäftigt man sich mit Prävention und Gesundheitsförderung, ist es also hilfreich, die verschiedenen Sichtweisen auf Gesundheit und Krankheit etwas genauer zu beleuchten. Dabei sind zwei Ansätze zu berücksichtigen: Die sog. Pathogenese beschäftigt sich mit den Vorstellungen von dem, was Krankheit ist und wie sie entsteht. Dem gegenüber steht das Konzept der sog. Salutogenese, welches die Auffassung von dem, was Gesundheit ist und wie sie aufrechterhalten werden kann, untersucht. Diese beiden Konzeptionen kommen zu verschiedenen Auffassungen darüber, welche Aufgaben eine Vorbeugungspolitik erfüllen muss und in welcher Art dies geschehen sollte.

2.1 Pathogenese

Die Pathogenese fußt auf einer naturwissenschaftlichen Sicht und konzentriert sich auf den Körper des Menschen. Das Interesse richtet sich dabei hauptsächlich auf die Wirkung und den Zusammenhang von Prozessen, die Krankheit beeinflussen. Der Mensch ist dabei passiver Träger einer Krankheit und dementsprechend Objekt medizinischer Behandlung. Krankheit gilt als Abweichung von einer als Gesundheit definierten Norm und ihre Entstehungsgeschichte ist auf stets gleiche Ursachen zurückzuführen.

2.2 Salutogenese

Der Begriff der Salutogenese wurde geprägt von Aaron Antonovsky (1923-1994), einem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen, und entwickelte sich zum Gegenbegriff zur Pathogenese. Die Salutogenese ist die Wissenschaft der Entstehung von Gesundheit. Sie untersucht also, was den Menschen gesund macht bzw. erhält. Das salutogenetische Gesundheitsmodell beinhaltet die Vorstellung eines Kontinuums mit den Polen Gesundheit bzw. körperliches Wohlempfinden und Krankheit bzw. körperliches Missempfinden. Die Leitfrage ist nun also nicht mehr, ob ein Mensch gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt oder nahe er diesen Endpunkten des Kontinuums jeweils ist. Die Größe, die entscheidet, wie der Mensch sich auf diesem Kontinuum bewegt, bezeichnet Antonovsky als



sog. Kohärenzgefühl. Damit meint er die allgemeine Grundhaltung eines Menschen gegenüber der Welt und dem eigenen Leben sowie die Fähigkeit, vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit zu nutzen.

Quellen:

- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2009): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 6: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. Köln
- Schnabel (2007): Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns. Weinheim, München: Juventa Verlag

3. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Bezug Manuskript: S. 14; Bezug Audio: 19:43

Wie bereits eingangs beschrieben, bezweckt Prävention durch konkrete Maßnahmen die Verhinderung bzw. Verzögerung des Auftretens von Krankheiten. Dabei werden verschiedene Herangehensweisen unterschieden: Die Primärprävention ist das Musterbild der Prävention. Ihr Ziel ist die Verhinderung des Neuauftretens einer Krankheit. Sie setzt somit zeitlich vor dem Auftreten des Ereignisses (Krankheit) an, indem krankmachende Faktoren eingedämmt bzw. ausgeschaltet werden. Die Zielgruppe primärpräventiver Maßnahmen sind gesunde Menschen bzw. Personen ohne Anzeichen einer Krankheit. Beispiele dafür sind Impfungen oder Aufklärungsmaßnahmen zur Prävention von Tabakkonsum.

Die Sekundärprävention zielt auf die Krankheitsfrüherkennung und Krankheitseindämmung sowie auf die Verhinderung der zunehmenden Verschlimmerung einer Krankheit. Mit Hilfe spezieller diagnostischer Maßnahmen kann das Frühstadium einer Krankheit festgestellt und durch therapeutisches Eingreifen dann ein Fortschreiten der Krankheit verhindert werden. Das klassische Beispiel für sekundärpräventive Interventionen sind Früherkennungsuntersuchungen und Screenings, z.B. Darmspiegelung. Adressaten sind Menschen, die gesund oder symptomlos sind, durch die diagnostische Maßnahme aber zu Patienten/Klienten werden.

Die Tertiärprävention setzt an, wenn eine Krankheit bereits ausgeprägt ist. Sie richtet sich dementsprechend an Menschen mit dauerhaften Beeinträchtigungen und beabsichtigt, Auswirkungen abzumildern, Folgeschäden zu vermeiden oder Rückfällen vorzubeugen. An



dieser Stelle ist die Abgrenzung zur medizinisch-therapeutischen Behandlung und Rehabilitation nicht trennscharf. So ist es eine Frage der Perspektive, ob eine Maßnahme als präventives oder kuratives Handeln verstanden wird.

Quellen:

- Hurrelman, Klotz, Haisch (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

4. Verhaltens- und Verhältnisprävention

Bezug Manuskript: S. 6, 10-11; Bezug Audio: 7:54, 14:00, 15:16

Präventionsmaßnahmen unterscheiden sich auch bezüglich ihres Ansatzpunktes. So können sie entweder direkt bei der Person bzw. der Bevölkerungsgruppe oder an der Umwelt, in der die Person lebt, ihren Ausgang nehmen. Durch Verhaltensprävention sollen individuelles Risikoverhalten (z.B. Alkohol- und Tabakkonsum, Bewegungsmangel) verändert und Veränderungsbereitschaft erzeugt werden. Menschen sollen außerdem motiviert werden, medizinisch-technische Maßnahmen wie Impfungen oder Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. Man versucht also, Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand bzw. das individuelle Gesundheitsverhalten zu nehmen. Die Fernsehbeiträge und öffentlichen Plakate zur HIV-Aufklärung, bei denen für die Verwendung von Kondomen geworben wird, sind ein typisches Beispiel für Verhaltensprävention.

Die Verhältnisprävention strebt dagegen die Veränderung der Lebens- und Umweltbedingungen der Menschen an, um damit Einfluss auf den Gesundheitszustand zu nehmen. Dies können beispielsweise die flächendeckende Fluoridierung des Trinkwassers, ergonomische Maßnahmen am Arbeitsplatz, der serienmäßige Einbau von Airbags in Autos oder die gesetzlichen Regelungen zum Verbot gesundheitsschädlicher Stoffe (z.B. Asbest) sein.

Quellen:

- Hurrelman, Klotz, Haisch (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Bundesministerium für Bildung und Forschung: Verhaltensprävention – Was jeder selbst tun kann, Link: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/verhaltenspraevention-was-jeder-selbst-tun-kann.php>



- Bundesministerium für Bildung und Forschung: Verhältnisprävention – Die Bedeutung des Milieus, Link: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/verhaeltnispraevention-die-bedeutung-des-milieus.php>

5. Zielgruppen und Settings von Prävention

Bezug Manuskript: S. 7-10, 12; Bezug Audio: 9:15, 10:16, 11:09, 13:49, 16:23

Die Gestaltung von Maßnahmen der Prävention setzen bei verschiedenen Individuen bzw. Bevölkerungsgruppen oder auch bei unterschiedlichen Settings (Einrichtungen, Handlungsorten) an. Der individuelle Ansatz richtet sich an den einzelnen Menschen oder bei bevölkerungsbezogenen Maßnahmen an einen bestimmten Ausschnitt der Bevölkerung. Zielgruppen können sein:

- Familien,
- Männer und Frauen,
- Migranten,
- Bestimmte Berufsgruppen,
- ältere Menschen.

Im Rahmen des Setting-Ansatzes sind all diejenigen Präventionsmaßnahmen gemeint, die sich statt auf Individuen auf Lebensräume richten, in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Settings werden verstanden als soziale Gemeinschaften, die einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit haben und in denen die Bedingungen zur Entstehung von Gesundheit geformt und beeinflusst werden können. Mögliche Settings sind:

- Schulen,
- Kindergärten,
- Betriebe,
- Städte und Gemeinden,
- Senioreneinrichtungen.

Das in der Sendung beschriebene Forschungsprojekt in 8. Klassen in Baden-Württemberg zur Prävention von Depressionen ist ein Beispiel für den Ansatz der gesundheitsfördernden Schule. Die Schule ist eine wesentliche Einrichtung für Präventionsmaßnahmen, weil alle Kinder und Jugendlichen einer bestimmten Altersgruppe erreicht werden können. Die gesundheitsfördernde Schule macht Gesundheit zu ihrem Thema. In einem Entwicklungsprozess wird ein Umfeld geschaffen, das zu einer Stärkung der



gesundheitsbezogenen Lebendstichtigkeit der Schulerinnen und Schuler beiträgt. So erlernen diese beispielsweise Fähigkeiten, wie man mit negativen Emotionen und Belastungen umgeht. Aber auch die Prävention spezifischer Störungen und Krankheiten stellen einen relevanten Ausgangspunkt für präventive Maßnahmen dar, beispielsweise bezogen auf:

- Ernährungsstörungen (z.B. Bulimie, Magersucht, Übergewicht, Binge Eating)
- Herz-Kreislauf-Krankheiten (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt)
- Krebserkrankungen,
- Diabetes,
- chronische Stressbelastung,
- Infektionskrankheiten (HIV/AIDS, sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose).
- psychische und psychosomatische Krankheiten.

Quellen:

- Hurrelman, Klotz, Haisch (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (2010): Leitfaden Prävention. Link: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011_15702.pdf
- Bertelsmann Stiftung: Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die FüÙe gestellt, Link: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-475CE018-96842B13/bst/Manuskript_Schulische_Gesundheitsfoerderung.pdf

6. Nutzen und Risiken von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

Bezug Manuskript: S. 2, 3; Bezug Audio: 1:59, 2:57, 3:17

Gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, haben alle zwei Jahre Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes. Bei solchen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen kann der Versicherte ohne Anlass teilnehmen, also auch wenn er sich gesund fühlt. Ziel ist es, eine mögliche Erkrankung möglichst frühzeitig zu erkennen, um sie besser behandeln zu können.

Dabei ist jedoch fraglich, was diese Vorsorgeuntersuchungen wirklich bringen. Dänische Forscher haben sich genau dieser Frage gestellt. Sie verglichen in einer Metaanalyse 14



Studien mit insgesamt mehr als 182.000 Teilnehmern mit dem Ziel herauszufinden, ob allgemeine Gesundheitsuntersuchungen (Check-ups) dem Patienten mehr nützen oder Schaden anrichten. Alle diese Studien verglichen, wie sich die Gesundheit von Studienteilnehmern entwickelte, die regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilnahmen, verglichen mit solchen Teilnehmern, die diese Möglichkeit nicht wahrgenommen haben. Das Ergebnis: Die Inanspruchnahme von Gesundheits-Check-ups bringt weniger als erhofft. Das heißt, weder Morbidität noch Mortalität werden durch allgemeine Gesundheitsuntersuchungen reduziert. Zudem stieg die Anzahl der gestellten Diagnosen durch die Check-ups. Die Forscher vermuten, dass die gute Arbeit der Hausärzte den fehlenden positiven Effekt herbeiführt. Scheinbar erkennen Hausärzte frühzeitig die Anzeichen einer Erkrankung, ohne dass der Patient an einem Früherkennungsprogramm teilgenommen hat. Eine weitere Vermutung wäre, dass die Patienten, die am meisten von präventiven Untersuchungen profitieren würden, den Hausarzt erst gar nicht aufsuchen. Ein weiterer Aspekt, der in dem Zusammenhang zum Tragen kommt, ist das Risiko, das jede Untersuchung mit sich bringt. Ein auffälliger Wert beim Check-up hat weitere (möglicherweise unnötige) Untersuchungen und damit Risiken für den Patienten zur Folge. Die dänischen Forscher wollen mit den Ergebnissen ihrer Analyse dennoch nicht bewirken, dass Ärzte aufhören, Tests durchzuführen, wenn sie eine Erkrankung vermuten. Auch die zielgerichtete Vorsorge, beispielsweise die Krebsvorsorge beim Gynäkologen, sei von den Forschungsergebnissen nicht betroffen. Die Auswertung zeigt, dass Nutzen und Risiken von Früherkennungsmaßnahmen sorgfältig gegeneinander abgewogen werden müssen. Dabei ist auch der finanzielle Aspekt von Bedeutung, denn es erscheint wenig sinnvoll, beschwerdefreie Menschen zu einer Rundum-Untersuchung zu ermutigen.

Quellen:

- Studie: Gesundheitschecks bringen nur wenig, Link: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/cochrane-studie-gesundheits-check-up-verlaengert-das-leben-nicht-a-861565.html>
- Regelmäßige Untersuchungen beim Hausarzt: Check-ups lohnen nicht, Link: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/regelmaessige-untersuchungen-beim-hausarzt-check-ups-lohnen-nicht-1.1498498>



7. Einbindung von Prävention und Gesundheitsförderung in die Politik

Bezug Manuskript: S. 4-6; Bezug Audio: 4:18, 5:07, 5:38, 6:31

Die Aufgabe der Politik sollte es sein, die Prävention und Gesundheitsförderung zu einer weiteren Säule des Gesundheitswesens auszugestalten. Die Ausgaben für Prävention entsprechen bislang jedoch nur einem Bruchteil der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist es entscheidend, alle Politikbereiche mit einzubeziehen. So findet man beispielsweise in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO die Voraussetzungen für die Gesundheit: „Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.“ Weiter heißt es: „Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung verdeutlicht werden.“

Betrachtet man die von der WHO hervorgehobenen Voraussetzungen für Gesundheit, so wird klar, dass bei der Gesundheitsförderung nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern auch die allgemeine Sozialpolitik, Bildungspolitik, Familienpolitik, Wirtschaftspolitik, und Verkehrspolitik zu beteiligen sind. Auf EU-Ebene ist die Steigerung gesunder Lebensjahre („healthy life years“) ein erklärtes politisches Ziel. Diese Größe bestimmt, wie viele Jahre ein Mensch ab Geburt wahrscheinlich ohne Aktivitätseinschränkungen leben kann und gilt damit als wichtiger Indikator für die Überwachung von Gesundheit als Wirtschafts- und Produktivitätsfaktor.

Quellen:

- Drei Euro im Jahr erlauben keine großen Sprünge, Link: <http://www.welt.de/sonderthemen/familiengesundheit/article117065674/Drei-Euro-im-Jahr-erlauben-keine-grossen-Spruenge.html>
- WHO: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986 Link: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- Zum Stand der Präventionspolitik, Link: http://www.monitor-versorgungsforschung.de/bilder/open-access/MVF03_11_Caspers.pdf



8. Ausblick

Bezug Manuskript: S. 6; Bezug Audio: 7:43

Seit mehreren Jahren wird in Deutschland versucht, ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen, um präventive und gesundheitsfördernde Leistungen zu stärken. Das in den letzten Legislaturperioden geplante Gesetz konnte aber bisher nicht verabschiedet und damit nicht umgesetzt werden. Die Verabschiedung eines neuen Entwurfs scheiterte kurz vor der Bundestagswahl 2013 im Bundesrat.

Der im aktuellen Koalitionsvertrag entsprechende Abschnitt ist mit der Überschrift „Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund stellen“ betitelt. Die Regierungsparteien wollen noch 2014 ein Präventionsgesetz auf den Weg bringen. Dabei soll insbesondere der Setting-Ansatz in Schulen, Kitas, Betrieben und Pflegeheimen unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger verfolgt werden. Außerdem sollen Länder und Kommunen eng mit diesen Sozialversicherungsträgern kooperieren und Maßnahmen gemeinsam koordinieren. Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) setzt bei der Weiterentwicklung von Prävention auf verschiedene Strategien:

- Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gestalten,
- Prioritäten zur Förderung individueller und gesellschaftlicher Gesundheit festlegen,
- Strukturen und Ressourcen auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen ausbauen sowie
- die Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung sichern, Wirksamkeit fördern und sichtbar machen.

Quellen:

- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, Link: <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>
- Wikipedia „Präventionsgesetz“, Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4ventionsgesetz>
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (2013): Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention, Link: http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg_potenzial%20gesundheit_2013_kurzfassung.pdf



9. Interviewpartner

Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach promovierte im Fach Humanmedizin, hat einen Master-Abschluss im Fach Public Health, ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Lehrstuhlinhaber und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Seit 2010 ist er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und seit 2012 Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Quellen:

- http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/team/mit_gerlach.html

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer ist Professor im Fach Psychologie und derzeit Geschäftsführender Direktor des Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.

Quellen:

- <http://www.mpib-berlin.mpg.de/de/mitarbeiter/gerd-gigerenzer>

Prof. Dr. Alexa Franke ist Psychologin. Seit 1991 hat sie einen Lehrstuhl für Rehabilitationspsychologie an der Fakultät für Rehabilitationswissenschaften der Technischen Universität Dortmund inne. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheitsforschung, Suchtforschung, Psychotherapie bei Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen Störungen und Essstörungen.

Quellen:

- <http://www.dgvt-geschichte.de/Prof-Dr-Alexa-Franke.2420.0.html>

Prof. Dr. Martin Hautzinger ist klinischer Psychologe an der Universität Tübingen. Seine Arbeitsgebiete sind die Depressionsforschung, sowie die Erforschung von Abhängigkeitserkrankungen, Angst- und Belastungsstörungen. Er ist Autor mehrerer Standardwerke im Bereich der Klinischen Psychologie und Verhaltenstherapie.



Quellen:

- http://de.wikipedia.org/wiki/Martin_Hautzinger
- <http://www.pi.uni-tuebingen.de/arbeitsbereiche/klinische-psychologie-und-psychotherapie/arbeitsbereich/martin-hautzinger.html>

Prof. Dr. Christian Haas ist Sportwissenschaftler und Direktor des Instituts für komplexe Gesundheitsforschung der Hochschule Fresenius.

Quellen:

- <http://www.hs-fresenius.de/studium/medical-school/gesundheit-studium/studiengaenge/physiotherapie-bsc/idstein/team-physiotherapie-idstein/>

Dr. Maria Fronius ist Leiterin der Forschungseinheit „Sehstörungen des Kindesalters“ an der Klinik für Augenheilkunde der Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

Quellen:

- http://www.uni-augenklinik-frankfurt.de/ueber_die_klinik/mitarbeiter/-maria_fronius?PHPSESSID=f6d26544c4fb5100a8a735a10e601f2a