

nation auf die Schüler aus; häufig wird gar das Pausenklingeln überhört.“

An der neuen Studie der Herzstiftung in Hessen nehmen 50 Klassen mit 1 300 Schülern der Jahrgangsstufe 7 von Haupt-, Real- und Gesamtschulen sowie von Gymnasien teil. Im Rahmen des normalen Unterrichts werden in einem Zeitraum von zwei bis vier Wochen insgesamt acht Schulstunden dem Projekt gewidmet. Mit Hilfe von Ärzten lernen die Schüler zunächst die Funktionen von Herz, Kreislauf und Lungen kennen – und die akute Wirkung von Nikotin auf diese Organe.

In einem zweiten Schritt stellt das Programm den Jugendlichen ein positives Nichtraucherbild vor: angefangen bei dem Mehr an Lebensqualität über die größere Leistungsfähigkeit bis hin zur Unabhängigkeit von dem Suchtmittel Nikotin. Schließlich sollen die Schüler Techniken zur Selbstbehauptung innerhalb von Gruppen erlernen. Wie kann in diesem Alter ein Angebot zum Mitrauchen begegnet werden?

Gut informiert über Risiken

Aufschlüsse über den Erfolg des Programms erhofft sich die Herzstiftung von den Ergebnissen einer Eingangsbefragung zum Rauchverhalten. Als Vergleichsgruppe werden dabei zusätzlich 900 Schüler aus der gleichen Jahrgangsstufe und derselben Schule befragt, die nicht an dem Unterrichtsprogramm teilnehmen.

Nach der ersten Auswertung der Befragung liegt bereits eine Reihe von Erkenntnissen vor: Danach hat ein knappes Drittel der etwa 13 Jahre alten Jungen und Mädchen „schon einmal eine Zigarette probiert“. Nur drei Prozent rauchen in diesem Alter „ein- bis zweimal pro Woche oder häufiger“. Nahezu alle befragten Schüler zeigten sich über die gesundheitlichen Risiken des Rauchens sehr gut informiert. Trotzdem gaben immerhin 37,4 Prozent an, es sei schwierig, nicht zur Zigarette zu greifen, wenn Freunde und Geschwister rauchten. JM

Präventionsmodelle

Eine Brücke zwischen Theorie und Praxis

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert seit Jahren präventionsbezogene Modellvorhaben. Es geht dabei sowohl um die Überprüfung und Weiterentwicklung bestehender Methoden und Konzeptionen als auch um die Erprobung neuer Ansätze. Der folgende Beitrag gibt einen kurzen Überblick über verschiedene Modellvorhaben – von der mobilen Drogenprävention bis hin zum Lebensmittelschadstoffmonitoring.

Die Bedeutung, die präventionsbezogene Modellvorhaben in den letzten Jahren für das Bundesgesundheitsministerium gewonnen haben, ergibt sich aus zwei Gesichtspunkten:

Gesundheitspolitisch ist in den letzten Jahren Prävention zunehmend in den Fokus von Regierungsaktivitäten getreten. Die Parole „Vorbeugen statt Heilen“ bestimmt zwar noch nicht die Ausgabenblöcke der verschiedenen Gesundheitsbudgets, die immer noch stärker Krankheitsbudgets sind, ist aber im Bewußtsein der Bevölkerung bereits zum Allgemeingut geworden. Und die Steigerung unserer Lebenserwartung geht vor allem auf verbesserte Lebensumstände zurück.

Der zweite Grund ergibt sich aus verfassungsrechtlichen und gesetzlichen Vorgaben der Kompetenzzuordnung und Zuständigkeitsverteilung in unserem Gesundheitswesen. In einem Land der Therapiefreiheit ist es nicht Aufgabe des Bundesgesetzgebers, wirksame Therapien herauszufiltern und verbindlich vorzuschreiben. Therapieforschung und entsprechende Modellvorhaben gehören also nicht zu den Aufgaben des Bundesgesundheitsministers, sondern gerade präventionsorientierte Vorhaben. Dies schließt nicht aus, daß der Bund im Rahmen seiner Forschungsförderungskompetenz entsprechende Entwicklungsarbeiten und die Evaluation bestehender Therapien fördert und die Ergebnisse als Material in medizinische Dis-

kussions- und Entscheidungsprozesse einspeist (Förderaktivitäten des Bundesministers für Forschung und Technologie im Rahmen des gemeinsamen Programms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“).

Da Prävention die Brücke schlägt zwischen Medizin, individuellem Verhalten und Lebensbedingungen, sind zur modellhaften Erprobung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen allerdings auch alle die staatlichen und gesellschaftlichen Instanzen aufgerufen, die für unsere Lebensumwelt Verantwortung tragen und über Beeinflussungsmöglichkeiten verfügen. Dazu zählen neben dem Bund auch Länder, Kommunen (erwähnt sei hier das WHO-Projekt „Healthy Cities“), Krankenkassen, Gewerkschaften, Berufs- und Wohlfahrtsverbände. Wichtige Anstoßgeber können daneben Gruppen und Selbsthilfebewegungen sein.

Einige Beispiele für das Bundesengagement aus verschiedenen Bereichen:

„Mobile Drogenprävention“

Im Modellprojekt „Mobile Drogenprävention“ werden bundesweit 37 Präventionsfachkräfte eingesetzt, um die suchtpreventiven Aktivitäten in bislang unterversorgten ländlichen Gebieten zu verstärken sowie neue Maßnahmen zu initiieren. Weit im

Vorfeld problematischen Drogengebrauchs sollen Aktivitäten auf den verschiedenen Ebenen des öffentlichen und gesellschaftlichen Lebens angeregt, verstärkt, begleitet und gegebenenfalls vernetzt werden. Schwerpunktmäßig wird im primärpräventiven Bereich gearbeitet, und es sind folgende Maßnahmen geplant:

▷ Informations- und Wissensvermittlung über die individuelle und gesellschaftliche Wirkung von Drogen,

▷ Sensibilisierung zu gesundheitsbewußtem Verhalten,

▷ Vermittlung positiver Erlebnismöglichkeiten, Normen und Werte, z. B. durch alternative Problemlösungsstrategien zum Drogenkonsum,

▷ Hilfestellung zum frühzeitigen Erkennen und Aufarbeiten individueller Problemlagen,

▷ Aufbau, Entwicklung und Vermittlung von Orientierungs- und Erfahrungsmustern für einen angemessenen, sozialintegrierten Umgang mit legalen Suchtmitteln.

Gesundheit und Ernährung

Gesundheitserziehung und Ernährungsverhalten waren Gegenstände eines mit der Gesundheitsbehörde in Hamburg von 1980 bis 1987 durchgeführten Modellvorhabens mit dem Titel: „*Gesundheitsberatung von Hamburger Schülerinnen und Schülern sowie deren Familien unter besonderer Berücksichtigung der Ernährungsgewohnheiten*“.

An dem unter Mitarbeit der Behörde für Schule und Berufsbildung durchgeführten Modellvorhaben waren 709 Hamburger Schüler an insgesamt vier Gesamtschulen sowie 26 Lehrer beteiligt. Ausgangspunkt war die Überlegung, daß bei den Zivilisationskrankheiten, die an der Spitze der Todesursachenstatistik stehen, schon bei Kindern und Jugendlichen präventiv eingegriffen werden mußte. Unter Berücksichtigung individuellen Verhaltens einerseits und gesellschaftlicher sowie schulischer Bedingungen andererseits wurden die Einstellungen und Haltungen von 10–15jährigen Schülern durch die ih-

nen vertrauten Lehrer beeinflußt. Das bedeutet, daß der Schwerpunkt der interventiven Arbeit im Modellvorhaben in der Zusammenarbeit und Fortbildung der Lehrer lag. Durch die Anleitung eines pädagogischen Teams hatten diese Lehrer während der dreijährigen Interventionsphase die Möglichkeit, sich in Arbeitsgruppen mit Inhalten der Gesundheitserziehung auseinanderzusetzen, sie für ihren Unterricht gemeinsam aufzubereiten und die Durchführung zu planen. Das Be-

AIDS-Bekämpfung

Zum Schutz der Bevölkerung vor einer AIDS-Infektion stellen Aufklärung und Beratung vorrangige Maßnahmen dar. Angesichts der Zuständigkeit der Länder in den Bereichen Gesundheitsvorsorge und -versorgung kann der Bund hier wesentliche Impulse und Beiträge nur durch Aufklärungsmaßnahmen und Modellförderung leisten. Die nachstehend genannten Modellvorhaben zur AIDS-Bekämpfung vermitteln allerdings nicht nur Beratungshilfen für die nichtinfizierte Bevölkerung, sondern auch für Betroffene (mithin keine reinen Präventionsmodelle). Sie wollen Ansteckungen vorbeugen, aber auch präventiv bei Kranken hinsichtlich einer unnötigen Schwere der medizinischen und Sozialfolgen einer HIV-Infektion wirken.

● Im Rahmen des „*Großmodells Gesundheitsämter*“ wurde über 300 Gesundheitsämtern die Einstellung einer AIDS-Fachkraft ermöglicht, insbesondere um beratende Tätigkeiten in Form von Sprechstunden, aufsuchender präventiver Arbeit, Mitarbeit in Schulen und Institutionen durchzuführen. Mit der wissenschaftlichen Begleitung wurde das Institut für Gesundheitssystemforschung in Kiel beauftragt. Das Modell wurde mit jährlich rund 22 Millionen DM unterstützt.

● Etwa 2,3 Mio DM wurden seit 1982 jährlich für das Modell „*Psychosoziale Beratungsmaßnahmen im Zusammenhang mit AIDS*“ aufgewandt. In seinem Rahmen erfolgt eine intensive Beratung von HIV-Positiven, auch im Hinblick auf zu erzie-

sondere an der modellhaft erprobten Form der Gesundheitserziehung war, daß die Unterrichtsinhalte nicht nur an der Wissensvermittlung über klassische Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol und mangelhafte Ernährung orientiert waren, sondern daß einmal soziale Lernprozesse zur Förderung der Selbstsicherheit und der Selbstverantwortung im Umgang mit Alltagssituationen in den Vordergrund der Interventionen rückten und zum ändern die Familien der Schüler mit einbezogen worden.

lende Verhaltensänderungen (Prävention zugunsten Dritter).

● Ähnliche Ziele verfolgt das Modellprogramm „*Streetworker*“, in dessen Rahmen besonders gefährdete Personen der hauptbetroffenen Gruppen (Homosexuelle, Stricher, Drogenabhängige und Prostituierte) im Rahmen der aufsuchenden Sozialarbeit gezielt Gesundheitshilfe, Aufklärung und Beratung zur Verfügung gestellt wird.

Die Hauptaufgabe der Streetworker besteht darin, in Bars, Clubs, Saunen und Diskos das Gespräch zu den betroffenen Gruppen zu suchen, über mögliche Infektionswege und Schutz vor Ansteckung aufzuklären und bei Problemfällen konkrete Hilfen anzubieten.

Herz-Kreislauf-Prävention

Mit der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) ist in der Bundesrepublik Deutschland erstmals in großem Maßstab ein Versuch erfolgt, Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht nur zu therapieren oder einer Früherkennung zuzuführen, sondern ihnen präventiv zu begegnen. Bei ihr handelt es sich um einen multizentrischen und interdisziplinären Praxistest präventiven Wissens. Seine Umsetzbarkeit in gesundheitsförderndes Verhalten des einzelnen wurde einem Großversuch mit mehr als 350 000 Menschen im Alter von 25 bis 69 Jahren unterzogen. Dabei wurden unterschiedliche Modelle der Vermittlung einschlägiger Informationen und der Verhaltensbeeinflussung getestet. ▷

Aus verschiedenen epidemiologischen Studien war hinreichend bekannt, daß das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung mit individuellen Merkmalen von Personen korreliert. Diese kardiovaskulären Risikofaktoren umfassen insbesondere erhöhten Blutdruck, überhöhte Cholesterinwerte, Rauchen, Übergewicht, Mangel an körperlicher Aktivität und psychosoziale Einflußfaktoren. Frühere Studien aus dem Ausland deuteten darauf hin, daß ein breit angelegtes multifaktorielles, interdisziplinäres und gemeindeorientiertes Präventionsprogramm durchführbar ist und eine Senkung der Neuerkrankungsrate herbeizuführen vermag. An der DHP sind fast ein Dutzend Forschungsinstitute beteiligt. Die Gesamtkoordinierung erfolgt durch einen wissenschaftlichen Beirat und durch das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD).

Konzepte, Methoden und Studienanlagen wurden während einer von 1979 bis 1983 dauernden Pilot- und Vorstudienphase entwickelt und getestet. 1984 ist die DHP in die Hauptstudienphase eingetreten, die in diesem Jahr abgeschlossen werden soll. Seit 1986 erscheint mit dem DHP-Forum eine studieneigene Veröffentlichungsreihe, in der regelmäßig über die Arbeit in der DHP berichtet wird.

Die Ergebnisse des Modellvorhabens sind von außerordentlicher Bedeutung für die zukünftige Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums. Gefördert wird das Vorhaben im Rahmen des gemeinsamen Programms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ vom Bundesministerium für Forschung und Technologie.

Verringerung der Belastung von Lebensmitteln

Auf sie zielt das Lebensmittel-schadstoffmonitoring: die modellhafte Entwicklung und Erprobung eines bundesweiten Monitoring zur Ermittlung der Belastung von Lebensmitteln mit Rückständen und Verunreinigungen.

Ziel des 1988 begonnenen und auf fünf Jahre befristeten und rund 20 Millionen DM kostenden Forschungs- und Entwicklungsprojektes ist die gesundheitliche Bewertung der über die Nahrung aufgenommenen Mengen an Pflanzenschutzmitteln und Umweltschadstoffen anhand repräsentativer Daten, die auch als Grundlage für weitere Rechtssetzungsmaßnahmen dienen können. Im einzelnen werden

► die Schadstoffe in der Nahrung nach Art und Menge sowie ihrem zeitlichen Trend erfaßt und bewertet,

► die notwendigen Strategien für Ursachenbeseitigung erarbeitet sowie

► die Grundlagen für das Management einer langfristig angelegten Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern in diesem Bereich gelegt.

Begleitforschung und Ergebnistransfer

Beim Lebensmittelschadstoffmonitoring handelt es sich um einen ganz anderen Typ eines Modellvorhabens, um Gesundheit präventiv zu schützen. Wie die Lebensmittelgesetzgebung generell dem vorbeugenden gesundheitlichen Verbraucherschutz dient, so soll dieses naturwissenschaftlich orientierte Modellvorhaben mit seiner kontinuierlichen Beobachtung, Früherfassung und gesundheitlichen Bewertung von Kontaminationen unserer Lebensmittel dem Verbraucher die Sicherheit geben, gesundheitlich unbedenkliche Lebensmittel zu erhalten.

Das eben beschriebene Spektrum der Modellkonzeptionen stellt unterschiedliche Anforderungen an die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Vorhaben. Die Begleitforschung soll sich im wesentlichen beziehen auf:

○ die Beobachtung und Unterstützung der Modelldurchführung,

○ Vorschläge für die Berichterstattung und Öffentlichkeitsarbeit während des Modellverlaufs,

○ die objektive Darstellung des Modellverlaufs, des Nutzens und der Nebeneffekte, auch im Vergleich zu

Regeleinrichtungen und Parallelaktivitäten,

○ Erfolgskontrolle und Ergebnissicherung,

○ Ermittlung der Voraussetzungen für die Übertragbarkeit der Ergebnisse, auch einzelner Modellelemente.

Je nach Modellvorhaben und Zielrichtung wird die inhaltliche und methodische Durchführung jeweils anders akzentuiert werden müssen. Dabei gibt es für die Evaluation von Modellvorhaben zwei Kernkomplexe: die Überprüfung der empirischen Stimmigkeit der Ergebnisse und die Ergebnisbewertung im Kontext gesundheitspolitischer Handlungsoptionen.

Der erste Komplex beinhaltet Fragen der wissenschaftlichen Überprüfung des Vorgehens und der Validität der Modellergebnisse. Bei der Ansteuerung der abgesprochenen Modellziele sollte sich der wissenschaftliche Begleiter nicht nur als Kontrolleur im Auftrag des finanzierenden Ministeriums verstehen; er kann sein kritisches Wissen durchaus auch als Anreger und Warner bereits bei der Modelldurchführung einbringen und insofern unterstützend tätig werden. Das Ministerium ist durchaus damit einverstanden, wenn der wissenschaftliche Begleiter seine Rolle des distanzierten Beobachters verläßt und als Berater tätig wird. In Einzelfällen wird die wissenschaftliche Begleitung daher auch von vornherein zweifach vergeben, als auf das einzelne Modellvorhaben bezogene Optimierung des Modellverlaufs und davon institutionell und personell getrennt als Gesamtevaluation eines zusammengehörenden Bündels von Modellmaßnahmen (so zum Beispiel beim Psychiatriemodellprogramm).

Umsetzung der Modellvorhaben erfordert Bündnispartner

Insgesamt bereitet dem Ministerium weniger die Evaluation von Modellvorhaben Kopfzerbrechen als die spätere Umsetzung der Modellergebnisse, der Transfer in einen erweiterten sozialen Kontext. Hier stimmen später vielfach die politi-

schen Rahmenbedingungen nicht mehr; man findet eine veränderte Handlungsbereitschaft vor. Oder das Erstmodell war zu aufwendig konzipiert, um es gesetzgeberisch umsetzen zu können.

Doch dies sind Sorgen, die weniger den wissenschaftlichen Begleiter des Modellvorhabens berühren als vielmehr den handelnden Ministerialbeamten und Politiker, der mit dem Modell eine Pflanze zum Keimen gebracht hat, bei der nun der Ausbau zu einer Kultur nicht weni-

ger Anstrengungen und Werben um Bündnispartner verlangt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Gottfried T. W. Dietzel
Nußstraße 9
W-5309 Meckenheim

(Kurzberichte über erzielte Ergebnisse sind dem alle 2 Jahre erscheinenden Berichtsband „Forschung und Modellvorhaben des BMG“ zu entnehmen; die Begleitforschungsberichte selbst werden in der Regel in der Schriftenreihe des Ministeriums veröffentlicht.)

Routineuntersuchung in einer Röntgenpraxis

Es geht sicher auch anders

Nach dreieinhalb Jahren war sie längst fällig, die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung. So hatte ich mich dazu durchgerungen, selber Ärztin, inzwischen 51 Jahre alt und mir gegenüber voller Unverständnis, in dieser Beziehung so voller Hemmungen zu sein, diesen Gang nach „Canossa“ zu gehen.

Gynäkologischer Blutdruck: 220/120

Die Atmosphäre bei dem von mir ausgesuchten Gynäkologen war angenehm und trug zur Entspannung bei. Das einleitende und vorbereitende Gespräch zur geplanten Untersuchung war locker, sachlich, voller Interesse und Verständnis für die „Dinge, die da kommen mußten.“ Trotzdem betrug mein Blutdruck 220/120, ein gynäkologischer Blutdruck, wie der nette Kollege mir versicherte. Die Untersuchung verlief nicht anders als zu erwarten, unterbrochen durch ein wichtiges Telefonat bezüglich einer anderen Patientin. Ich hatte vollstes Verständnis. Durch die Unterbrechung war mein erhöhter Blutdruck, für mich spürbar, bereits im Sinken begriffen. „Wann war die letzte Mammographie?“ Sie lag genauso lange zurück wie die letzte Vorsorgeuntersuchung. Eine Kontrolle nach dieser Zeit hielt der freundliche Gynäkologe für angebracht.

So ging ich mit einer Überweisung in ein bekanntes Röntgeninstitut, wo ich, nach telefonischer Rücksprache, jederzeit innerhalb der Sprechstunde diese Untersuchung vornehmen lassen konnte. Ich mußte nicht lange warten. Nach etwa zehn Minuten öffnete sich eine zum Wartezimmer gelegene Kabinentür, mein Name wurde aufgerufen. Ich betrat die Kabine und wurde aufgefordert, den Oberkörper frei zu machen. Eine klare Angelegenheit, denn „oben mit“ geht es nicht. So machte ich mich in der engen, vielleicht 1,5 m² großen Kabine oben herum frei und wartete auf weitere Anweisungen. Nach kurzer Zeit öffnete sich eine Tür, ich wurde in ein Untersuchungs-zimmer gebeten, die Durchführung der Mammographie dauerte etwa fünf Minuten.

„Sie können in die Kabine zurückgehen, aber bitte den Oberkörper frei lassen, der Doktor wird noch mit Ihnen reden.“ Warum der Doktor mit mir reden wollte, und das mit entblößtem Oberkörper, ein Doktor, den ich überhaupt nicht kannte, wollte mir nicht so recht einleuchten. „Er wird Ihnen die Brust abtasten“, war die simple Erklärung. Ich fragte mich: „Wieso eigentlich die Brust?“ Immerhin hatte ich noch zwei, Gott sei Dank! Mein Einwand, daß dies bereits der Gynäkologe erledigt hatte, traf auf kein Verständnis. „Er macht es trotzdem noch einmal“, war die leicht schnippische Antwort.

Also stand ich in der winzigen Kabine, mit bloßem Oberkörper, und wartete auf den mir unbekanntem Doktor. In der kurzen Zeit des Wartens wurde mir klar, in welcher beschämender und entwürdigender Situation ich mich befand. Die Wut stieg in mir hoch. Bevor ich mich jedoch ankleiden konnte, öffnete sich eine andere Tür zu meiner Zelle, ein schlaksiger Hüne, ein blondgelockter jüngerer Mann, der sich als Arzt stellte, stand vor mir, hatte meine inzwischen angefertigte Karteikarte in der Hand, und buchstäblich zwischen Tür und Angel befragte er mich – mich mit bloßem Oberkörper.

„Haben Sie Beschwerden? Wann war die erste Regel? Schwangerschaften? Wann war die letzte Regel?“ Zwischen ja und nein und dann und dann gab es keine Atempause. Dann tastete er mich kurz ab. Das Finale lautete: „Ich habe Ihre Aufnahmen gesehen. Es besteht kein Grund zur Besorgnis. Ich schreibe einen Bericht an Ihren Gynäkologen.“ Aus, fertig, Feierabend, die Tür ging zu, und der schlaksige Doktor war bereits auf dem Wege zum nächsten Opfer. So war ich mir in meiner Minizelle wieder selbst überlassen, ein Zeichen dafür, daß ich mich wieder anziehen durfte, um das Institut verlassen zu können. Gefällt Ihnen diese Behandlungsmethode? Mir jedenfalls nicht!

Ohne Vorbereitung abgetastet

Auch in einem großen medizinischen Betrieb hat man ein Recht, als Patient unter würdigen Voraussetzungen behandelt zu werden. Ich empfinde es als ausgesprochen peinlich, sich ohne jegliche Vorbereitung von einem unbekanntem Arzt abtasten zu lassen. Ein Gespräch in bekleidetem Zustand, auch wenn es noch so kurz ist, in einer Umgebung, die den Rahmen einer Minikabine nur um wenige Quadratmeter überschreitet, ist das Mindeste, was man erwarten darf, und würde zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses führen, auch wenn es sich „nur“ um eine Routineuntersuchung in einer Röntgenpraxis handelt. HG