

# Gesundheitsförderung und Prävention

## Teil I: Grundlegende Bedeutung für die Physiotherapie

von Günter Lehmann

**Zusammenfassung:** Gesundheitsförderung und Prävention zählen aktuell zu den Top-Themen für alle interessierten Physiotherapeuten dar. Sich diesen Themen zu widmen, kann entscheidend für den künftigen Erfolg sein. Doch stellen sich zahlreiche Fragen und vielfältige Aufgaben bei der Implementierung von gesundheitsfördernden und/oder präventiven Angeboten in die PT-Praxis. Der vorliegende Beitrag klärt zunächst über die Grundlagen auf und stellt die aktuelle Situation am bundesdeutschen Gesundheitsmarkt dar. Vertiefend wird in dem Folgebeitrag auf die Möglichkeiten der Umsetzung in der Praxis eingegangen.

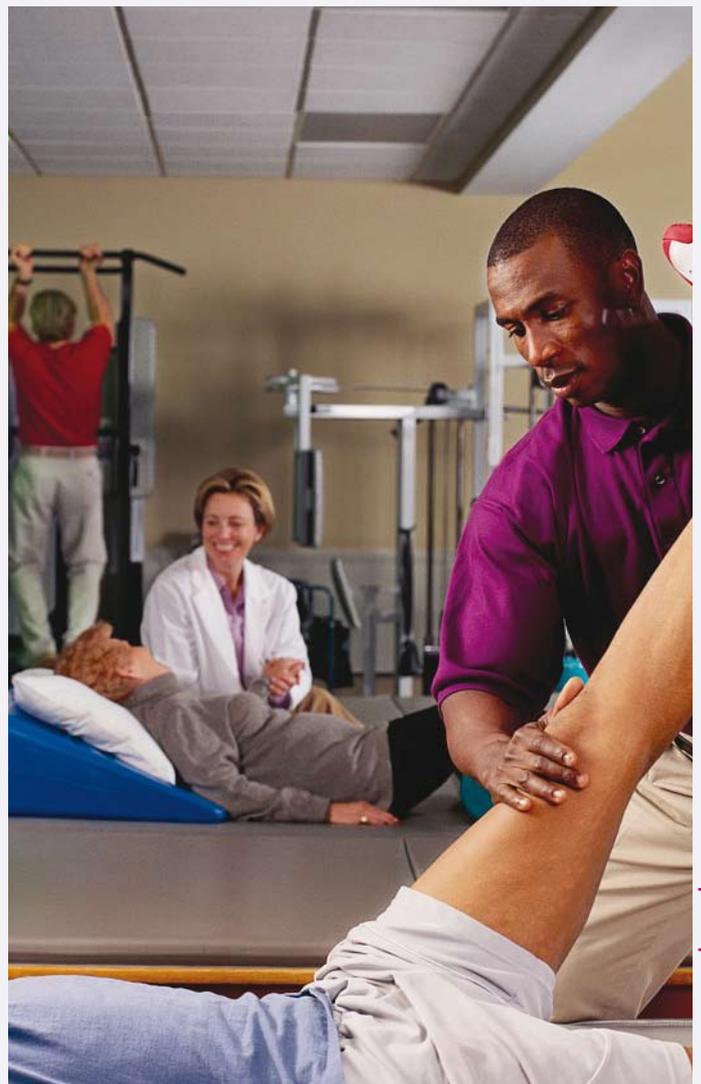
**Schlüsselwörter:** Gesundheitsmarkt / Physiotherapie / Gesundheitsförderung / Prävention

### Einleitung

Der moderne Physiotherapeut von heute versteht sich nicht mehr nur als Behandler, der lediglich an der Behandlungsbank steht und therapeutische Maßnahmen durchführt. Das Anspruchsniveau an das Berufsbild des Physiotherapeuten hat sich deutlich gewandelt. Neben der Durchführung therapeutischer Maßnahmen werden Physiotherapeuten auch als Prävenierer, Gesundheitsförderer und Gesundheitscoaches aktiv. Dabei muss sich der Physiotherapeut mit komplexen Rahmenbedingungen und vielfältigen Anforderungen auseinandersetzen. Gesundheitspolitische Vorgaben, Leitziele der Weltgesundheitsorganisation und Gesundheitswissenschaften, sowie Kriterien der Krankenkassen sind genauso zu berücksichtigen, wie die geeigneten Interventionsstrategien, die für die unterschiedlichsten Zielgruppen zu erstellen sind. Mit geeigneten Verfahren zur Evaluation muss darüber hinaus auch die Wirksamkeit der durchgeführten Programme nachgewiesen werden.

### Prävention mit tiefen Wurzeln

Mit den Bedingungen zum Erhalt bzw. Herstellung von Gesundheit hat sich die Menschheit schon seit Hippokrates (ca. 460-377 vor Christi) beschäftigt. In den frühen Vorläufern der Medizin befassten sich auch im Mittelalter Hildegard von Bingen (1100-1179) und Paracelsus (1493-1541) mit der Frage, wie Gesundheit erhalten werden könne. Doch zu damaliger Zeit konnten sich die handelnden Personen nur auf ihre Beobachtungen und Erfahrungen verlassen. Im Zuge der Errungenschaften durch die Natur- und Ingenieurwissenschaften



im 17. und 18. Jahrhundert begann eine neue Zeitepoche. Nun standen den Medizinern mehr Möglichkeiten zur Verfügung in den menschlichen Körper hinein zu sehen, Anomalien festzustellen, um Ursachen für Krankheiten besser verstehen zu können. Ende des 19. und zu Beginn des Jahrhunderts entwickelten sich die Sozialhygiene und die komplementäre Gesundheitsfürsorge. Ziel war es dabei, besonders die sozial schwachen Schichten der Bevölkerung zu erreichen und dort die Ursachen der Gesundheitsgefährdung zu bekämpfen. Im begrifflich präzisen Sinne gehört Prävention jedoch erst seit Mitte des 20. Jahrhunderts zum Instrumentarium vorbeugenden Versorgungshandelns. So wurden in den USA Präventionskonzepte zur Vorbeugung und Nachsorgebetreuung von Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten entwickelt. Die erzielten Erfahrungen wurden auch auf den Umgang mit anderen chronischen Erkrankungen übertragen und Mitte der 50er-Jahre konnten die Präventionsideen auch in Deutschland Fuß fassen (Schnabel, P.E., 2007).

## Gesundheitsförderung, Krankheits-, Sekundär- und Tertiärprävention?

Schon bei der Definition der Begriffe Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention entstehen die ersten Schwierigkeiten, da diese Begriffe in der internationalen Fachliteratur sehr uneinheitlich eingesetzt werden. Die Recherchen Hurrelmanns et al. (2004) zu diesen Begrifflichkeiten machen das Dilemma deutlich. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt besteht weder in der Praxis, noch in der fachlichen Diskussion eine eindeutige und klare Verwendung der Begriffe Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Auch im deutschen Sprachgebrauch werden beide Begrifflichkeiten nicht eindeutig abgegrenzt und häufig nebeneinander und austauschbar verwendet (Laaser/Hurrelmann, 1998, S. 395). Obwohl sich mittlerweile immer mehr Fachbeiträge an den aktuellen Definitionen der Begrifflichkeiten orientieren, ist der Aufbau eines einheitlichen Begriffsverständnisses nach wie vor erstrebenswert. Für die zielgerichtete Entwicklung, Implementation und Evaluation für Programme zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind klare Abgrenzungen erforderlich. Im Folgenden werden die Begriffe definiert und nach logischen Gesichtspunkten voneinander abgegrenzt.

## Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung definiert sich als Aufbau und Stärkung individueller Schutzfaktoren und Gesundheitsressourcen.

Entscheidende Prägung fand der Begriff der Gesundheitsförderung 1986 auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im kanadischen Ottawa. Im Rahmen dieser Konferenz wurde die so genannte „Ottawa-Charta of Health Promotion“ verabschiedet. Darin beschreibt die WHO die Be-

deutung grundlegender Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit. An dieser Stelle sind hier zwei Zitate angeführt, die die Grundzüge dieser Charta verdeutlichen: So heißt es beispielsweise: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ „Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede zu verringern, sowie Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen ...“

Mit der Ottawa-Charta wurde ein entscheidender Paradigmenwechsel eingeleitet. Anstatt Krankheitsreparatur und die Verminderung von Risikofaktoren in den Focus zu stellen, konzentriert sich die Gesundheitsförderung auf Basis des von Antonovsky geprägten Modells der Salutogenese auf die Stärkung der Gesundheit. Das zentrale Anliegen der Gesundheitsförderung ist es Schutzfaktoren und Ressourcen zum Erhalt und Stärkung der Gesundheit aufzubauen. Interventionen und Programme zur Gesundheitsförderung sind an die noch gesunde Bevölkerung und deren Alltags- und Lebenswelten ausgerichtet (Laaser/Hurrelmann, 1998). Zum Handlungsfeld der Gesundheitsförderung gehören Maßnahmen, die sowohl auf das individuelle Verhalten, als auch auf die verschiedenen gesellschaftlichen und ökologischen Verhältnisse und Strukturen zielen.

Gesundheitsförderung fokussiert dabei ebenso das soziale und gesundheitspolitische Netz, in das der Mensch eingebettet ist, sowie den Einzelnen selbst. Die gesunderhaltenden Schutzfaktoren gruppieren sich in soziale und wirtschaftliche Faktoren, Umweltfaktoren, Faktoren des Lebensstils und psychologische Faktoren sowie den Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen, deren Beeinflussung die Gesundheitsqualität erhöht (Hurrelmann et al., 2007)

## Krankheitsprävention

Der Begriff Krankheitsprävention ist ein historisch gewachsener Begriff. Heute bezeichnet man Krankheitsprävention auch verkürzt als Prävention. Seinen Ursprung nahm der Begriff im 19. Jahrhundert innerhalb sozialmedizinischer Debatten. Dabei ging es insbesondere um die bereits beschriebenen Intentionen zur Sozialhygiene und Volksgesundheit (Hurrelmann et al., 2004; Stöckel, 2004; Schmiedebach, 2002). Das primäre Anliegen war Gesundheit als staatsbürgerliches und unveräußerliches Recht zu verankern. Im weiteren Zuge sollten gesundheitspolitische Programme entwickelt und implementiert werden.

Präventive Interventionen zielen auf die Vermeidung von Auftreten von Krankheiten. Die Krankheitsprävention basiert auf der Annahme, dass Risikofaktoren mit einem bestimmten Wahrscheinlichkeitsfaktor entsprechende Krankheiten aus-

lösen oder begünstigen (Antonovsky, 1997; Hurrelmann et al., 2004). Das zentrale Anliegen der Krankheitsprävention ist es Risikofaktoren für Krankheiten zu identifizieren und im weiteren präventiven Handeln zu eliminieren oder zumindest zu reduzieren. Auf diese Weise soll in die Dynamik der Pathogenese eingegriffen und die Entstehung von Krankheit verhindert werden (Hurrelmann et al., 2004). Zielgruppe für präventive Interventionen sind „... Risikogruppen mit klar erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Störungen und Krankheiten ...“ (Laaser/Hurrelmann, 1998, S. 395).

## Präventionsbereiche und deren Interventionsziele

Die Ziele und Aktivitäten zur Prävention lassen sich unter verschiedenen Gesichtspunkten einteilen:

1. Nach dem Zeitpunkt der Entwicklung einer Gesundheitsstörung bzw. Krankheit,
2. nach Charakteristika ihres Ansatzes und
3. nach Strategien zur Auswahl von Zielgruppen.

Hieraus ergeben sich verschiedene Ansätze, Strategien und präventive Interventionsmöglichkeiten (Plaumann, M., Walter, U., 2010).

## Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Der Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, verweist darauf, dass auf Grundlage des zeitlichen Einsatz bezogen auf die Entwicklung einer gesundheitlichen Schädigung bzw. Krankheit zwischen Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention unterschieden werden kann.

Für eine allgemein sehr schlüssige und anerkannte Einteilung der Präventionsbereiche Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zeichnen sich die Laaser und Hurrelmann (1998) verantwortlich:

Unter **Primärprävention** werden jene Interventionen verstanden, „die sich spezifisch auf Vorbeugung und Früherkennung bestimmter Risikofaktoren [...] beziehen ...“ (S. 397).

**Sekundärprävention** wiederum bezieht sich auf Interventionen, „die sich auf die Entdeckung und Behandlung von Patienten mit Krankheitsfrühstadien [...] richten ...“ (S. 397).

Bei Interventionen der **Tertiärprävention** handelt es sich hingegen um jene, „die die möglichst weitgehende Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem Krankheitsereignis bzw. seiner Akutbehandlung zum Ziel haben ...“ (S. 397).

Durch die genaue Analyse der Ausgangsbedingungen und Entwicklungsstadien von Krankheiten ergeben sich die zielgerichteten Ansatzpunkte für präventive Interventionen.

## Auf der Grundlage von über 30 Jahren Erfahrung

### EINE CHANCE FÜR SIE

- 170 Unterrichtsstunden, Zertifikatsweiterbildung Manuelle Lymphdrainage/KPE
- Immer auf dem aktuellen Stand in Wissenschaft und Praxis in der Lymphologie
- Einziges Schulungsunternehmen das auch Ihre verordnenden Ärzte curricular fortbildet
- Alle Unterrichtenden sind praktizierende Therapeuten und Ärzte

### ERFOLGREICH IN DER PRAXIS

- Tägliche Telefonberatung nach der Weiterbildung
- Jährlicher fachlich aktualisierender Rundbrief (kostenlos)
- Homepage mit vielen Services (Veröffentlichungen, Kongresse, Seminare)

### IHRE ZUKUNFTSSICHERUNG

- Informieren Sie sich über unsere kompakten Kurse in der Hightech-Physiotherapie

### UNTERLAGEN ANFORDERN

LYMPHOLOGIC® medizinische Weiterbildungs GmbH  
 PHYSIOLOGIC medizinische Fort- und Weiterbildungs GmbH  
 Sekretariat: Im Neurod 2, 63741 Aschaffenburg  
 Tel.: 0 60 21- 460 988, Fax: 0 60 21- 444 95 85, E-Mail: info@lymphologic.de oder info@physiologic.eu, Internet: www.lymphologic.de, www.physiologic.eu



**LYMPHOLOGIC®**  
 Medizinische Weiterbildungs GmbH



In der Lymphologie setzt  
 Deutschland den internationalen Maßstab

Es gilt dabei zu beachten, dass auch psychische, behaviorale und umweltbezogene Dispositionen neben den genetischen, organischen und physiologischen Dispositionen des Körpers selbst (Bio-psycho-soziales Modell) in der Ausrichtung und Gestaltung der Intervention berücksichtigt werden müssen.

## Gesundheitsförderung oder Prävention?

Betrachtet man die Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention, so erscheinen sie auf den ersten Blick gegensätzlich zu sein. Der ressourcenorientierte Ansatz der Gesundheitsförderung und der risikoorientierte Ansatz der Prävention schließen sich jedoch nicht gegenseitig aus, sondern können auch als ergänzende Interventionsformen gesehen werden. Kritisch anzumerken ist für das Präventionskonzept die Annahme, dass durch die Reduktion der Risikofaktoren und die Abwendung von Ausgangsbedingungen Krankheit verhindert wird und sich damit ins Positive kehrt. Das scheint logisch, muss aber durchaus nicht zwingend erfolgen. An diesem Punkt stößt der Risikofaktorenansatz an seine Grenzen. (1)

## Verhaltens- und Verhältnisprävention

Eine weitere Differenzierung präventiver Strategien hat sich ebenso bewährt. Dabei wird zwischen den Präventionsbereichen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden:

- Verhaltensprävention = den Einzelnen betreffend
- Verhältnisprävention = die Lebensbedingungen/Umwelt des Menschen betreffend

Die Prävention wird hierbei auch nach der Zielebene bzw. Charakteristik ihres Ansatzes betrachtet. So kann die Prävention zum einen an dem Verhalten von Individuen und seiner Modifikation ansetzen. Einen weiteren und zusätzlichen Ansatzpunkt bieten die jeweiligen Rahmenbedingungen (Verhältnisse) (Plaumann, M., Walter, U., 2010).

Die Verhaltensprävention zielt darauf hin die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen Einzelner oder von Gruppen zu optimieren. Ein Beispiel für eine verhaltenspräventive Maßnahme bei Rückenschmerzen auf Grund von arbeitsspezifischen Überbeanspruchungen eines Büroarbeiters, wären Aktivitäten wie regelmäßige aktive Minipausen, Entlastungsübungen, dynamisches Sitzen oder auch vermehrte körperliche Aktivität in der Freizeit.

Auf Basis der Verhältnisprävention werden Strategien zur Beeinflussung der gesundheitsrelevanten lebens-, arbeits- und umweltbedingten Verhältnisse angestrebt (Walter und Schwartz, 2003). Auf Grundlage des o.g. Beispiels würden hierzu u.a. Maßnahmen zur Optimierung des Arbeitsplatzes gehören, wie z.B. die Gestaltung und Anpassung eines ergonomischen Büroarbeitsplatzes. Dabei sind die personenbezogenen Voraussetzungen, die arbeitsplatzspezifischen Anforderungen und die Organisationsstrukturen zu berücksichtigen. Alle elementaren Faktoren die zur Förderung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz und zur Rückengesundheit führen, sollten in die verhältnispräventiven Strategien mit einfließen.

## Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung aktuell

An der Verteilung der Gelder und den gesetzlichen Grundlagen im deutschen Gesundheitssystem lässt sich die gegenwärtig noch recht untergeordnete Bedeutung der beiden Interventionsformen Prävention und Gesundheitsförderung festmachen. Die Hauptanteile der ausgegebenen Gelder entfallen auf das Segment Kuration und Therapie, welches auch politisch gesehen die professionell einflussreichsten Berufsgruppen stellt. Rechtlich gesehen obliegt den Krankenkassen die Verpflichtung zur Ausführung der beiden Interventionsformen laut den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB).

Von ihrer Struktur her sind die Krankenkassen aber, wie der Name schon dokumentiert, eher auf Kuration und Therapie ausgelegt. Auf dem Hintergrund der Gesundheitsreformen seit 2000 und den damit verbundenen Änderungen im Sozialgesetzbuch sind die Aufgaben der Krankenkassen, Leistungen der primären Prävention zu erbringen, erweitert worden.



Abb. 1: Vereinfachte Darstellung des **Ist-Zustandes** der Gewichte der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems. (Aus: Hurrelmann et al., 2007, S. 15)

Die Gewichtung und Verbindung der einzelnen Segmente des Versorgungssystems zum gegenwärtigen Zeitpunkt bildet sehr anschaulich folgende grafische Darstellung von K. Hurrelmann et al. ab. (Abb.1) In der Regel ist die Kuration/Therapie das erste Versorgungssegment, mit dem der Einzelne konfrontiert wird und stellt daher bisher noch den größten Bereich dar. Das liegt in der Tatsache begründet, dass der Mensch erst durch das Auftreten von Beschwerden bzw. Erkrankungen mit dem Gesundheitssystem in Kontakt tritt. (1) Steigende Kosten ohne große positive Effizienz auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung machen ein Überdenken der Struktur des Gesundheitssystems erforderlich (siehe Abb. 1).

Demografischer Wandel und evolutionsbiologisch negativ veränderter Lebensstil haben in den letzten Jahrzehnten zu einer veränderten Krankheitsverteilung in der Bevölkerung geführt. So wächst der Anteil chronischer Krankheiten schon allein durch die angestiegene Lebenserwartung der Personen. Am Beispiel von Rückenschmerzen festgemacht, ergibt sich folgendes Bild. In den ganzen westlichen Industrienationen sind Rückenschmerzen ein großes Gesundheitsproblem und verursachen dem Gesundheitswesen folglich hohe Kosten. Etwa 10 % der deutschen Bevölkerung leidet unter behandlungsbedürftigen Rückenschmerzen, die mit mittel- bis schwergradigen Beeinträchtigungen im Alltag korrelieren. Schwere und chronische Rückenschmerzen betreffen häufiger ältere Personen, jedoch zeigt sich eine Zunahme von Rückenschmerzen auch bei jüngeren Personen. (Gesundheitspfad Rücken, Bertelsmannstiftung 2007). Jede fünfte Frau und jeder sechste Mann leiden in Deutschland unter chronischen Rückenbeschwerden. Dadurch entstehen jährlich direkte und indirekte Kosten von über 25 Milliarden Euro (Robert-Koch-Institut 2006). Erkrankungen des Muskel-Skelett-System verursachten 2005 fast jeden vierten krankheitsbedingten Ausfalltag und waren somit eine der häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit überhaupt (BARMER-Gesundheitsreport 2008). Des Weiteren sind Rückenschmerzen die häufigste Ursache für Rehabilitationsmaßnahmen und stehen an dritter Stelle bei der Verrentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Um diesen Tendenzen entgegen zu wirken, reicht eine auf Kuration und Therapie ausgerichtete Versorgung nicht mehr aus. Den Interventionsformen Prävention und Gesundheitsförderung muss eine deutlich stärkere Gewichtung beigemessen werden.

## Notwendige Strukturveränderungen für eine effiziente Gesundheitsversorgung der Zukunft

Für das Gesundheitswesen und damit natürlich auch für den Bereich der Physiotherapie im Besonderen kann man auf diesem gesundheitswissenschaftlichem Hintergrund folgende Schlussfolgerungen für die künftige Entwicklung ziehen. Es muss ein Paradigmenwechsel von den heute noch dominanten pathogenetischen zu den salutogenetischen Di-

agnose- und Interventionsmodellen stattfinden. Die in der Vergangenheit gängige Krankheitsreparatur muss abgelöst werden durch das Angebot von transparenten und seriösen Programmen zur Gesunderhaltung. Die grundlegenden Strategien Gesundheitsförderung und Prävention bilden das Basiskonzept, das Einfluss auf alle anderen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems nimmt, wobei eine stärkere Vernetzung der Akteure aller Arbeitsbereiche anzustreben ist (siehe Abb. 2).

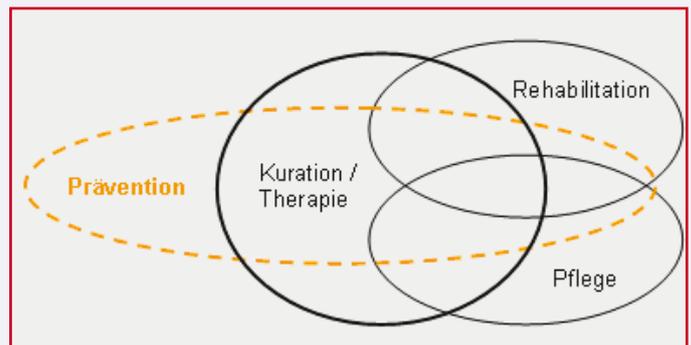


Abb. 2: Vereinfachte Darstellung des Soll-Zustandes der Gewichte der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems. (Aus: Hurrelmann et al., 2007, S. 17)

Eine solche Umstrukturierung mit stärkerer Gewichtung von Prävention und Gesundheitsförderung dürfte auch Vorteile hinsichtlich der Wechselwirkung von Risikofaktoren und Schutzfaktoren untereinander zeigen. (1)

Nach dem heutigen Wissensstand kann man zum Beispiel von einer günstigen Wechselwirkung der Einflussfaktoren sprechen, wenn beispielsweise das Risiko für Muskel-Skelett-Erkrankungen durch mehr Bewegung, eine bessere Ernährung und die Vermeidung von Übergewicht reduziert wird und natürlich aber auch gleichzeitig einen positiven Einfluss auf das Herz-Kreislauf-System bedeutet. Ebenso können durch eine gezielte Präventionspolitik auch Überschneidungen von Risikofaktoren vermieden werden, die das Gesamtrisiko einer möglichen Erkrankung drastisch erhöhen würden.

## Strukturveränderungen und neue Wege in der Physiotherapie

Gemeinsam mit der Zielsetzung der WHO, die Gesundheit für alle propagiert, und die Gesundheitspflege in die Eigenverantwortung des Einzelnen übertragen will, ergeben sich weitreichende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung, was gleichzeitig vielfältige Veränderungen und Möglichkeiten hinsichtlich neuer Aufgaben und Arbeitsfelder für den Bereich Physiotherapie, sowie natürlich auch für den Physiotherapeuten selbst bedeutet. Der Physiotherapeut bleibt nicht mehr nur passives ausführendes Organ von Verwaltungsleistungen, sondern er etabliert sich auf dem Ge-

sundheitsmarkt als Anbieter innovativer und kundenorientierter Dienstleistungen im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention. Angesichts der auf Dauer stark begrenzten Finanzspielräume einer solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wächst der Dienstleistungssektor Gesundheit künftig verstärkt im privat finanzierten Markt. Im Zuge dieser Entwicklung wird der Patient zum potentiellen Kunden, der als Selbstzahler die Entscheidungsgewalt über die Auswahl der Gesundheitsleistungen inne hat und damit Erfolg und Qualität dieser Leistungen bewertet. Hier wird die Messbarkeit und Erfolgsauswertung physiotherapeutischer Maßnahmen ebenfalls wichtig werden (Qualitätsmanagement), um die Effizienz von Programmen und Interventionen zu evaluieren

Die Pflege der Gesundheit in die Verantwortung jedes Einzelnen selbst zu legen heißt, dass der Patient (= Duldende) aus seiner Passivität heraustritt und nun zum eigenverantwortlichen, mündigen Manager seiner Gesundheit wird. Eigenverantwortung impliziert die Fähigkeit des Kunden, sein Verhalten beurteilen oder gegebenenfalls verändern zu können und dies auch für sich umzusetzen. Dies bedeutet folglich auch einen Rollenwechsel hinsichtlich der Beziehung Physiotherapeut und Patient. Physiotherapeuten geben ihre dominante Position als Therapie und Intervention bestimmende Experten auf und übernehmen eine Beraterfunktion bzw. Coachfunktion. Als Experten für Gesundheit vermitteln sie ihren Patienten/Kunden durch Maßnahmen wie Empowerment; Information, Kommunikation und Transparenz das notwendige Handlungs- und Kompetenzwissen, um sie zu befähigen, über ihre Gesundheit betreffende Maßnahmen selbst zu entscheiden und langfristig im Hinblick auf eine höhere Gesundheitsqualität Verhaltensänderungen herbeizuführen.

Das Thema werden wir in der nächsten Ausgabe der Fachzeitschrift **PHYSIOTHERAPIE med** vertiefen. Was kann die Physiotherapie leisten, worauf muß sich der Physiotherapeut einstellen? So lauten die grundlegenden Fragestellungen, welche praxisnah beantwortet werden. Welche Ressourcen, Chancen und Risiken vorliegen, welche Förderprogramme und Kooperationen helfen, erfahren Sie in der kommenden Ausgabe.

Autor  
Günter Lehmann  
Praxis für Physiotherapie, Fortbildungs-, Rückenschul-  
und Präventionsseminare  
Zum Schwarzen Acker 14  
34549 Edertal  
Telefon: 05623-930088  
E-Mail: [info@rueckenfit.de](mailto:info@rueckenfit.de)  
Internet: [www.rueckenfit.de](http://www.rueckenfit.de)