

**Manual**  
**zur**  
**onkologischen Prävention**  
**im deutschen**  
**Gesundheitswesen**

Verständnis von Prävention und  
aktuelle Aktivitäten

März 2021

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>I. Verständnis der Prävention.....</b>	<b>3</b>
<b>Definition.....</b>	<b>3</b>
<b>Ökonomische und nicht ökonomische Endpunkte .....</b>	<b>4</b>
<b>Kenntnisse über Risiken als Voraussetzung.....</b>	<b>4</b>
<b>Präventionsarten .....</b>	<b>4</b>
• <b>Prävention entlang des Krankheitsverlaufs .....</b>	<b>4</b>
• <b>Prävention nach Spezifikation.....</b>	<b>5</b>
• <b>Prävention nach Kontextbezug (Verhalten und Verhältnisse).....</b>	<b>5</b>
• <b>Prävention nach Interventionsebene .....</b>	<b>5</b>
<b>Ansatzpunkte sinnvoll verknüpfen.....</b>	<b>6</b>
<b>Impact von Prävention auf die Gesundheit (Public Health Impact) .....</b>	<b>7</b>
<b>Gesundheitskompetenz als essentielle Komponente .....</b>	<b>7</b>
<b>II. Aktivitäten zur onkologischen Prävention im deutschen Gesundheitswesen.....</b>	<b>8</b>
• <b>Der Nationaler Krebsplan (NKP) als zentrales Koordinierungsprogramm .....</b>	<b>8</b>
• <b>Präventionsgesetz (PrävG) und Nationale Präventionskonferenz (NPK).....</b>	<b>8</b>
• <b>Allianz für Gesundheitskompetenz .....</b>	<b>9</b>
• <b>Nationale Dekade gegen Krebs als Ergänzung des NKP seitens der Forschung .....</b>	<b>9</b>
<b>III. Zukünftige Ausrichtung der onkologischen Prävention.....</b>	<b>10</b>
• <b>Weiterführung der Forschung.....</b>	<b>10</b>
• <b>Evidenzbasierte Informations- und Schulungsinitiativen für relevante Akteure... </b>	<b>10</b>
• <b>Netzwerkbildung und zunehmende Vernetzung.....</b>	<b>10</b>
<b>Fazit.....</b>	<b>11</b>
<b>Literatur.....</b>	<b>12</b>

## Einleitung

Das Dokument greift den Status Quo aktueller Ansätze der onkologischen Prävention in der Gesundheitsversorgung auf (I) und legt dar, wie diese im deutschen Gesundheitswesen abgebildet werden (II). Daraus ergeben sich für Akteure in der präventiv ausgerichteten onkologischen Versorgung zukünftige Handlungsfelder (III).

## I. Verständnis der Prävention

Die Nutzung unterschiedlichster Begriffe, wie Prophylaxe, Vorbeugung, Vorsorge, Gesundheitsförderung und Prävention, werden im Prinzip für ein und dieselbe Ausrichtung, nämlich die Vermeidung von Krankheiten bzw. deren Fortschreiten genutzt. Sie führen allerdings in unserem Gesundheitssystem, gemäß ihrer Auslegung und Nutzung zu unterschiedlichsten Verständnissen in ihren Begrifflichkeiten.

### Definition

(Krankheits-)Prävention ist ein Oberbegriff für Maßnahmen, die darauf abzielen, das Auftreten und Verbreiten von Krankheiten sowie die damit verbundenen Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität einer Gesellschaft zu vermindern (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010). Hauptansatzpunkt der Prävention ist das Zurückdrängen oder Ausschalten von Krankheitsursachen bzw. die Verhinderung von gefährdenden Expositionen (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2009). Hierdurch soll die Verlaufsdynamik zukünftiger Ereignisse, beeinflusst werden.

Der mit am häufigsten genutzten Begriff, neben der Prävention, ist die „Vorsorge“. Dabei handelt es sich juristisch um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Er ist nicht gesetzlich definiert, sondern nur durch Auslegung zu ermitteln. Der Begriff findet sich in der Bedarfsdeckung des täglichen Lebens („Daseinsvorsorge“: Dienste von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse, die der Staat als „Gewährleistender“ bereitstellt), der finanziellen Absicherung für das Alter („Altersvorsorge“, § 33 SGB XII; Beiträge für eine Kapital gerechtere Altersvorsorge, lebenslange Leibrente) sowie in der Versicherung gegen Risiken der Krankheit als Absicherung im Fall von Erkrankungen. Vorsorgeaufwand ist entsprechend der Aufwand für eine Absicherung gegen künftige Risiken (Versicherungsprinzip).

Auch im Bereich der medizinischen Versorgung finden sich präventive Maßnahmen vielfach unter dem Begriff der „Vorsorge“ wieder. Insbesondere in der Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin ist dieser Begriff in der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) gesetzlich verankert. In der ArbMedVV werden u.a. betriebsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen auch auf Krebs, als Umschreibung verschiedener Krebsfrüherkennungsuntersuchungen genutzt.

Das 1971 bundesweit eingeführte Krebsfrüherkennungsuntersuchungsprogramm wurde zur damaligen Zeit als „Vorsorgeprogramm“ eingeführt, mit dem Ziel der Vorverlegung des Diagnosezeitpunktes und der hiermit verbundenen Lebensqualitätsverbesserung. Die Nutzer\*innen interpretierten häufig diese Vorsorgeuntersuchungen, im Sinne des oben genannten Versicherungsprinzips. Vorsorge im Sinne einer „Absicherung“ ist nicht Aufgabe

der Krebsprävention und kann in diesem Sinne medizinisch nicht geleistet werden, so dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seitdem in seinen Richtlinien nur noch von Prävention bzw. Früherkennungsuntersuchung spricht.

Um Missverständnissen vorzubeugen und bezüglich der Benennung von Präventionsmaßnahmen eindeutig zu sein, sollte auf die Verwendung des Begriffs „Vorsorge“ im Zusammenhang mit Prävention verzichtet werden.

### **Ökonomische und nicht ökonomische Endpunkte**

Neben der Vermeidung, Abschwächung und zeitlichen Verschiebung von Mortalität und Morbidität und den sich daraus ergebenden Einbußen an Lebensqualität und Teilhabe, zielt Prävention auch auf die Vermeidung, Verringerung oder zeitliche Verschiebung von direkten Krankheitskosten (Kuration, Rehabilitation, Sozialversicherung) sowie indirekten Krankheitskosten (reduzierte Produktivität, Wohlfahrtsverluste) ab.

### **Kenntnisse über Risiken als Voraussetzung**

Prävention steht in einem direkten Zusammenhang mit einer Zielerkrankung und impliziert, dass diese spezifische Ursachen hat, die durch spezifische Maßnahmen verhindert werden können (Faltermaier, 2017). Voraussetzung für effektive Prävention sind wissenschaftliche und praktische Kenntnisse um die pathogenetische Dynamik, also um die unterschiedlichen (auch symptomlosen) Entwicklungsstufen und Verlaufsstadien des Krankheitsgeschehens, sowohl populationsbezogen als auch auf individueller Ebene unter Berücksichtigung von Risikoprofilen (Hurrelmann et al., 2009).

### **Präventionsarten**

Je nach Ausgangssituation können Präventionsmaßnahmen entlang unterschiedlicher Dimensionen eingeteilt werden. Die verschiedenen Ansatzpunkte, Dimensionen sowie die Einteilung innerhalb dieser sind dabei fließend und als Komplementäre zu betrachten.

#### **• Prävention entlang des Krankheitsverlaufs**

Prävention verfolgt gestufte Ziele, die entlang der Entwicklungsstufen einer Zielerkrankung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterschieden werden können. Die primäre Prävention richtet sich an gesunde Menschen oder (Teil-)Populationen, bzw. an Personen ohne manifeste Symptomatik (Hurrelmann et al., 2009; Rosenbrock & Michel, 2007). Sie dient der Gesunderhaltung bzw. der Verhinderung des Neuauftretens einer (chronischen) Erkrankung und damit der Reduktion der Inzidenz von Krankheiten (Kollenda & Ratje, 2013; Rosenbrock & Michel, 2007).

Die sekundäre Prävention zielt auf die Entdeckung des (klinisch symptomlosen) Anfangsstadiums einer Erkrankung ab, deren Fortschreiten durch diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen vermieden bzw. abgemildert werden kann (Hurrelmann et al., 2009; Rosenbrock & Michel, 2007). Sie richtet sich ähnlich wie die primäre Prävention vor allem an symptomfreie Menschen bzw. Menschen, die sich bezüglich der Zielerkrankung gesund fühlen.

Die tertiäre Prävention richtet sich an Menschen mit manifestierter Krankheit oder Leiden und hat das Ziel der Vermeidung oder Linderung daraus resultierender Funktionseinbußen (Rosenbrock & Michel, 2007). Diese Einteilung entspricht dem ‚Triadischen

Strukturmodell'. Darüber hinaus soll die primordiale Prävention, die noch vor der primären Prävention ansetzt, die Entstehung von gesellschaftlichen Risikofaktoren verhindern. Ineffiziente und nicht notwendige Maßnahmen sollten reduziert werden.

- **Prävention nach Spezifikation**

Eine andere Schwerpunktsetzung richtet sich nach dem Erkrankungsrisiko bzw. dem Maß der Gefährdung. Traditionell vor allem im Bereich der Gemeindepsychiatrie, Suchthilfe und Suchtprävention verankert, gewinnt das ‚Triadische Spezifikationsmodell‘ auch allgemein in der Prävention an Bedeutung. Dabei wird zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden. Die universelle Prävention zielt auf die Gesamtbevölkerung bzw. große Teilpopulationen ab mit Maßnahmen die allgemein als nützlich oder notwendig erachtet werden. Die zielgruppenspezifische oder selektive Prävention richtet sich an bestimmte Segmente der Bevölkerung mit vermuteten bzw. überdurchschnittlichem Erkrankungsrisiko, wobei die Selektion anhand unterschiedlicher übergeordneter Kriterien wie soziodemografische Merkmale, Kontextmerkmale oder die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe erfolgen kann (Graf et al., 2008; Hurrelmann et al., 2009). Wenn bei Personen konkret gesicherte und individuelle Risikofaktoren oder Vorstufe bzw. die Frühform einer Erkrankung festgestellt werden kann, wird auf gezielte oder indizierte Prävention zurückgegriffen, worunter unter anderem auch die Rückfallprävention fällt (Graf et al., 2008; Hurrelmann et al., 2009).

- **Prävention nach Kontextbezug (Verhalten und Verhältnisse)**

Präventive Methodiken können anhand ihres Kontextbezugs unterteilt werden. Bei der Verhaltensprävention geht es darum, individuelle Verhaltens- und Konsummuster so zu beeinflussen, dass gesundheitliche Risiken gemindert werden (Rosenbrock & Michel, 2007). Dies geschieht durch Aufklärung und Information, aber auch durch Stärkung der Gesundheitskompetenz, so dass Menschen dazu motiviert werden, potenzielle Risikofaktoren im persönlichen Lebensstil zu vermeiden bzw. positiv zu beeinflussen (Graf, Starke, & Nellen, 2008; von Kardorff, 1995). Der Kontext der angesprochenen Individuen wird bei der reinen Verhaltensprävention außen vorgelassen. Dagegen nimmt die Verhältnisprävention Einfluss auf den Kontext, sprich die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen der Menschen, um dadurch die Rahmenbedingungen für die Risikovermeidung bzw. Gesunderhaltung zu verbessern (Rosenbrock & Michel, 2007). Verhaltensprävention sollte mit Maßnahmen der Verhältnisprävention kombiniert werden, wenn sie populär und effektiv sein soll (Kolenda & Ratje, 2013). Zu ergänzen ist die rein medizinische Prävention, die sich durch den Einsatz medizinischer Mittel auszeichnet, wie beispielsweise Schutzimpfungen.

- **Prävention nach Interventionsebene**

Zum Teil werden Interventionsebenen als Ausgangspunkte für vor allem primärpräventive Maßnahmen hervorgehoben, wobei ausgehend vom jeweiligen Kontext (und nicht vornehmlich einer bestimmten Erkrankung) Präventionsmaßnahmen gewählt werden (Rosenbrock, Gerlinger 2014); dies auch vor dem Hintergrund, dass präventive Strategien nicht immer einer bestimmten Krankheit zugeordnet werden können. Dabei wer-

den drei Interventionsebenen unterschieden: Individuum, Setting /Lebenswelt und Gesamtbevölkerung bzw. große Bevölkerungsgruppen (Rosenbrock & Gerlinger, 2014). Settings beschreiben dabei den räumlichen oder sozialen, alltäglichen Kontext von Menschen, in dem umweltbezogene, organisatorische und personale Ressourcen sowie weitere Faktoren wirken und damit Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen, z.B. Schulen, Kindergärten, Betriebe, Altenheime und Stadtteile (Graf et al., 2008; Haisch, Hurrelmann, & Klotz, 2006).

Als zweite Ebene kann der Kontextbezug hinzugefügt werden, in dem berücksichtigt wird, ob durch die Maßnahmen Kontexte beeinflusst werden und es damit u.a. zu einer Veränderung der Verhältnisse kommt oder ob diese unberücksichtigt bleiben (siehe „Prävention nach Kontextbezug Verhalten und Verhältnisse“). So kann eine Präventionsmaßnahme, die auf Setting-Ebene stattfindet, dieses primär als Zugang zur gewünschten Zielgruppe nutzen, ohne es an sich zu verändern (kein Kontextbezug), wie es bei reinen Informationsmaßnahmen der Fall ist. Die Maßnahme kann aber auch auf Strukturen, Anläufe oder die Gestaltung des Settings einwirken, wodurch ein Kontextbezug gegeben ist.

### Ansatzpunkte sinnvoll verknüpfen

Die Abbildung 1 fasst die verschiedenen Dimensionen der Prävention zusammen. Die Planung von Präventionsmaßnahmen kann sich am Krankheitsverlauf, am Spezifikationsgrad oder an der Interventionsebene oder an mehreren dieser Dimensionen gleichzeitig orientieren. Zudem kann auf allen Ebenen zwischen medizinischer Prävention, Verhaltens- und Verhältnisprävention (oder einer Mischform) unterschieden werden.

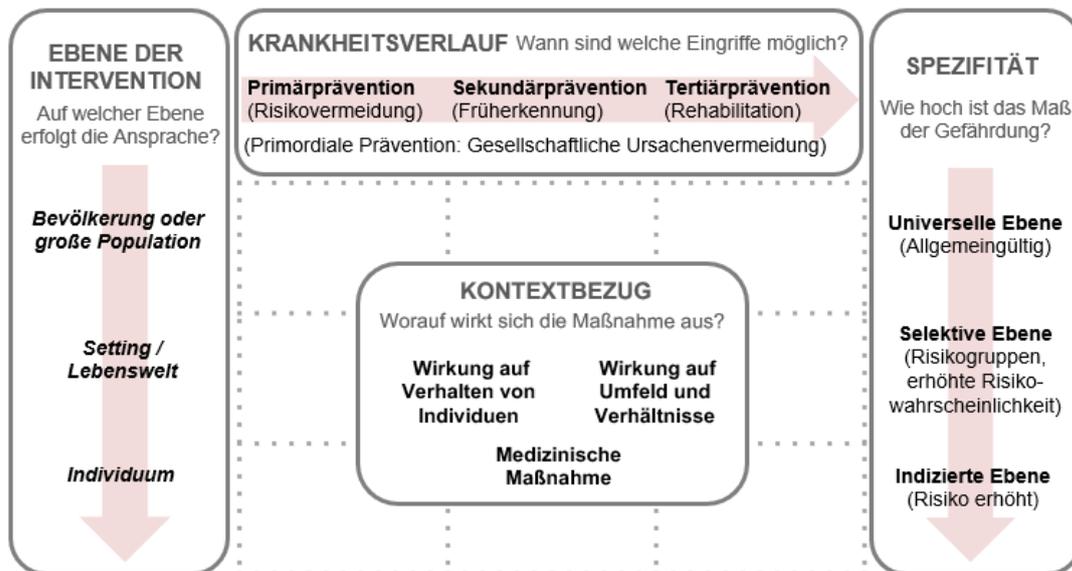


Abb. 1 Präventionsmatrix: Unterschiedliche Dimensionen von Präventionsmaßnahmen (ADP, 2020)

Begrifflichkeiten und Ansatzpunkte der Prävention werden durch ihre Umwelt geprägt und unterliegen einem ständigen Wandel. So wird im Bereich der Primärprävention oft auf das historisch jüngere und im soziologischen Kontext genutzte Konzept der Gesundheitsförderung verwiesen, die als komplementäre Interventionsform betrachtet werden kann. Gesundheitsförderung folgt einem ressourcenorientierten Ansatz und zielt darauf ab, die individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung zu verbessern und die ökonomischen, kulturellen, sozialen, und bildungsmäßigen Bedingungen zur Lebensgestaltung zu fördern (Hurrelmann et al., 2009).

### **Impact von Prävention auf die Gesundheit (Public Health Impact)**

Die Durchführung von Präventionsmaßnahmen kann als Versorgung der Bevölkerung (oder einer Teilpopulation) mit Präventionsleistungen verstanden werden. Dabei können vier Elemente unterschieden werden (John et al. 2015):

- (Onkologisches) **Ziel** der Maßnahme
- Einbezogene **Bevölkerung**
- **Leistung** der Prävention
- **Ergebnis** (erfolgreiche Motivation und Umsetzung präventiven Verhaltens)

Um zu prüfen ob und welchen Effekt Präventionsmaßnahmen auf die Bevölkerung haben, können fünf Dimensionen erfasst werden.

- **Reach** (Teilnehmer\*innengewinnung): Anteil der Personen der Zielbevölkerung, die durch Maßnahme erreicht wird
- **Efficacy** (Wirksamkeit): Wirksamkeit der Maßnahme unter den Studienbedingungen
- **Adoption**: Umsetzung der Maßnahme durch die Akteure der Prävention
- **Implementation**: Grad, bis zu dem die Maßnahme gemäß ihrer ursprünglichen Idee umgesetzt wird
- **Maintenance**: Aufrechterhaltung der Maßnahme unter routinierten Bedingungen

### **Gesundheitskompetenz als essenzielle Komponente**

Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu beurteilen und auf die eigene Lebenssituation zu beziehen und so für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit nutzen zu können (Sørensen et al. 2012). Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass große Teile der Bevölkerung nicht über ausreichende Gesundheitskompetenz verfügen, um komplexe Gesundheitsinformationen richtig zu verarbeiten und auf ihre eigene Lebenssituation zu beziehen. Gesundheitskompetenz spielt in allen Bereichen der Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung eine wichtige Rolle, so auch bei der Prävention.

## II. Aktivitäten zur onkologischen Prävention im deutschen Gesundheitswesen

Die onkologische Prävention soll neben der medizinischen Versorgung eine der wesentlichen Säulen des Gesundheitswesens bilden, da auch politisch erkannt wurde, dass das Risiko von Krebserkrankungen durch spezifische präventive Verhaltensweisen und gesundheitsförderliche Verhältnisse und Strukturen sowie innovative Früherkennung deutlich verringert werden kann. Im Jahr 2008 wurde in Deutschland der Nationale Krebsplan (NKP) als zentrales Koordinationsprogramm zur Krebsbekämpfung eingeführt, der neben der Versorgung auch die Prävention im Blick hat. Teilweise wurden Forderungen des NKP bereits gesetzlich umgesetzt. Weitere gesetzliche und kooperative Initiativen betreffen die an die Krebsprävention angedockte, gesundheitlich übergreifenden, Handlungsbereiche der Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Umsetzung von Prävention in Lebenswelten. Zur Stärkung der Forschung im Bereich Krebs wurde 2019 ergänzend zum NKP die Nationale Dekade gegen Krebs ins Leben gerufen. Angestoßen durch eine Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden in Deutschland zudem seit dem Jahr 2000 kontinuierlich nationale Gesundheitsziele formuliert, die ebenfalls den Bereich der Krebsprävention betreffen ([www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)).

- **Der Nationaler Krebsplan (NKP) als zentrales Koordinierungsprogramm**

Der NKP (2008 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutsche Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT) gegründet) ist das zentrale Koordinierungs- und Kooperationsprogramm zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Früherkennung von Krebs sowie der Versorgung von krebskranken Menschen in Deutschland. Es zielt darauf ab, alle an der Krebsbekämpfung beteiligten Akteure und ihre Aktivitäten wirksam aufeinander abzustimmen und ein zielorientiertes Vorgehen zu entwickeln. Eines der vier Handlungsfelder des NKP adressiert die Krebsprävention.

- **Krebsfrüherkennungs- und registergesetz (KFRG)**

Mit dem im Jahr 2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, KFRG) wurden entsprechende Empfehlungen des NKP gesetzgeberisch umgesetzt. Durch das KFRG wurde der notwendige rechtliche Rahmen zur Einführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme in Deutschland geschaffen und die Einrichtung einheitlicher klinischer Krebsregister in allen Bundesländern festgelegt.

- **Präventionsgesetz (PrävG) und Nationale Präventionskonferenz (NPK)**

Strukturell angelehnt an den Nationalen Krebsplan (NKP) wurde für den krankheitsübergreifenden Bereich der Prävention im Jahr 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) erlassen. Es bildet die Grundlage für die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebensbereichen (Settingansatz), beispielsweise in den Kitas, den Schulen, am Arbeitsplatz

und Pflegeheimen, in der Freizeit, etc. Integraler Bestandteil des Präventionsgesetzes ist die durch sie eingesetzte Nationale Präventionskonferenz (NPK), die eine nationale Präventionsstrategie entwickeln und fortschreiben soll (§§ 20d und 20e SGB V). Dies umfasst unter anderem die Vereinbarung bundesweiter, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen) zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten einschließlich Betrieben.

- **Allianz für Gesundheitskompetenz**

Im Rahmen des Nationalen Krebsplans (NKP) hat ein Expertengremium die Informierung der Bevölkerung und die Kommunikation zwischen Health Professionals und Patienten/Versicherten als besondere Schwerpunkte herausgearbeitet (2016, „Roadmap 2020- Informierte und partizipative Entscheidungsfindung“). Das damit verknüpfte Querschnittsthema der Gesundheitskompetenz wurde über den Bereich der Krebserkrankungen hinaus als essenzieller Handlungsbereich der gesundheitlichen Prävention und Versorgung erkannt. 2017 hat sich für dieses Querschnittsthema die Koordinierungsinitiative „Allianz für Gesundheitskompetenz“ gebildet mit dem Ziel, die bestehenden Ansätze und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz der verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen zu bündeln, zu stärken und besser aufeinander abzustimmen. Die Partner sind dabei das Bundesministerium für Gesundheit, die Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen und der/die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Eine Abstimmung mit dem NKP erfolgt begleitend. Für die Praxis sind drei Handlungsfelder aufgestellt worden:

1. Die allgemeine Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durch Gesundheitsbildung stärken
2. Wissenschaftlich abgesicherte Informationsangebote, insbesondere im Internet, bündeln und allgemein verständlich aufbereiten
3. Die Kommunikationskompetenz in der Aus-, Weiter- und Fortbildung fördern

- **Nationale Dekade gegen Krebs als Ergänzung des NKP seitens der Forschung**

2019 wurde durch Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) sowie des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) die Nationale Dekade gegen Krebs ausgerufen. Sie ergänzt den Nationalen Krebsplan als Impuls für eine nationale Forschungsstrategie. Mit der Nationalen Dekade gegen Krebs sollen die Kräfte im Kampf gegen Tumorerkrankungen gebündelt werden. Gemeinsames Ziel ist es, möglichst viele Krebsneuerkrankungen zu verhindern, die Früherkennung zu verbessern und den Transfer von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis zu beschleunigen. Die Krebsforschung soll besonders in den Bereichen primäre Prävention, Früherkennung, Diagnostik sowie Teilhabe und Einbindung und innovative Therapien weiter gestärkt und zielgerichtet vorangetrieben werden. Auf europäischer Ebene konnte im Oktober 2020 im Zuge der Triopräsidentschaft gemeinsam mit Portugal und Slowenien eine Deklaration zur Stärkung der europäischen Krebsforschung verabschiedet werden.

### III. Zukünftige Ausrichtung der onkologischen Prävention

Auf dem Feld der onkologischen Prävention haben sich in den letzten Jahren diverse Ansatzpunkte und Bemühungen zur Umsetzung hervorgetan. Damit Nachhaltigkeit geschaffen, Schnittstellen und Synergien ausgeschöpft werden können, sind folgende Bereiche zukunftsweisend.

- **Weiterführung der Forschung**

Dieses beinhaltet u.a. Grundlagenforschung in den Bereichen Primär- und Sekundärprävention sowie Forschung zur Analyse der Wirksamkeit und zum Outcome von Präventionsmaßnahmen, die auch verhaltens-, ökonomische und sozialwissenschaftliche Forschung einbeziehen. Bedeutend ist, die Diversität der Menschen in Deutschland abzubilden und vulnerable Bevölkerungsgruppen besonders zu berücksichtigen.

- **Evidenzbasierte Informations- und Schulungsinitiativen für relevante Akteure**

Als Grundlage von Präventionsbemühungen gelten evidenzbasierte und zielgruppenspezifische Informationsmaterialien. Um die Integration dieser in den (Versorgungs-) Alltag sicherzustellen, ist eine systematische Einbettung der Prävention in Form von Curricula in Aus-, Weiter- und Fortbildungsprogrammen sowie in Planungs- und Entwicklungskonzepten notwendig.

- **Netzwerkbildung und zunehmende Vernetzung**

Um dem derzeit existierenden „Flickenteppich“ entgegenzuwirken, Synergismen zu erzeugen und Ineffizienz zu reduzieren, ist eine zunehmende Vernetzung und Netzwerkbildung in der deutschen Präventionslandschaft notwendig. Bedeutsam ist dabei eine netzwerkorientierte und organisationale Gesundheitskompetenz, die die Dichotomie von Gesundheit und Krankheit auflöst und die Konnektivität der Versorgungskette zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, sowie des Patienten zuhause durch die Überwindung des momentan bestehenden professionellen „Kastenwesens“ erreicht.

Hierdurch soll der Umfang und die Qualität der Präventionsforschung und -praxis nachhaltig erhöht und ein deutlicher Impact in der Gesundheitsversorgung geleistet werden. Darüber hinaus gilt es maßgeblich die digitale Transformation qualitätsgerichtet voranzubringen.

Die Grenzen unterschiedlicher Fachdisziplinen sollen überwunden, Schnittstellen definiert und genutzt werden und interdisziplinär und integrativ unter Einbezug unterschiedlichster Expertise gearbeitet werden. Neue Technologien sollen einbezogen und weiterentwickelt werden.

## Fazit

Das Dokument zeigt das Verständnis von onkologischer Prävention auf, das vielfältige auf die jeweilige Situation, Zielgruppe bzw. Zielsetzung ausgelegte Ansatzmöglichkeiten für präventive Maßnahmen anbietet. Dem angestrebten Stellenwert von onkologischer Prävention als wesentliche Säule des deutschen Gesundheitswesens neben der Versorgung wird bereits durch verschiedene Initiativen des Deutschen Gesundheitswesens Rechnung getragen. Zukünftig gilt es, diese Entwicklung weiter zu stärken und vorhandene Ansätze im Alltag zu implementieren.

## Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention e.V. (2015). Definition der Präventivmedizin. Retrieved from <http://www.dgnp.de/wir-ueber-uns/definition-der-praeventionsmedizin.html>
- Faltermaier, T. (2017). Gesundheitspsychologie (Vol. 2, überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Franzkowiak, P. (2018). Prävention und Krankheitsprävention. Retrieved from doi:10.17623/BZGA:224-i091-2.0
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2009). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung Bern: Hans Huber Verlag.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2010). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (in Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage ed.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). Gesundheits- und Medizinsoziologie. Weinheim: Betz Juventa.
- John, U., Ulbricht, S., Freyer-Adam, J., & Meyer, C. (2015): Verhaltensbasierte Prävention chronischer Krankheiten – wie kann sie gelingen? Deutsche Medizinische Wochenschrift DWW, 140(10), 756-760.
- Kolenda, K. D., & Ratje, U. (2013). Mehr Prävention! . München: Hans Marseille Verlag GmbH.
- Morrison, A. S. (1993). Screening for cancer of the breast Epidemiol Review. 15(1):244-55.
- Rosenbrock, R., & Michel, C. (2007). Primäre Prävention - Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, 80.
- Weltgesundheitsorganisation. (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)
- Glasgow, R. E.;T. M. Vogt; S. M. Boles (1999): Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. American Journal of Public Health, 89(9), 1322-1327.
- Gordon, R. S., Jr. (1983): An operational classification of disease prevention. Public Health Reports, 98(2), 107-109.