



Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention

Stellungnahme

**der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
zu dem am 31. Oktober 2014 zugesandten
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit**

**„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention
(Präventionsgesetz – PräVG)“**

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) begrüßt sehr eine gesetzliche Verankerung der Prävention und Gesundheitsförderung in einem eigenständigen Präventionsgesetz und den vorliegenden Entwurf. Dieser geht über die bisher vorliegenden deutlich hinaus und begegnet vielen der vorherigen Kritikpunkte. Begrüßt wird die Aufnahme der Gesundheitsförderung als Begriff und mit definierten Leistungen.

Wir geben zunächst eine Rückmeldung zu den vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen, an die sich übergreifende Anmerkungen anschließen.

§ 1 Satz 1 Einfügung (Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten)

Die Ergänzung ist konsequent. Der Terminus „gesundheitliche Eigenkompetenz“ ist jedoch zu überprüfen; sprachlich und fachlich korrekter ist Gesundheitskompetenz.

§ 2b Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Die DGSMP begrüßt die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten. Die Umsetzung ist jedoch zu konkretisieren und sollte wissenschaftsbasiert sein. Bislang liegen erprobte Interventionen nur vereinzelt vor. Hier besteht erheblicher Entwicklungs- und Forschungsbedarf.

Neben Gender sind i.S. von Diversity weitere Besonderheiten wie Migrationshintergrund zu berücksichtigen. Für die Prävention und Gesundheitsförderung besonders relevant sind potenziell benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

Der Förderschwerpunkt Präventionsforschung des Bundesforschungsministeriums (2004-2012) verdeutlicht, dass zur Gewinnung sozial benachteiligter Zielgruppen ihre gezielte Adressierung unter Einbindung mehrschrittiger proaktiver Verfahren im jeweiligen Lebensraum, auch unter Einsatz von peers, erforderlich ist. Proaktivität bedeutet, dass Akteure der Prävention von sich aus aktiv und systematisch Zielbevölkerungen zur Teilnahme an Interventionen gewinnen. Diese proaktive, zugehende Vorgehensweise ist in der Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich sicherzustellen. Erkenntnisse darüber, welche gesundheitsbezogenen Effekte mit den unterschiedlichen Zugangswegen verbunden sind, liegen jedoch bislang kaum vor.

§ 20 SGB V Primäre Prävention

Die DGSM befürwortet, Leistungen der primären Prävention und zusätzlich der Gesundheitsförderung als Satzungsleistung der Krankenkassen zu verankern, ebenso die Orientierung an bereits konsentierten, präventionsorientierten Zielen von gesundheitsziele.de, womit diese in ihrer Umsetzung eine stärkere Verbindlichkeit erhalten sollen.

Positiv gesehen wird, dass Leistungen weiterhin dem Ziel der „Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen“ dienen sollen. Ebenso sind die Einbindung interdisziplinärer unabhängiger wissenschaftlicher Expertise bei der Festlegung der Handlungsfelder und Kriterien für individuelle Leistungen (darunter der Einbezug einer wissenschaftlichen Evaluation) und für ein einheitliches Zertifizierungsverfahren positiv zu werten. Begrüßt wird auch die Erhöhung der Ausgaben für individuelle Verhaltensprävention, zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie zur Gesundheitsförderung in Betrieben einschließlich einer definierten Ausgabenzuweisung. Da die Krankenkassen, nachdem sie in den vergangenen Jahren den vorgesehenen Beitrag zunächst überschritten haben, ihre Ausgaben für Prävention wieder reduzierten, wird die tatsächliche Ausgabenerhöhung deutlich wahrnehmbar sein.

Die Gesundheitsziele sind Ergebnis eines konsentierten Prozesses. Vor Nennung der Gesundheitsziele sollte basierend auf der internationalen Wissenslage die Zielsetzung der Prävention und Gesundheitsförderung deutlich gemacht werden: die Reduktion chronischer Krankheit, Verbesserung der Lebensqualität und Förderung der Gesundheit mit einem breiten Spektrum an Maßnahmen. Im Einzelnen sind als Ziele zu nennen: Reduktion von Tabakrauchen, Übergewicht, Sitzen und gesundheitsriskantem Alkoholkonsum, Förderung körperlicher Bewegung und soziale Teilhabe, zu denen die erwähnten Gesundheitsziele Ziele bzw. Teilziele formulieren.

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Erstmals eingeführt und in sich stimmig definiert wird der Begriff der „Lebenswelten“. Der Begriff ruft zugleich Assoziationen zum WHO-Konzept der Gesundheitsförderung hervor, da „Lebenswelt“ vielfach als deutsche Übersetzung von Setting verwendet wird. Der Referentenentwurf bezieht allerdings – entsprechend seiner Definition – auch kurzfristige Kontakte z.B. im Rahmen der medizinischen Versorgung mit ein, womit eher das umgangssprachliche Verständnis von Setting (i.S. von Handlungsort, Einrichtung) zugrunde gelegt wird.

Der § 20 sieht Prävention in Lebenswelten vor, „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ (§ 20a, Abs.1) und „[...] zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ (§ 20a, Abs.2). Dieses entspricht den Zielen der Gesundheitsförderung nach der WHO und partiell der in § 20 Abs. 1 vorgelegten Definition von Gesundheitsförderung. Empfohlen werden eine Harmonisierung der Begrifflichkeiten und damit die Verwendung von „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“.

Die Aufwertung der **BZgA** und ihre für diese Aufgaben notwendige finanzielle Besserstellung sind zu begrüßen. Diese sollte sich jedoch nicht nur auf die Lebensweltbezogene Prävention/Gesundheitsförderung begrenzen. Die DGSMG geht davon aus, dass das vom BMG vorgeschlagene Konstrukt der Beauftragung einer staatlichen Institution, hier der BZgA als Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, durch die GKV aufsichtsrechtlich stimmig ist. Allerdings stellt sich die Frage, ob und inwieweit der SpiBu alleiniger Auftraggeber sein kann und sollte. Das derzeit implizierte hierarchische Gefälle mit der BZgA als Auftragnehmerin des SpiBu wird der in der BZgA vorliegenden gebündelten Kompetenz und jahrzehntelangen Expertise sowie ihrer internationalen und nationalen Vernetzung nicht gerecht. Das Gesetz muss klarstellen, dass die BZgA ihre Expertise nicht als abhängige Auftragnehmerin, sondern als unabhängige Gutachterin zur Verfügung stellt.

Im Gesetz sollten zentrale Aufgaben der BZgA als Geschäftsstelle der Nationalen Präventionskonferenz benannt werden. Hierzu gehört die Qualitätssicherung und -entwicklung. Die BZgA weist auf diesem Feld eine langjährige Expertise auf und ist derzeit an ihrer Entwicklung in den Ländern federführend beteiligt. Eine zentrale und bislang in Deutschland im Feld der primären Prävention und Gesundheitsförderung nicht ausgefüllte Aufgabe ist ihre Evidenzbasierung und die Bündelung entsprechender Erkenntnisse. Diese Aufgabe sollte prioritär bei der BZgA liegen. Für eine nachhaltige wissenschaftsbasierte Entwicklung und Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten ist ein kontinuierlicher Austausch zwischen Wissenschaft, Akteuren in unterschiedlichen Bereichen und der Politik erforderlich. Hierzu liegen vielfältige Erfahrungen und Kompetenzen bei der BZgA vor, u.a. im Rahmen des BMBF-Meta-Projektes „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“.

Wie auch bei der Ausgestaltung der individuellen Prävention sollte in § 20a die **unabhängige wissenschaftliche Expertise einbezogen** werden und die Leistungen kriterienbasiert erfolgen.

Zur Umsetzung der Prävention in Lebenswelten sind analog zur Bundesebene **verbindliche Vereinbarungen auf Landesebene** zu treffen.

Prävention und Gesundheitsförderung werden bisher regional in höchst unterschiedlicher Qualität umgesetzt. Neben einer zentralen Zuständigkeitsverlagerung auf die BZgA sollte daher sichergestellt werden, dass bewährte Strukturen auf der Ebene der Länder und Kommunen ebenfalls einbezogen werden, um vor Ort Qualität zu sichern. Aus diesem Grund soll die Beteiligung solcher Akteure gesetzlich als Förderkriterium verankert werden. Von besonderer Bedeutung für die Durchführung von Maßnahmen vor Ort sind einerseits ihre Orientierung am dortigen Bedarf, andererseits ihre Koordinierung sowie die Einbindung verschiedener jeweils relevanter lokaler Akteure.

Bedarfsorientierung entsteht nicht allein durch die Orientierung an übergeordneten, konsentierten Zielkatalogen. Aufgrund der großen Unterschiedlichkeit der Räume innerhalb Deutschlands können spezifische Gesundheitsprobleme, Zielgruppen und Lebenswelten nur durch Berücksichtigung der gesundheitlichen und sozialen Lage vor Ort identifiziert werden. Förderfähige Maßnahmen sollten daher auf einer kleinräumigen Gesundheits- und Sozialberichterstattung begründet sein.

Vielerorts haben sich kleinräumige Koordinationsstrukturen entwickelt (z.B. kommunale Gesundheitskonferenzen), die eine Bündelung lokaler Expertise und dadurch höhere Zielgenauigkeit ermöglichen. In diesen Strukturen ist häufig die Schnittstelle Gesundheit-Soziales etabliert, sie fördern trägerübergreifendes Handeln, Partizipation (da häufig Betroffene in die Entscheidungsprozesse eingebunden sind) und Capacity Building. Diese Strukturen müssen synergistisch vor Ort genutzt und aufgenommen werden.

Die DGSMP befürwortet den weiteren Ausbau der **betrieblichen Gesundheitsförderung** sowie die explizite Einbindung der Betriebsärzte. Begrüßt wird ebenfalls die Beratung und Unterstützung von Unternehmen unter Nutzung gemeinsamer Koordinierungsstellen.

Die bereits bestehende gesetzliche **Zusammenbindung der GKV und der GU** sollte weiter geführt und vertieft werden. Besonders unter dem Aspekt der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der älteren Arbeitnehmer/innen ist analog eine gesetzliche Zusammenbindung der GKV mit der GRV mit dem Ziel einer Weiterentwicklung und Verzahnung der Angebote geboten.

Ebenso sind die **Arbeitsförderung (SGB III) und das SGB V** gesetzlich miteinander zu verbinden. Zwischen der GKV und der Bundesagentur für Arbeit besteht bereits eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit, die auf eine gesetzliche Grundlage gestellt werden sollte. Dieses ist besonders vor dem Hintergrund der hohen gesundheitlichen Risiken besonders bei (Langzeit-)Arbeitslosen geboten.

§ 20d Nationale Präventionsstrategie

Die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie wird von der DGSMP begrüßt. Positiv hervorzuheben ist der Einzug von vier Ministerien auf Bundesebene sowie weiterer wesentlicher Einrichtungen wie der Bundesagentur für Arbeit. Einbezogen werden sollte auch die GVG.

Die Einrichtung einer Geschäftsstelle bei der BZgA wird begrüßt, ebenso die Beauftragung der BVPG mit der Durchführung des Präventionsforums (§20e Abs. 2 Satz 3).

Die Präventionsstrategie sollte eine Verständigung auf wenige zentrale Handlungsfelder beinhalten, die über einen langen Zeitraum mit einer einheitlichen Strategie verfolgt werden. Die Weiterentwicklung der Präventionsstrategie muss auch die Weiterentwicklung der Gesundheitsziele umfassen.

Unabhängig von der Aufgabe als Geschäftsstelle sollte die BZgA als von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Institution in o.g. Sinne als Nationales Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung ausgebaut werden.

Der Entwurf sieht zu Recht die Erstellung eines **Präventionsberichtes** vor. Dieser sollte neben den aufgeführten Inhalten auch weitere Maßnahmen zu Erhalt und Förderung der Gesundheit einbeziehen wie das geriatrische Basisassessment in der Primärversorgung sowie die (geriatrische) Rehabilitation, zu der immer noch keine Informationen bezüglich ihrer Inanspruchnahme vorliegen (s. Änderungen zum SGB XI). Die Geschäftsstelle sollte hierzu einen Entwurf für den Präventionsbericht vorbereiten. Der Präventionsbericht sollte unter Beteiligung der epidemiologischen Expertise des RKI und seiner Daten hinsichtlich der Entwicklung prävenierbarer chronischer Krankheiten erstellt werden.

Die DGSMP weist darauf hin, dass in die Beratung der Nationalen Präventionskonferenz (Präventionsforum) **wissenschaftliche Fachgesellschaften einzubinden** und im Gesetz zu benennen sind.

§ 20g Modellvorhaben

Die DGSMP begrüßt die Einführung von Modellvorhaben zur Prävention in Lebenswelten. Ergänzt werden sollte hier der Begriff Gesundheitsförderung.

Modellvorhaben sind an definierte Maßnahmen gebunden. Um unabhängig davon relevante Erkenntnisse zur Prävention und Gesundheitsförderung zu gewinnen, schlägt die DGSMP die Förderung von Forschung vor, wie sie auch im SGB VII gegeben ist (§ 14 SGB VII).

§ 25 Gesundheitsuntersuchungen

Die DGSMP begrüßt die Neufassung des § 25 und die Überarbeitung des früheren **Check-up35** (analog zur Krebsfrüherkennung).

Die DGSMP geht davon aus, dass – analog zum KFRG – Altersgrenzen und Intervalle für eine nach Zielgruppen differenzierte Prävention entsprechend evidenzbasiert festgelegt werden. Diese setzen einen Mechanismus der Ex-ante (und Ex-post)-Bewertung von Präventionsmaßnahmen voraus, ansonsten besteht die Gefahr einer ungeordneten Medikalisation.

Sehr begrüßt wird auch die Stärkung der **ärztlichen Prävention** einschließlich der Möglichkeit, entsprechende Präventionsempfehlungen zu geben. Mit der Stärkung der ärztlichen Prävention einhergehen muss eine Transparenz über die Angebote vor Ort.

Für die Prävention in der Arztpraxis liegen bereits in Deutschland evaluierte Präventionsinstrumente vor, die in die medizinische Versorgung mit Festlegung entsprechender Vergütungen eingebracht werden sollten. In den vergangenen Jahren eingeführte Instrumente wie das Rezept für Bewegung sollten weiter evaluiert und entwickelt werden.

Prävention durch den Arzt setzt eine entsprechende Qualifizierung voraus, die derzeit noch nicht hinreichend gegeben ist. Der Ausbau der ärztlichen Prävention erfordert deshalb auch eine verstärkte Fortbildung. Die Präventivmedizin ist als Fach in den Medizinischen Fakultäten weiterzuentwickeln oder als Teil der Sozialmedizin auszubauen.

Im Rahmen des KFRG (2013) wurde beim organisierten Screening die **informierte Entscheidung** mit der Information über Nutzen und Risiken einer Krebsfrüherkennung aufgenommen (§25a Absatz1 Ziffer 2 SGB V). Entsprechender Informationsbedarf besteht auch bei dem opportunistischen Screening gesetzlich verankerter Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung und bei den nicht gesetzlich verankerten IgeLeistungen. In beiden Bereichen sollte eine ausgewogene Information verpflichtend sein. § 630e BGB in der Fassung des PatRG gilt auch für diese Angebote.

Ergänzend zur Modifikation des § 25 SGB V schlägt die DGSMP eine Überarbeitung des **geriatrischen Basisassessments** vor, das derzeit nur unzureichend angewandt wird.

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Die DGSMP begrüßt die Erweiterung der bestehenden sog. U-Untersuchungen sowie die Einbindung einer präventionsorientierten Beratung.

§ 65a SGB V Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Die DGSMP begrüßt prinzipiell eine Bonifizierung und einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.

Die Umsetzung ist allerdings sehr kritisch.

Mit dem KFRG (2013) ist ein Paradigmenwechsel in der Krankheitsfrüherkennung verbunden. Die Einführung der informierten Entscheidung mit der Information über Nutzen und Risiken beinhaltet auch die zu respektierende Möglichkeit einer Nichtteilnahme. Auch wenn der Gesetzgeber i.S. einer bevölkerungsmedizinisch wünschenswerten Teilnahme von einer ‚informierten Inanspruchnahme‘ spricht, darf eine Nichtteilnahme nicht sanktioniert werden. Die Krebsfrüherkennung und (zukünftig) ggf. weitere, hinsichtlich ihrer Evidenz nicht eindeutige Maßnahmen dürfen deshalb nicht in eine Bonifizierung einbezogen werden.

Eine Geldleistung kann möglicherweise auch bloß kurzfristige Veränderungen verstärken, die Anstrengungen sollten jedoch vermehrt auf die Nachhaltigkeit von Effekten gelegt werden.

Finanzielle Anreize als Mittel einzusetzen, führt die Idee der Eigenverantwortung ad absurdum. Der Terminus Eigenverantwortung impliziert Selbstbestimmung und autonome Entscheidung; diese werden auch durch eine positive Sanktionierung bestimmter Verhaltensweisen grundsätzlich geschwächt. Deswegen muss die Bonus-Regelung in ihren praktischen Auswirkungen evaluiert werden.

§ 132f Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Die DGSMP begrüßt die eingefügten Ergänzungen.

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Die DGSMP begrüßt die Einbindung der Rentenversicherung in die nationale Präventionsstrategie.

Mit der gesetzlichen Verankerung der Prävention in der Rehabilitation (SGB IX) hat sich besonders die Rentenversicherung in den vergangenen Jahren (in Projekten) vermehrt der frühzeitigen Vermeidung chronischer Krankheiten insbesondere im betrieblichen Umfeld zugewandt. Diese Entwicklung sollte mit dem Präventionsgesetz aufgegriffen und weiter verstärkt werden.

Für die Nachhaltigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen ist die Aufrechterhaltung verhaltensbezogener Maßnahmen zentral. Hier bestehen bereits Ansätze mit der Inanspruchnahme nach § 20 SGB V, die weiter ausgebaut werden sollten.

Die DGSMP empfiehlt deshalb eine gesetzliche Zusammenbindung der Sozialversicherungen analog der GKV-GUV zwischen der GKV-GRV aus (1) im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, (2) der individuellen Präventionsmaßnahmen.

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Die DGSMP begrüßt die verstärkte Einbindung der sozialen Pflegeversicherung in die Prävention und Gesundheitsförderung. Positiv hervorgehoben werden insbesondere die Einführung eines Pflichtbeitrages sowie die Erweiterung der Empfehlungen um Prävention.

Die DGSMP merkt an, dass der Betrag von 0,30 € zwar gering ist, sieht diesen aber als Einstieg an, die Pflege vermehrt präventiv auszurichten. Hier besteht ein erheblicher Bedarf an der Entwicklung und Implementation entsprechender Qualifikationen, Strukturen und Maßnahmen.

Begrüßt wird, dass die Pflegekassen auf die Durchführung einer (medizinischen) Rehabilitation von Pflegebedürftigkeit hinwirken (§ 5 Abs. 49) und Leistungen der Rehabilitation auch nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit einsetzen sollen (§ 18a). Bislang wird die geriatrische Rehabilitation insbesondere als ambulante Maßnahme eher selten durchgeführt. Der G-BA sollte auch zur geriatrischen Rehabilitation Richtlinien nach SGB V, § 92 Abs. 1 erlassen.

Änderung der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der kassenbezogenen Prävention bei älteren Menschen und sozial Benachteiligten steht derzeit der weiterhin bestehende Wettbewerb der Kassen um „gesunde Risiken“ entgegen, der durch den derzeitigen MorbiRSA nicht völlig verhindert wird.

Die DGSMP begrüßt ausdrücklich den vorliegenden Entwurf zum Präventionsgesetz und sieht diesen als einen wesentlichen Schritt zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung an. Wir möchten neben den aufgeführten Aspekten auf Begrenzungen des Gesetzentwurfes hinweisen.

Prävention dient besonders der Senkung der Häufigkeit von Krankheiten und Todesursachen, die auf Tabakrauchen, riskanten Alkoholkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel rückführbar sind. Nach dem internationalen Stand des Wissens kann dieses Ziel annähernd nur durch eine umfassende Prävention (und Gesundheitsförderung) erreicht werden. Diese Voraussetzungen erfüllt der vorliegende Entwurf nicht. Wenn Effekte der im aktuellen Gesetzentwurf beabsichtigten Maßnahmen entstehen, werden sie gering bleiben. Prävention muss nach dem internationalen Stand des Wissens umfassend sein hinsichtlich der Zielbevölkerungen, der Interventionen und der Ergebnisse. Zielbevölkerungen müssen – bei prioritärer Adressierung der Bevölkerungen mit niedrigem sozioökonomischem Status – bedarfsgerecht nach sozialen und risikofaktoren-bezogenen Kriterien gewählt werden, so dass die Gesamtbevölkerung mit Prävention versorgt ist. Alle Altersgruppen sind einzubeziehen. Interventionen müssen ein breites Spektrum aufeinander abgestimmter Maßnahmen umfassen. Dazu gehören erstens unbedingt gesetzliche Regelungen, u. a. Regelungen zum Schutz von Bürgerinnen und Bürgern vor Tabakrauch, Alkohol und gesundheitsabträglichen Nahrungsmitteln, preispolitische Maßnahmen, Jugendschutz, Schutz unbeteiligter Menschen, etwa wie im Nichtraucher-schutzgesetz, gesetzliche Regelungen zur Werbung. Zweitens sind umweltgestalterische Maßnahmen vorzusehen: Maßnahmen, die öffentliche Räume z. B. bewegungsförderlich und rauchfrei gestalten lassen. Drittens sind gesetzgeberische Maßnahmen, die auf sozialen Ausgleich in der Bundesrepublik zielen, aus Präventionssicht zu unterstützen. Finanzielle Ressourcen für Prävention müssen die Entwicklung, Realisierung und Aufrechterhaltung von Präventionsmaßnahmen unterstützen. Ergebnisse müssen Senkungen der verhaltensbezogenen

Risikofaktoren und Reduktion chronischer Krankheiten (verhaltensbezogene Morbidität) und Todesfälle (verhaltensbezogene Mortalität) umfassen.

Die Gestaltung der Prävention in der Bundesrepublik Deutschland erfordert eine demokratisch legitimierte Struktur, mit der die Akteure in die Lage gesetzt werden, präventive Maßnahmenprogramme rasch und effizient in die Realität umzusetzen und zu überprüfen. Dies lässt die Zentrierung auf die Leistungsträger im aktuellen Gesetzentwurf nicht erwarten. Die Fokussierung auf die Leistungsträger im Gesundheitswesen bei der Nationalen Präventionsstrategie lässt nicht erwarten, dass international evidenzbasierte Präventionsleistungen nach wissenschaftlichen Kriterien rasch umgesetzt werden. Ein wissenschaftlicher Beirat ist zu schaffen und die Evidenz bereitzustellen. Erforderlich ist darüber hinaus eine vermehrte wissenschaftliche Forschung zur Prävention und Gesundheitsförderung, die neben zentralen Aspekten des Zugangs und der Wirksamkeit auch Fragen der Implementation, des Transfers und der Nachhaltigkeit untersucht.

Prof. Dr. Ulla Walter, geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Dr. Gert von Mittelstaedt, Präsident

Prof. Dr. Julika Loss, Vizepräsidentin

Prof. Dr. Bernt-Peter Robra, Past-Präsident

Prof. Dr. Ulrich John, Sprecher des Fachbereichs III, Prävention und Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Bertram Szagun, Sprecher des Fachbereichs IV, öffentlicher Gesundheitsdienst Public Health

für die DGSMMP

Hannover, 20.11.2014