

Verordnungsverhalten der Kassenärzte hat sich geändert

Nach den jüngsten Meldungen der Krankenkassen hat sich die Ausgabenentwicklung für verordnete Arzneimittel im 2. Quartal 1983 deutlich abgeschwächt. So sanken bei den Allgemeinversicherten die Ausgaben um 1,7 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal.

Bei den Rentnern war dagegen noch ein erheblicher Zuwachs von 8,3 Prozent festzustellen. Insgesamt stiegen die Ausgaben für Arzneimittel im 2. Quartal 1983 um 3,7 Prozent, während die Steigerungsrate im 1. Quartal 1983 bei 8,4 Prozent lag.

Diese deutliche Abschwächung muß im Zusammenhang mit der Einführung der „Negativliste“ zum 1. April 1983 (§ 182 f RVO) gesehen werden. Nach ersten Analysen wurden durch den Ausschluß gewisser Indikationsgruppen aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung 2,4 Prozent – bezogen auf das Gesamtausgabenvolumen für Arzneimittel – eingespart.

Deutlich hat sich aber auch das Verordnungsverhalten der Kassenärzte geändert. So lag die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen im 2. Quartal 1983 um 12,5 Prozent niedriger als im Vorjahresquartal. Diese Zahl ergibt sich aus einem Rückgang der Rezepte um 8,6 Prozent und der verordneten Arzneimittel pro Rezept in Höhe von 4,4 Prozent.

Dieser rückläufige Verordnungsumfang hätte eine noch stärkere Einsparung im Arzneimittelbereich zur Folge haben müssen. Daß diese Einsparung letztlich nicht eintrat, liegt daran, daß nicht nur größere Packungseinheiten, sondern auch teurere Arzneimittel verordnet worden sind. Hier scheint der Einfluß der etwa 15 000 Pharmaberater eine besondere Rolle zu spielen. MI

Präventive Gemeindestudien in der Bundesrepublik Deutschland

Jürgen von Troschke

Aufbauend auf internationalen Erfahrungen werden verschiedene Forschungsprojekte durchgeführt, die sich an die Bevölkerung von Gemeinden richten, um kurzfristig das Gesundheitsverhalten und langfristig Morbiditäts- und Mortalitätsraten positiv zu beeinflussen. In diesem Beitrag werden die wichtigsten Programme in der Bundesrepublik Deutschland beschrieben und in bezug auf die zugrunde gelegten wissenschaftlichen Konzeptionen miteinander verglichen.

Das in der Prävention seit Mitte der 70er Jahre zunehmende Interesse an der Gemeinde als sozialer Einheit kann auf verschiedene Wurzeln zurückgeführt werden:

1. In groß angelegten epidemiologischen Studien (vor allem in den USA) wurde die Bedeutung sog. Risikofaktoren für die in den Industriegesellschaften vorherrschenden Krankheiten erkannt und die Notwendigkeit wirksamer Maßnahmen zu ihrer positiven Beeinflussung herausgearbeitet¹).

2. Die Ineffektivität traditioneller Maßnahmen zur Gesundheitserziehung und -aufklärung wurde immer deutlicher²), insbesondere soweit sich diese beschränken auf Informationsmaßnahmen, Werbekampagnen und allgemeine Beratungen (zum Beispiel Aufforderung zu Verhaltensänderungen nach dem Motto: Sie sollten weniger essen, trinken, rauchen usw.).

Es wurde festgestellt, daß sich die meisten Aufklärungskampagnen auf die Ansprache einzelner Risikofaktoren beschränkten, nicht

miteinander koordiniert und viel zu kurz angelegt waren. Ein Bedarf nach geplanten Interventionsstrategien wurde deutlich, die die Bevölkerung in ihren konkreten Lebensbedingungen ansprechen und die Motive beziehungsweise Gründe gesundheitsbezogener Verhaltensweisen thematisieren³).

3. Programme zur zentralen Planung von Gesundheitsdiensten (insbesondere in den Entwicklungsländern) haben gezeigt, daß dabei die spezifischen Bedürfnisse der Bürger in unterschiedlichen Regionen nicht angemessen berücksichtigt werden konnten. Als Konsequenz wurde die Forderung nach Programmen aufgestellt, die in direkter Zusammenarbeit mit der betroffenen Bevölkerung entwickelt und durchgeführt werden (Internationale Konferenz von Alma Ata 1978).

Die Koordinierung von internationalen Studien durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) machte deutlich, daß es notwendig ist, vergleichbare Populationen abzugrenzen. ▷

Präventive Gemeindestudien

Verschiedene Ansätze zu gemeindebezogenen Projekten

Diese Voraussetzungen führten zu der Entwicklung von Forschungsprojekten, die sich an die Bevölkerung von Gemeinden als Zielpopulation für Interventionsmaßnahmen richteten.

Dabei lassen sich zwei verschiedene Ansätze voneinander unterscheiden:

Der *epidemiologische Ansatz* (vertreten von den Medizinern), der sich konzentriert auf Screening-Untersuchungen zum Nachweis der Wirkung von Interventionsmaßnahmen zur Senkung von Risikofaktoren bzw. Morbiditäts- und Mortalitätsraten. Gemeinden werden ausgewählt als abgrenzbare Bevölkerungsgruppen, um Zielpopulationen mit Referenzpopulationen vergleichen zu können⁴).

Davon zu unterscheiden ist der *interventionbezogene Ansatz* (vertreten von den Sozialwissenschaftlern), der sich vorrangig auf die Nutzung der auf Gemeindeebene vorgefundenen Organisationen zur Implementation von Interventionsprogrammen konzentriert. Hierbei geht es primär um die Untersuchung der Machbarkeit, der Akzeptanz sowie positiver Veränderungen im Gesundheitsverhalten bestimmter Bevölkerungsgruppen⁵).

Betrachtet man die Entwicklung in den verschiedenen Projekten, so läßt sich feststellen, daß von diesen unterschiedlichen Ansätzen her immer deutlicher die spezifischen Vorteile des Gemeindeansatzes erkannt wurden. Die primär unter epidemiologischen Gesichtspunkten angelegten Studien entwickelten sich zu gemeindezentrierten Interventionsstudien.

In den von der Interventionsseite her konzipierten Projekten erkannte man die Chancen einer Nutzung der spezifischen sozialen

Strukturen und Beziehungen (Netzwerke) in der Gemeinde.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde in den 70er Jahren mit der Durchführung bzw. Planung von gemeindebezogenen Projekten begonnen, wobei man anfänglich klar zwischen primär epidemiologisch angelegten Studien (Cochem, Eberbach/Wiesloch) und interventionsbezogenen Projekten (Mettmann, Emmendingen) unterscheiden kann. 1980/81 wurden dann die ersten wissenschaftlichen Konzepte gemeindebezogener Prävention veröffentlicht (Nüssel u. a. 1980, v. Troschke/Füller 1981, Franzkowiak/Peppler/Laaser 1981, AOK Mettmann 1981 und v. Troschke 1983).

Trotz einer Annäherung der in der Anfangsphase zum Teil sehr unterschiedlich auf die Gemeindebezogenen Interventionsansätze lassen sich in der wissenschaftlichen sowie in der politischen Diskussion Kontroversen feststellen.

Diese beziehen sich vor allem auf die Einschätzung der Rolle der freiniedergelassenen Ärzteschaft, der Einrichtung von Gesundheitszentren und der Forderung nach einem kontrollierten Studiendesign.

Im folgenden werden die bisher gelaufenen bzw. geplanten gemeindebezogenen Interventionsstudien beschrieben und in ihren wesentlichsten Ansätzen charakterisiert.

Modellprojekt „Cochem lebt gesund“

Die erste einschlägige Studie ist das Modellprojekt „Cochem lebt gesund“, das 1975 in der Kleinstadt Cochem mit 7200 Einwohnern begonnen wurde. Am Anfang stand eine Screeninguntersuchung der wichtigsten Herz-Kreislauf-Risikofaktoren. Eine zweite Gemeinde mit ähnlicher sozioökonomischer Struktur wurde als Referenzgemeinde hinzugezogen. Die im Rahmen der Screeningun-

tersuchung in der Interventionsgemeinde erfaßten Risikofaktorenträger wurden zur Konsultation eines Arztes und zur Teilnahme an gesundheitsbezogenen Aktivitäten motiviert.

Ergänzend zu den gesundheitserzieherischen Angeboten in der Gemeinde wurden Maßnahmen zur Gesundheitsbildung, zur Förderung der körperlichen Gesundheit sowie zur psychosozialen Gesundheit neu eingeführt. Nach zwei Jahren erfolgte in beiden Gemeinden eine zweite Screeninguntersuchung, die in der Interventionsgemeinde eindeutige Verbesserungen ergab (im Vergleich zu weitgehend konstanten Werten in der Referenzgemeinde).

► Ein auffallendes Ergebnis der Studie war es, daß 70 Prozent der Risikofaktorenträger der Empfehlung zur Konsultation eines Arztes folgten. Nur 10,8 Prozent befolgten den Ratschlag von Ärzten zur Teilnahme an den angebotenen gesundheitsbezogenen Aktivitäten.

Das Herz-Kreislauf-Programm der WHO

Ebenfalls im Jahre 1975 wurde im Rahmen der WHO mit der Planung eines Programms begonnen mit dem Titel „Comprehensive Cardiovascular Control Programs in the Community“ (CCCP). Ziel dieses Projektes war „to prevent diseases, to reduce mortality and morbidity, and to help cardiovascular patients to return . . . in the life of the community“. Der Begriff Gemeinde wurde definiert als „a group of people living in a defined geographical area“.

Im Rahmen dieses Programms wurden u. a. das berühmte gewordene „Nord-Karelien-Projekt“ (in einer Region Finnlands mit 180 000 Einwohnern) und das Projekt „Novisad“ (eine Stadt in Jugoslawien mit 230 000 Einwohnern) durchgeführt. ►

Das Eberbach/Wiesloch-Projekt

Für die Bundesrepublik Deutschland wurde 1976 innerhalb des WHO-Programms mit dem Herz-Kreislauf-Vorsorgeprojekt Eberbach/Wiesloch begonnen. Am Anfang stand eine Totalerhebung von sieben klassischen Risikofaktoren (Rauchgewohnheiten, Gewicht, Blutdruck, Cholesterin, Triglyzeride, Harnsäure, Blutzucker) bei 4590 Männern und 5484 Frauen im Alter zwischen 30 und 59 Jahren. Die Studie steht in engem Zusammenhang mit einem 1970 eingerichteten Herzinfarktregister, in dessen Areal auch die als Referenzgemeinde ausgewählte Stadt Neckargemünd fällt. Die eigentliche Intervention wurde 1978 begonnen mit einer „Methodensuchphase“, die ursprünglich 1979 abgeschlossen sein sollte, derzeit aber noch andauert (seit 1980 finanziert im Rahmen der DHP).

Die Interventionsaktivitäten werden in der direkten Kommunikation mit den Bürgern (vor allem im Zusammenhang mit den durchgeführten Screeninguntersuchungen) im Verlauf der Studie entwickelt. Dabei wird auf eine Planung und steuernde Beeinflussung durch die Forschungsgruppe verzichtet und die Initiative vor allem engagierten Bürgern in der Gemeinde überlassen. „Innerhalb des gesamten Projektes bestimmen konkrete Erfahrungen die Vorgehensweise. Theorien, gezielte A-priori-Hypothesen und Interpretationen werden so wenig wie möglich benutzt“ (Nüssel 1980, S. 440). Als Begründung dafür wird angeführt, daß „diese Steuerungselemente . . . sich uns in der klinischen Epidemiologie zu oft als falsch erwiesen“ haben (a.a.O. S. 440).

Anfängliche Konflikte mit der lokalen Ärzteschaft wurden u. a. dadurch bewältigt, daß ein von den Wieslocher Ärzten entwickeltes Programm ambulanter Koronargruppen zur sekundären Prävention in die Studie integriert wurde. Im Projektverlauf wurde das sog.

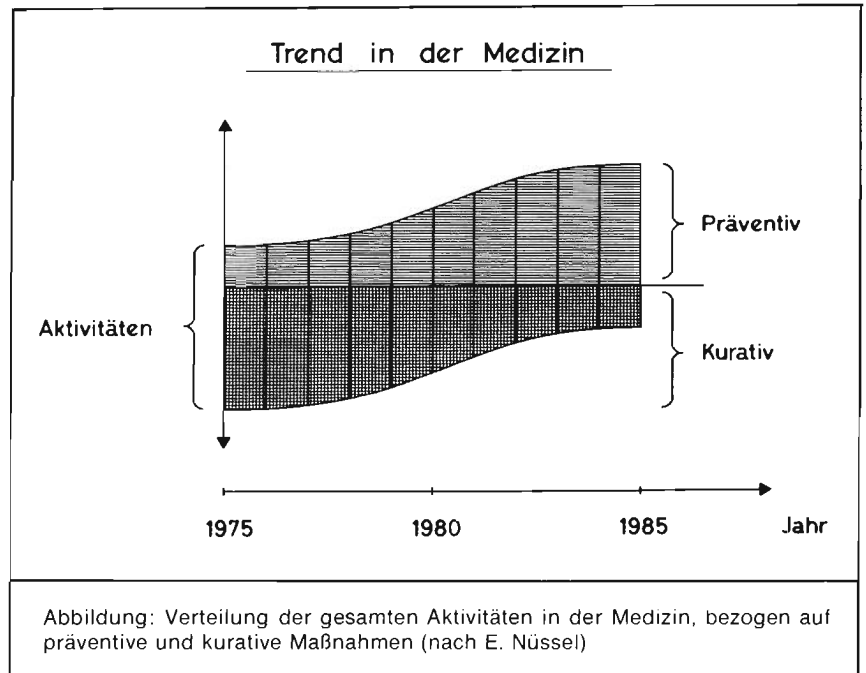


Abbildung: Verteilung der gesamten Aktivitäten in der Medizin, bezogen auf präventive und kurative Maßnahmen (nach E. Nüssel)

Modell kommunaler Prävention entwickelt, das „arztzentriert“ ist. Zugrunde gelegt wird dabei eine medizinische Konzeption von der Gemeinde als Organismus, der ähnlich wie der Organismus des Individuums ärztlicher Diagnose und Therapie bedarf. Der Individualmedizin wird eine sog. Populationsmedizin gegenübergestellt. Hierzu ein Zitat: „Betrachten wir die Gemeinde als Ansatzstelle der Prävention, so geschieht dies aus individualmedizinischer Sicht. Hier ist die Gemeinde ein ‚Mittel‘ der auf das Individuum bezogenen Prävention. Die populationsmedizinische Prävention begreift die Gemeinde nicht als Ansatzstelle bzw. Mittel, sondern wie den Patienten in der Individualmedizin als Objekt der Prävention.“ (Nüssel u. a. 1980)

Die ärztliche Perspektive des Epidemiologen, der sich ursprünglich auf die Diagnose pathogener Phänomene in sozialen Gruppen und Populationen konzentrierte, wird logisch erweitert durch den therapeutischen Ansatz. Während der Arzt in der Individualmedizin bei einzelnen Patienten Krankheiten diagnostiziert und behandelt, un-

tersucht der Epidemiologe Populationen und läßt seiner Diagnose die Therapie folgen. Die Gemeinde wird dabei verstanden als Organismus, auf den der Arzt durch Beratung einwirken kann. Dabei vertraut er vor allem auf die „natürlichen Selbstheilungstendenzen“ des Organismus und erwartet, daß die Bürger der Gemeinde selbst die für sie attraktiven und akzeptablen Interventionsaktivitäten entwickeln und durchführen. Als einzig eingreifende Intervention in den Organismus Gemeinde wird eine „Arbeitsgemeinschaft Gesundheit“ quasi als Schrittmacher implementiert, die die Aktivitäten der Bürgerschaft anregen und koordinieren soll.

Die Rolle der Ärzteschaft in dieser Konzeption wird hergeleitet aus der Erwartung, daß kurzfristig sich der „Trend in der Medizin“ weg von der kurativen und hin zu der präventiven Medizin entwickeln wird⁶⁾.

Charakteristisch für diese Studie ist das weitgehend offene Interventionskonzept, das unter dem Primat der Beratung durch die niedergelassene Ärzteschaft reaktiv

Präventive Gemeindestudien

die sich in der Gemeinde entwickelnden Aktivitäten aufgreift und unterstützt. Auf eine Planung und Steuerung der ablaufenden sozialen Prozesse wird bewußt verzichtet.

Ebenso wird keinerlei systematische Prozeßevaluation betrieben. Dadurch ergeben sich Probleme in bezug auf die Interpretation der in den Screeninguntersuchungen und im Herzinfarktregister erhobenen Daten sowie in der Beurteilung der Übertragbarkeit der Interventionserfahrungen auf andere Gemeinden. Das Modell kommunaler Prävention wird allgemeiner propagiert, obwohl noch keine Evaluationsdaten vorliegen bzw. veröffentlicht wurden.

Das Mettmann-Projekt

Mit diesem seit 1977 in zehn Gemeinden durchgeführten Modell⁷⁾ sind vier verschiedene Studien verbunden, die unterschiedliche Aspekte des Gemeindeansatzes bearbeitet haben:

- ▷ die ursprüngliche „Aktion Gesundheit“ einer Krankenkasse (AOK des Kreises Mettmann),
- ▷ die Organisation, Durchführung und wissenschaftliche Begleitung sog. „Gesundheitszentren“ durch ein Forschungsinstitut (IFT) (im Auftrag des BMA),
- ▷ die Erstellung eines „Gesundheitsatlas“, der gesundheitsbezogene Angebote von Trägerorganisationen im Landkreis Mettmann darstellen sollte durch ein Universitätsinstitut im Rahmen eines umfassenden Forschungsverbundes über „Laienpotential, Gesundheitsselbsthilfe und Patientenaktivierung“ (im Auftrag des BMFT),
- ▷ die Fortbildung der niedergelassenen Ärzteschaft zur Gesundheitsberatung durch das IFT (im Auftrag des BMA) und
- ▷ andere Aktivitäten (z. B. „Gesundheitsclubs“ für Kinder).

Diese Forschungsaktivitäten wurden weitgehend unabhängig voneinander geplant und durchgeführt.

Grundlage ist die Aktion Gesundheit der AOK des Kreises Mettmann mit zehn Gemeinden und insgesamt 484 000 Einwohnern. Das Programm ist eingebettet in ein umfassendes Konzept zur Erklärung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen. Im Mittelpunkt stehen die Geschäftsstellen der AOK, von denen aus gesundheitsbezogene Aspekte an die Versicherten herangetragen werden. Darüber hinaus werden andere Trägerorganisationen (Kindergärten, Schulen, Sportvereine usw.) zur qualitativen und quantitativen Verbesserung ihrer Angebote motiviert. Als Handlungskonzept wurden die Prinzipien des sozialen Marketings zugrunde gelegt: Aufbauend auf einer repräsentativen Befragung im Kreis Mettmann (Marktforschung) wurde ein sog. Marketing-Mix zusammengestellt. Von besonderer Bedeutung dabei ist die Einrichtung von fünf AOK-Gesundheitszentren mit sozialwissenschaftlichen Mitarbeitern, in denen vor allem Kursprogramme gegen die Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht, Streß und Bewegungsmangel angeboten werden. Die Untersuchungen zur Erstellung eines regionalen „Gesundheitsatlas“ kamen zu dem Ergebnis, daß die gesundheitsbezogenen Angebote unzureichend und vor allem zu wenig miteinander koordiniert sind. Hieraus wurde der Schluß gezogen, die Bildung einer lokalen Arbeitsgemeinschaft mit den Vertretern dieser Organisationen vorzunehmen, in der eine kontinuierliche Absprache erfolgen soll. Die Evaluation der Akzeptanz gesundheitsbezogener Kursangebote durch die Gesundheitszentren zeigte u. a., daß nur begrenzt neue Zielgruppen erreicht und zu einem besseren Gesundheitsverhalten gebracht werden konnten. Die angesprochenen Ärzte des Landkreises waren nur zu einem kleinen Teil bereit, sich aktiv zu beteiligen. Insgesamt

zeigt das Modell Mettmann vor allem die Schwierigkeiten, die eine im gesundheitspolitischen Feld in spezifischer Weise verankerte Institution wie die Krankenkasse hat, im Rahmen einer gemeindebezogenen Intervention andere Trägerorganisationen zur Kooperation zu motivieren. Auffallend ist, daß auf eine Evaluation der Veränderungen von Risikofaktoren, Morbiditäts- und Mortalitätsraten in dieser Studie verzichtet wurde.

Gemeindestudie Emmendingen

Ebenfalls im Jahr 1977 wurde in der Kreisstadt Emmendingen (25 000 Einwohner) mit einer Gemeindestudie begonnen, in der es primär um die Erforschung der Möglichkeiten des sozialen Feldes der Gemeinde ging zur Nutzung von Interventionsmaßnahmen zur Gesundheitsaufklärung. Ausgehend von einer Aktionswoche zur Krebsvorsorge wurde im Herbst 1979 ein umfassendes Programm zur positiven Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens in verschiedenen sozialen Bereichen der Gemeinde durchgeführt: in Kindergärten Schulen, Betrieben, Arztpraxen, Apotheken, Sportvereinen u. a. Lokale Vertreter der Politik und Verwaltung wurden ebenso mit einbezogen wie die öffentlichen Medien. Eine schriftliche Befragung von 1010 Einwohnern zur Einschätzung der Erfahrungen mit dem Programm wurde ergänzt durch 100 Interviews in Arbeiterhaushalten. Eine wissenschaftliche Auswertung der Erfahrungen wurde in Buchform publiziert, zusammen mit einer weitgehend operationalisierten Anleitung zur Durchführung von Gesundheitswochen in Gemeinden oder Stadtteilen. Dabei wurden zum ersten Mal Vorschläge zu einer die Intervention vorbereitenden Gemeindeanalyse gemacht sowie ein umfassendes Multiplikatorenkonzept für gemeindespezifische Interventionen erstellt. Die Interventionsaktivitäten wurden durch eine Arbeitsgemeinschaft

mit engagierten Mitgliedern aus der Gemeinde organisiert, koordiniert und durchgeführt.

Das „Münchner-Bluthochdruck-Programm“ (MBP)

Dieses Programm verfolgt einen epidemiologischen Gemeindeansatz und baut auf der „Münchner-Bluthochdruck-Studie“ auf, die 1980/81 als Querschnittsstudie mit follow up konzipiert wurde. Von den rund 1,3 Millionen Einwohnern der Großstadt München wurde eine Stichprobe von 3400 Personen gezogen (repräsentativ für 524 328 deutsche Bürger der Altersgruppe 30 bis 69 mit erstem Wohnsitz in München). Diese wurden hinsichtlich ihres Blutdrucks untersucht und mit einem Fragebogen befragt. Als ein wichtiges Ergebnis zeigte sich, daß ca. die Hälfte der dabei erkannten Hypertoniker (47,5 Prozent) nicht behandelt wurden; dabei war in 25,1 Prozent der Fälle der Hypertonus unbekannt, in 22,4 Prozent der Fälle bekannt, wurde aber trotzdem nicht behandelt. Zur Verbesserung dieser Situation wurde eine Interventionsstudie geplant mit dem mittelfristigen Ziel der Entdeckung und Kontrolle des Bluthochdrucks und der Risikofaktoren Rauchen und Übergewicht. Hierzu sollten drei Strategien angewandt werden: (1) Unterstützung der niedergelassenen Ärzte bei der Bekämpfung des hohen Blutdrucks durch koordinierte ärztliche Fortbildung und erweiterte Fortbildungsaktivitäten, (2) Information und Motivation der Bevölkerung durch periodische Aufklärungs- und Informationskampagnen, (3) betriebsbezogene Früherkennungsaktionen (Screening). Hier wurde die Gemeinde primär gewählt als abgrenzbare Population für Screeninguntersuchungen. Erst aus den dadurch gewonnenen Ergebnissen wurde die Notwendigkeit zu interventiven Maßnahmen hergeleitet, die weitgehend ohne direkten Bezug zur sozialen Struktur der Gemeinde durchgeführt werden sollen.

Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)

Mit dieser Studie, die seit 1979 geplant und vorbereitet wird und 1984 mit einer achtjährigen Hauptstudienphase beginnen soll, werden die Konsequenzen aus den bisher vorliegenden Erfahrungen gezogen und ein neues, weiterführendes Konzept gemeindebezogener Interventionen erprobt.

Hierzu wurde inzwischen ein Studienhandbuch von der Geschäftsführung (Hoffmeister/Kreuter/v. Troschke) vorgelegt und von der Multizentrischen Studienleitung verabschiedet.

Die DHP versteht sich als Interventionsstudie, die mittels systematischer Prozeß- und Ergebnisevaluation ein umfassendes Interventionskonzept hinsichtlich seiner Übertragbarkeit auf andere Gemeinden erproben und prüfen will. An erster Stelle steht somit das gemeindezentrierte Interventionskonzept, das die Gemeinde als soziales System versteht, in dem durch gezielte Interventionsmaßnahmen gesundheitsfördernde Prozesse unterstützt werden sollen⁸.

Am Anfang steht eine umfassende Gemeindeanalyse, in der die gewachsenen sozialen Strukturen mit ihren unterschiedlichen Beziehungen erfaßt werden. Ein wichtiger Schritt ist die Gewinnung der Unterstützungsbereitschaft der lokalen Macht- und Einflußträger, der lokalen Ärzteschaft, der Apotheker, der Schulbehörden, der Vereine und Betriebe.

Darauf aufbauend wird ein Arbeitskreis Gesundheit⁹ mit engagierten Mitgliedern der Gemeinde eingerichtet, der die gesundheitsbezogenen Aktionen in der Gemeinde plant, organisiert und steuert. Multiplikatoren aus der Gemeinde sollen die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse in einheitlich durchgeführten Fortbildungsprogrammen vermittelt werden.

Der sozialwissenschaftliche Interventionsansatz betrachtet die Gemeinde nicht als black box, sondern als durchschaubares System zur Förderung der Gesundheit der Bürger, das durch geeignete Interventionsmaßnahmen positiv beeinflusst werden kann.

Ebenso wie der Arzt seine Patienten nur in bezug auf Gesundheit und Krankheit sinnvoll beraten kann durch eine differenzierte medizinische Kenntnis der Strukturen und Funktionen des menschlichen Organismus, so kann der Gesundheitserzieher den „Organismus“ Gemeinde nur dann sinnvoll beeinflussen, wenn er hinreichende Kenntnisse über die sozialen Strukturen und Funktionen hat.

Eine zweite wesentliche Säule des Konzeptes der DHP ist eine umfassende und systematische Prozeßevaluation, die die ablaufenden sozialen Prozesse, Einstellungen und Meinungen in der Gemeinde im Zeitverlauf der Studie erfaßt. Nur so ist es möglich, sich ein Bild über die Wirkungen der durchgeführten Interventionsmaßnahmen zu machen und daraus Schlußfolgerungen für zukünftige Präventionsaktivitäten in Gemeinden ziehen zu können.

Die dritte Säule besteht in einer umfassenden Ergebnisevaluation epidemiologisch relevanter Daten, wobei als Referenzpopulation vergleichbare Stichproben aus der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland gezogen werden.

Beteiligung der Ärzteschaft

Bei der DHP handelt es sich um ein wissenschaftlich begründetes Studiendesign mit einer systematisch kontrollierten Erprobung eines auf das soziale System Gemeinde bezogenen Interventionsansatzes. Der Vorteil der Studie liegt in den umfassenden Erfahrungen, die in der Vorstudienphase von den beteiligten Studien-

Präventive Gemeindestudien

zentren gewonnen werden konnten, insbesondere zur Nutzung der verschiedenen Zugangswege über die niedergelassenen Ärzte, Apotheker, Betriebe, Schulen, Selbsthilfegruppen und Sportvereine.

Vergleichen wir die nationalen und internationalen Gemeindestudien, dann können wir feststellen, daß die Rolle der Ärzteschaft unterschiedlich beurteilt wird; dabei finden sich folgende Extreme: entweder glaubt man, auf die Mitarbeit der Ärzte verzichten zu können, oder man mißt ihnen die alleinige Verantwortung zu. Beide Positionen werden den Erfordernissen gemeindebezogener Prävention nicht gerecht. Die DHP hat sich deshalb für einen realisti-

schen Ansatz entschieden, der der lokalen Ärzteschaft soweit als möglich und zumutbar eine konkrete präventive Funktion in Kooperation mit anderen gesundheitsbezogenen Berufsgruppen (s. a. gesundheitspolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft) ermöglicht. So soll eine breite Ansprache der unterschiedlichsten Bevölkerungsgruppen erreicht werden.

Zusammenfassende Bewertung

In der Bundesrepublik Deutschland werden vier alternative Ansätze gemeindebezogener Prävention verfolgt:

▷ die Anwendung traditioneller Maßnahmen zur Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung in der abgegrenzten Population einer Großstadt (MBP),

▷ die Nutzung der organisatorischen und finanziellen Ressourcen einer allgemeinen Ortskrankenkasse in einem Landkreis (Modell Mettmann),

▷ die Anregung der Bürgerschaft in kleineren und mittleren Gemeinden zur Entwicklung und Durchführung von Gesundheitsaktionen (Modell kommunale Prävention),

▷ die geplante Anwendung einer gemeindebezogenen Interventionsstrategie mit systematischer Prozeßevaluation und umfassender epidemiologischer Ergebnisevaluation in verschiedenen Gemeinden und Stadtteilen Deutschlands (DHP).

Welcher dieser Ansätze von der Bevölkerung akzeptiert wird, welcher nach den Kriterien der Gesundheitsaufklärung und nach denen der Medizin am effektivsten ist und welcher für das Sozialversicherungssystem am effizientesten ist, muß in wissenschaftlichen Untersuchungen geklärt werden, bevor es gesundheitspolitisch verantwortlich ist, derartige „Modelle“ allgemein in der Bundesrepublik Deutschland zu verbreiten. Obwohl mit den Fragen gemeindebezogener Prävention auch gesundheitspolitische Probleme und gruppenspezifische Interessen angesprochen werden, ist zu hoffen, daß so lange auf „politische“ Stellungnahmen verzichtet wird, bis hinreichende wissenschaftliche Daten vorliegen.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med.
Jürgen von Troschke
Abteilung für
Medizinische Soziologie
Universität Freiburg
Stefan-Meier-Straße 17
7800 Freiburg

Anmerkungen

1) Siehe hierzu u. a. Schettler 1982, Epstein 1983, Mannebach u. a. 1982, Junge u. a. 1982. An großen Interventionsstudien in den USA wären zu nennen: Das Stanford Three City Project, Stanford Five City Project, Pawtucket Heart Health Program, Minnesota Heart Health Program u. a. – 2) Siehe hierzu u. a. von Troschke 1976, Voigt 1978, BZgA 1980 – 3) Siehe u. a. von Troschke 1981, Kickbusch 1981, Franzkowiak/Wenzel 1983 – 4) Dies gilt vor allem für die o. g. amerikanischen Interventionsstudien der „Ersten Generation“ sowie die Studien im CCCP-WHO-Programm. – 5) Aus der Fülle diesbezüglicher Modellaktionen mit einem gemeindebezogenen Anspruch können genannt werden:
– die Veranstaltung von Gesundheitswochen (Grosse-Sudhues 1980; Murza/Nacke 1980)
– die Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft Gesundheit im Landkreis Steinburg (Moritzen 1981)
– die Einrichtung der Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg des Gesundheitsamtes München (Wiedemann 1981)
– die Einrichtung eines Gesundheitsparks der VHS in München (Schmid-Neuhaus 1981)
– die Ausbildung gemeindenaher Gesundheitsberater als Partner der Gesundheits- und Sozialdienste (Schultze-Rhonhof 1981)
– die Durchführung gesundheitsbezogener Gemeinwesenarbeit (Geiger 1980)
– die Gründung des Gesundheitszentrums Gropiusstadt als Gruppenpraxis (Kater 1981)
– die Einrichtung eines Gesundheitsforums zusammen mit der VHS (Mannebach 1980). – 6) Diese Erwartung halten wir weder für realistisch noch für sinnvoll. Zum einen ist abzusehen, daß immer mehr Menschen immer älter werden und deshalb die Notwendigkeit kurativer Behandlungen

eher ansteigen als abnehmen wird. Zum anderen würde eine derartige Überbetonung präventiver Aufgaben den Arztberuf grundsätzlich verändern, was sicherlich dem Selbstverständnis der Mehrzahl der derzeit praktizierenden Ärzte nicht entspricht (siehe dazu auch Schwartz 1982). Schließlich sollte man nicht vergessen, daß es sich bei der primären Prävention um Gesunde handelt, die z. T. – wie bisherige Erfahrungen zeigen – nicht bereit sind, an Vorsorgeprogrammen teilzunehmen. – 7) Das Modell wird in diesem Rahmen als gemeindebezogene Interventionsstudie besprochen, obwohl der Projektträger einen diesbezüglichen Anspruch zurückweist. Allerdings sprechen die programmatischen Aussagen im Grundlagenbericht zur Aktion Gesundheit Nr. 11 eindeutig für eine derartige Zuordnung. – 8) Die DHP entspricht hier einer Forderung der WHO, nach der „eine der neuen Aufgaben im Rahmen der Gesundheitserziehung . . . darin (besteht), bereits vorhandene Sozialstrukturen, die zu Gesundheitsverhalten in der Prävention beitragen, zu stützen und diese miteinander in Beziehung zu bringen, wie z. B. die Familie, Schule, Peer-Gruppen, die Nachbarschaft und die Gemeinde. (S. 12 Kickbusch, 1981) – 9) Hiervon zu unterscheiden sind die Arbeitsgemeinschaften, die lt. Entschließung der 50. GMK am 10. 12. 1982 auf der Kreisebene unter Federführung des Gesundheitsamtes einzurichten sind. Diese sollen vor allem nach dem Delegationsprinzip mit Vertretern gesundheitsbezogener Organisationen zusammengesetzt sein. Der Arbeitskreis Gesundheit dagegen soll sich zusammensetzen aus besonders engagierten Gemeindegliedern, die bereit und in der Lage sind, über einen längeren Zeitraum hinweg im Sinne der DHP Aktionen zu planen, zu organisieren und durchzuführen. – 10) Die DHP entspricht somit den vom 83. Deutschen Ärztetag in Berlin beschlossenen gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft.