

Präventionsmöglichkeiten

Kapitelinhalt: Dieses Kapitel spannt den Rahmen von der Definition von Prävention und Gesundheitsförderung zum konkreten präventiven Nutzen regelmäßiger sportlicher Aktivität. Die Präventionssequenz von van Mechelen wird vorgestellt. Weiterhin werden kurz die Evidenz-basierten Kriterien für klinische Studien thematisiert. Die Steigerung der Be-

wegungssicherheit und die Sturzprävention stehen im Mittelpunkt des Balancetrainings in diesem Kapitel.

Grad der Studienlage des Balancetrainings: Derzeit nur wenig randomisiert-kontrollierte Studien, überwiegend Kohortenstudien sowie Expertenmeinung, weitere Studien nötig.

1.1 Definitionen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Häufig werden die Begriffe **Prävention und Gesundheitsförderung** in ähnlichem Sinne angewendet, dennoch unterscheiden sich diese beiden Begriffe trotz des gemeinsamen Zieles der Intervention, sowohl individuell als auch kollektiv einen Gesundheitsgewinn zu erzielen [Froom et al., 2000].

Krankheitsprävention: Das wesentliche Ziel ist die Vermeidung des Auftretens von Krankheiten. Dies ist verbunden mit einer Verringerung ihrer Ausbreitung und der Verminderung der Auswirkungen auf das Individuum. Es handelt sich im Wesentlichen um eine Vermeidungsstrategie mit Zurück-

drängen der die Krankheit auslösenden Faktoren. Bei der Krankheitsprävention geht es darum, einer Krankheit oder Verletzung zuvorzukommen, beruhend auf einer Zukunftsprognose, bei der die Eintrittswahrscheinlichkeit der Krankheit oder Verletzung angegeben werden kann, z.B. vordere Kreuzbandverletzung beim Fußball oder Herzinfarkt.

Demnach setzt die Krankheits- und Verletzungsprävention Kenntnisse über die Auftretenswahrscheinlichkeit des unerwünschten Ereignisses Krankheit bzw. Verletzung voraus. Nur in Kenntnis der „üblichen“ Verletzungs- bzw. Krankheits-

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Interventionszeitpunkt	gesunder Mensch, vor Eintreten der Krankheit/Verletzung	bereits erkrankter/verletzter Patient	nach Manifestation/Akutbehandlung einer Krankheit/Verletzung
Interventionsziel	Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheit/Verletzung	Verringerung der Erkrankungs-/Verletzungsschwere, Abwendung einer Chronifizierung	Verhinderung von Folgeschäden oder erneuter Krankheit/Verletzung als Rezidiv
Zielperson	alle gesunden Menschen	bereits erkrankte/verletzte Menschen	alle Patienten mit chronischer Krankheit/Verletzung

Tab. 1.1: Aufgaben und Ziele der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Hurrelmann et al., 2014)

rate kann die „präventive Potenz“ einer Intervention anhand von Zahlen der Risikoreduktion nachgewiesen werden.

Die Krankheitsprävention entwickelte sich im 19. Jahrhundert aus der **Sozialmedizin**, wo es im Rahmen der Debatte um die soziale Hygiene und die Volksgesundheit zur ersten sinnhaften Verwendung des Begriffes Prävention kam. Bezüglich des Zeitpunktes von Präventionsmaßnahmen unterscheidet man die Primärprävention von der Sekundär- und Tertiärprävention (Tab 1.1).

Gesundheitsförderung (Health Promotion):

Das wesentliche Ziel ist die Gesundheit durch gezielte Promotionsstrategien zu erhöhen. Es geht um die Stärkung der Gesundheit, um die Verbesserung der Lebensbedingungen des Einzelnen. **Schutzfaktoren** und **Gesundheitsressourcen** sollen gestärkt und gefördert werden. Ziel ist es daher, so früh wie möglich die Gesundheit zu stärken, um Schaden so früh wie möglich abzuwenden, wie beispielsweise durch

ein gezieltes Balancetraining bei Kinderfußballern zur Erhöhung der koordinativen Fähigkeiten.

Die Gesundheitsförderung als Begriff ist wesentlich jünger als die Prävention. So erfolgte die Etablierung des Begriffs „Gesundheitsförderung“ 1986 auf einer Konferenz der **Weltgesundheitsorganisation (WHO)**. Sie unterstellt eine bestimmte dynamische Abfolge von Gesundheitsstadien [McKenzie et al., 1997].

Um die epidemiologischen Erkenntnisse, beispielsweise die Verletzungshäufigkeit im Fußball, mit präventiven Maßnahmen in Zusammenhang zu bringen kann eine vierstufige Präventionssequenz Anwendung finden [van Mechelen et al., 1992; Abb. 1.1].

An erster Stelle steht die Bestimmung des Ausmaßes des Verletzungsproblems mit Häufigkeit und Schweregrad der Verletzungen. Dieses kann durch epidemiologische Studien erfasst werden. Idealerweise werden die Verletzungsraten in vergleichbarer Größenordnung angege-

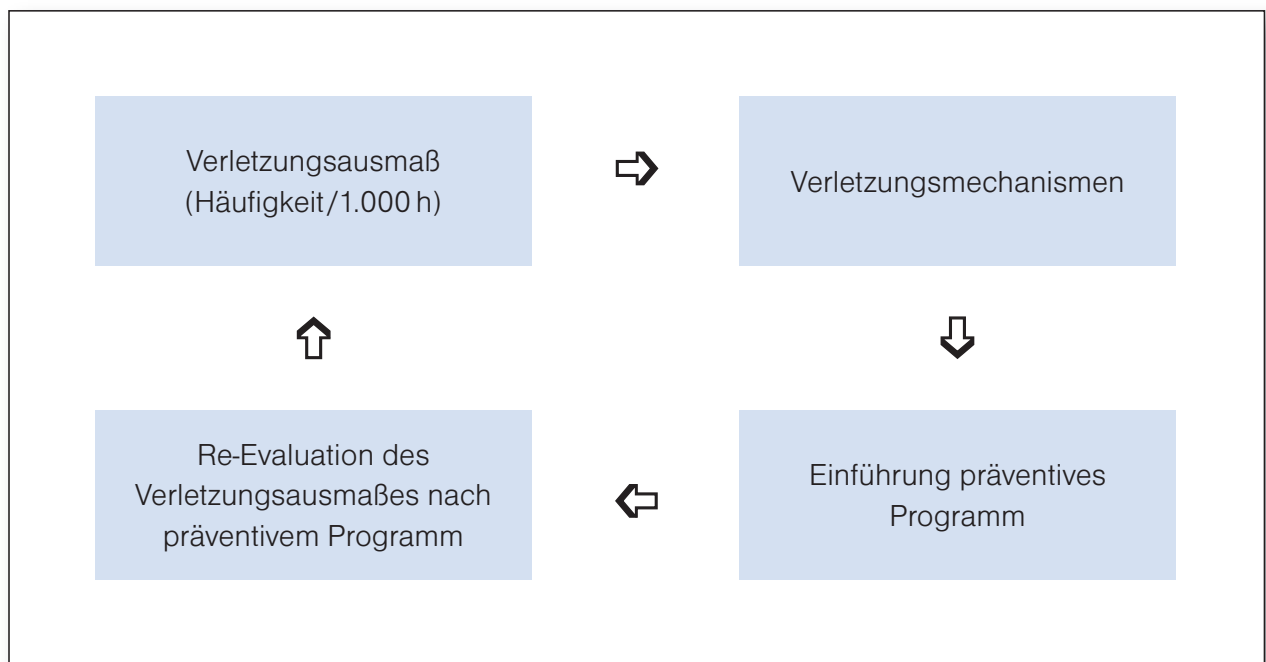


Abb. 1.1: Präventionssequenz nach **van Mechelen** [van Mechelen et al., 1992] mit sportepidemiologischen Daten an erster Stelle, Analyse der Verletzungsmechanismen an zweiter Stelle mit darauf aufbauender Entwicklung eines zielgerichteten Präventionsprogramms und Überprüfung des Programms in der Sportpraxis.

ben mit den Verletzungsraten pro 1000 h Exposition im Fußball [Fuller et al., 2006]. Basierend auf dieser epidemiologischen Datenerfassung folgt in der zweiten Stufe die sportartspezifische Analyse der Verletzungsmechanismen, worauf eine Hypothese für ein Präventionsprogramm entwickelt werden kann. Dieses präventive Programm bzw. die präventive Maßnahme wird im

dritten Schritt implementiert und im vierten Schritt die Verletzungsanalyse mit Verletzungsraten pro 1000 h Exposition analysiert, wobei man wieder am ersten Punkt ankommt, um die Verletzungen zu analysieren und die Effektivität des präventiven Programms zu beurteilen. Dieses Schema verdeutlicht den derzeitigen Handlungs- und Studienablauf [Knobloch, 2008].

1.2 Evidenz-basierte Medizin und medizinische Studien

Evidenz-basierte Medizin (Evidence based Medicine; **EbM**) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Insofern spielt sie insbesondere auch eine ganz er-

hebliche Rolle im Hinblick auf das Balancetraining, das Gegenstand dieses Buches ist.

Unter Evidenz-basierter Medizin oder Evidenz-basierter Praxis (Evidence based Practice) im engeren Sinne versteht man eine Vorgehensweise des medizinischen Handelns, um indivi-