

**Die Prävention psychischer Erkrankungen
und die Förderung psychischer Gesundheit – 443**

Reinhold Kilian, Thomas Becker

**Inanspruchnahme von Krebs-
früherkennungsuntersuchungen und Einnahme
von Sexualhormonen bei Frauen – Ergebnisse der
Study of Health in Pomerania (SHIP) – 473**

*Sabine Schwarz, Henry Völzke, Dietrich Alte,
Wolfgang Hoffmann, Ulrich John, Martina Dören*

**Lebenszufriedenheit bei chronischen
Erkrankungen: Zum wechselseitigen Einfluss
von Strategien der Krankheitsbewältigung,
Depression und Sozialer Unterstützung – 495**

Eike Fittig, Johannes Schweizer, Udo Rudolph

**Prävention mit Arzneimitteln –
Möglichkeiten und Grenzen – 521**

Ulf Maywald, Isabel Hach

**Telemedizin in der Tertiärprävention: Wirtschaft-
lichkeitsanalyse des Telemedizin-Projektes Zertiva
bei Herzinsuffizienz-Patienten der Techniker
Krankenkasse – 531**

*Heinen-Kammerer, Tatjana; Kiencke, Peter; Motzkat, Kerstin;
Liecker, Bodo; Peterleit, Frank; Hecke, Torsten; Müller, Hardy;
Rychlik, Reinhard*

Hausärztliche Präventivmedizin in kommunaler Kooperation – Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Östringer Modell

Armin Wiesemann, Erika Weih, Wolfgang Braunecker,
Reginald Scheidt*

Abstract

Hintergrund: In einigen europäischen und nordamerikanischen Regionen wird an der Schnittstelle zwischen hausärztlicher Primärversorgung und typischer Public Health eine neue medizinische, überwiegend präventiv orientierte kooperative Versorgungseinrichtung erprobt, die Gemeindemedizin. Als Konsequenz eines erfolgreichen Ansatzes im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP, 1984–91) konnte 1991 das gemeindemedizinische Östringer Modell im Sinne einer hausärztlich verantworteten kommunalen Prävention mit dem Ziel einer besseren »Stadtgesundheit« implementiert werden.

Methodik: Ärzte der Primärversorgung kooperieren untereinander und mit (Sport-)Vereinen, Schulen und Betrieben der lokalen Bevölkerung, indem sie nach der Drei-Ebenen-Strategie vorgehen. Das heißt, dass die individuelle (konventionelle) Sprechstundentätigkeit (1. Ebene) um Gruppenarbeit in der Praxis (2. Ebene) und im Gemeinderahmen (3. Ebene) erweitert wird. Dabei werden gesundheitsfördernde Interventionsmaßnahmen, z.B. ernährungsbewusste Gymnastikgruppen oder Rücken- und Laufgruppen von einer Arbeitsgemeinschaft initiiert und mittels ausgewählter Gesundheitsindikatoren im Rahmen von Querschnittserhebungen evaluiert (Datenpooling von sechs Praxen gemäß WHO-Empfehlung).

* e-mail: armin.wiesemann@t-online.de

Ergebnisse: Von 1992–1999 konnten aufgrund einer hohen Akzeptanz in der Kleinstadt Östringen (13.000 Einwohner) sechs Erhebungen in Form von Praxisstichproben mit jeweils ca. 1000 Personen durchgeführt und 22 Übungsgruppen evaluiert werden. Die Zahl der Raucher und Hypertoniker konnte um 15–65% reduziert werden, während die Adipositas-Prävalenz unverändert blieb. Zwar ließ sich infolge der »Gesundheitsberichterstattungen« das Gesundheitsklima verbessern und die qualifizierten ÜbungsleiterInnen und beratenden Ärzten sind unverändert mit 350 Teilnehmern aktiv, die Teilnehmer sind allerdings ganz überwiegend weiblich (ca. 80%), Männer mit Risiken sind deutlich unterrepräsentiert.

Schlussfolgerungen und Aussicht: Das preisgünstige präventive Gesundheitsangebot (35 €/18 Abende) vor der Haustür hat sich bewährt und wird trotz nachlassender Ressourcen unverändert von der Gemeindeverwaltung mitgetragen. Zurzeit wird eine erneute Erhebung durchgeführt, die nicht nur den weiteren Verlauf erfassen soll sondern sich auch gezielt an die Risikogruppe männlicher Teilnehmer mittleren Alters richtet. Dabei ist eine Kooperation mit der Nachbargemeinde Bad Schönborn vorgesehen.

Schlüsselworte: hausärztliche Versorgung, Präventivmedizin, kommunale Kooperation

Hintergrund und Ziel ärztlich verantworteter kommunaler Prävention

Nachdem die Prävention (von Krankheiten) bereits in einer Gesetzesvorlage erschienen war, ist das Bestreben der Gesellschaft, die gesundheitliche Verantwortung in jeder Hinsicht zu stärken, noch deutlicher geworden [32]. Dass es sich um eine Aufgabe der ganzen Gesellschaft und nicht nur der Medizin oder der Sozialwissenschaften oder des Individuums allein handelt, ist allgemeiner Konsens [16]. An Appellen [15], Erklärungen (WHO), Beobachtungs- oder Interventionsstudien hat es in den letzten 50 Jahren nicht gefehlt [11, 13], wohl aber an einer praktisch-relevanten dauerhaften Umsetzung in den verschiedenen Lebensbereichen [15]. Dafür steht der Begriff Kommunale Prävention, der aber nur in geringem Umfang bisher mit Leben erfüllt wurde. Unter anderem haben einige Gemeinden in Baden-Württemberg im Zusammenhang mit

WHO-Initiativen (CINDI) und der Deutschen Herz-Kreislaufpräventionsstudie (DHP) hier Pionierarbeit geleistet (Eberbach, Wiesloch, Karlsruhe, Östringen) [3, 12, 19]. Dabei spielten (und spielen weiterhin) die Ärzte, insbesondere die Hausärzte und Hausärztinnen als Motoren bürgernahe Arbeitsgemeinschaften eine bedeutende Rolle: präventivmedizinische Zielsetzungen werden vor allem als Verhaltensmedizin zentraler Bestandteil einer umfassenden kommunalen Prävention.

In der Präambel der WHO-WONCA-Konferenz 1994 in Ontario wird nicht nur explizit auf die zentrale Rolle des Hausarztes in allen Gesundheitssystemen hingewiesen, sondern auch auf seine besondere Verantwortung in der Gemeinde/community (steht vor allem für geographische Gemeinde, Stadt (-teil), Allgemeinheit aber auch unterschiedliche Gruppen-Gemeinschaften, wie z. B. Senioren, Frauen): »...the general practitioner/family physician must be highly competent in patient care and must integrate individual and community health care« (Working paper of WHO and WONCA, Ontario 1994). In der offiziellen WHO-Publikation von 1998 wird ebenfalls die besondere Rolle der Hausärzte für Prävention und Gemeinde-Orientierung hervorgehoben [4]. Auch in der Europäischen Definition (WONCA Europe, 2002) heißt es: sie (die Allgemeinmedizin) trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit.

Dementsprechend arbeiten in einigen Ländern, z. B. in Großbritannien, die Public Health Abteilungen der Universitäten eng mit den Abteilungen für Allgemeinmedizin zusammen. Im Vorwort des Oxford Core Texts »Health and Illness in the community« schreibt D.L. Southgate, Professor of General Practice and Medical Education, Präsident des Royal College of General Practitioners, UK »... Good Medical Practice, which includes a recognition of the tension between providing care for individuals, and seeking to improve the overall health and well being of populations« (2003).

Zum Verständnis von Präventivmedizin und Prävention

Unterzieht man die Bezeichnungen Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention, Kurative Medizin und Rehabilitation einer begrifflichen Analyse, so wird klar, dass es zu unterschiedlichen Bewertungen und Überschneidungen kommen muss, je nach Profession (Arzt, Soziologe, Psychologe, Pädagoge, Sportwissenschaftler, Ernährungsfachkraft u.a.) und vorbeugendem

Charakter der Tätigkeit (kurative ärztliche Behandlung einer Hypertonie ist gleichzeitig eine präventivmedizinische Maßnahme im Hinblick auf den Schlaganfall, im Falle einer rein sport- und ernährungstherapeutischen Intervention wäre es dann »Prävention ohne Medizin«). Daher dient der Begriff Präventivmedizin auch nur zur Kennzeichnung, dass es sich um präventive Aufgaben und Maßnahmen handelt, die vorwiegend ärztlich wahrgenommen und/oder verantwortet werden. Weitere Differenzierungen sind nicht sachdienlich.

Die einzelnen **Gesundheitsziele von Gemeinden** [33] unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der Individuen, Familien oder einer ganzen Nation; sie betreffen in den entwickelten Ländern u.a. (nach US-Department of Health & Human Services, 2002; Gesundheitsziele für die Schweiz 2003 [34]): Körperliche Aktivität (gesundheitsfördernde Steigerung), Übergewicht (Reduktion), Rauchen (Verzicht, Aufgabe), Substanz-Missbrauch/Drogen/Alkohol, (Verzicht, bzw. verantwortlicher Umgang), Sexuell übertragbare Infektionen (Schutz), Psycho-mentale Gesundheit (Vorsorge, Stressbewältigung, Rehabilitation), Unfälle und Gewalt (spezielle Programme zur Prävention, Sturzprophylaxe Älterer), Umweltqualität (Allergien, Lärm, Schadstoffe, Naherholung), Impfstatus (Versorgung), Zugang zu Gesundheitseinrichtungen (gleicher Zugang für alle, auch Rehabilitationsleistungen für Ältere), Häusliches Umfeld Betagter (über 80 Jahre) inkl. Wohnberatung, Hilfsbedarf (Seh- und Hörhilfen) und soziale Beziehungen Betagter, Präventive Hausbesuche, Häusliche Rehabilitation.

Zur Rolle der (Haus-)Ärzte in der kommunalen Prävention

Während die Auswirkungen von aufklärenden Kampagnen (z. B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und reinen Public Health-Ansätzen (z. B. Healthy Cities der WHO) nicht einfach zu evaluieren sind, kann bei aktiver Mitarbeit von Hausärzten der Gesundheitszustand der lokalen Bevölkerung problemlos über anonymisierte Praxisdaten vergleichend ermittelt werden [24]. Außerdem ist so ein Ressourcen schonender Einsatz und die Anpassung von Gesundheitsindikatoren und Versorgungsstrukturen möglich. Hausärzte sind auch deshalb für präventive Interventionen geeignet,

- weil sie die Lebensbedingungen ihrer Patienten über lange Zeit hinweg kennen und im unmittelbaren Umfeld – dem gemeinsamen Biotop – gesundheitsfördernden Einfluss ausüben können (■ Abbildung 1: Einrichtung von



■ **Abb. 1.** Kommune und Prävention (Kooperation in gesundheitsrelevanten Lebensbereichen)

gesundheitsfördernden Übungsgruppen, von Wander- und Jogging-Strecken, Informationsveranstaltungen, Erörterung von Umweltproblemen, Naherholung, betriebliche Gesundheitsförderung),

- weil sie einen Vertrauensvorschuss haben und leicht gesundheitsfördernde Koalitionen bilden können, mit KollegInnen und v.a. mit kommunalen Einrichtungen (Setting-Ansatz in Schulen, Betrieben, Sportvereinen [15, 19]),
- weil sich die Zusammenarbeit mit der Stadtverwaltung, Lehrern, Betriebsärzten, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen und Sportvereinen ohnehin oft ergibt (■ Abbildung 1),
- weil sie aufgrund ihrer Position und unmittelbaren Nähe nicht nur in ihrer Praxis sondern auch praxisübergreifend und auf Gemeindeebene mitwirkend erfolgreich Gruppenschulungen anbieten können (Diabetiker-Schulung, Walking-Treff),
- weil sie auch die salutogenetischen Ressourcen ihrer Patienten und die der lokalen Bevölkerung fördern können (Empowerment und Partizipation durch Gruppenarbeit in Praxis und Gemeinde), anstatt nur Risiken zu kommunizieren, die nicht selten industriellen Interessen Vorschub leisten,

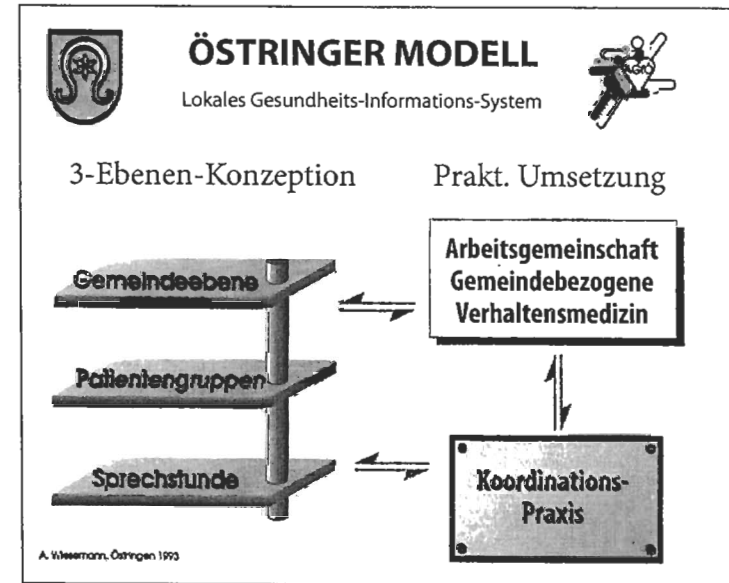
- weil sie aufgrund ihrer Tätigkeit ohnehin sehr vertraut sind im Umgang mit »gesunden Patienten« und chronisch Kranken (geringe Prävalenz ernsthafter, dringlicher Erkrankungen),
- weil Behandlungsprogramme für die Volkskrankheiten, z.B. DMP (Disease Management Programme) möglichst wohnortnahe Einrichtungen für Gruppenschulungen bereitstellen müssen, damit sich Verhalten, gegebenenfalls auch die lokalen Verhältnisse ändern können (gemeindenaher Schulungs- und Übungsgruppen),
- weil der informierte Patient und Bürger in Zukunft zwar eine große Auswahl an Gesundheitsleistungen hat, auch via Internet, Einrichtungen am Wohnort jedoch ein höheres Maß an Lebensqualität bieten.
- weil viele Hausärzte mit den Anforderungen wiederholter, zeitraubender, qualifizierter motivierender Gesundheitsberatungen im Rahmen der Sprechstunde überfordert sind und im Rahmen der Gemeindemedizin eine die individuelle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient stützende Entlastung möglich ist [26].

Vorgeschichte und Konzeption des Östringer Modells

Das Östringer Modell wurde aus den Erkenntnissen der Eberbach-Wiesloch-Studie [3] und der ärztlich verantworteten Variante der DHP (Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie) heraus entwickelt [10] und mit der Drei-Ebenen-Strategie praktisch umgesetzt [22,27]. Die Drei-Ebenen-Strategie beschreibt die verhaltensmedizinisch orientierten Tätigkeitsfelder der Ärzte, wobei auf der 2., entscheidend aber auf der 3. Ebene Kooperationsformen für präventive Maßnahmen zum Kernstück dieser Art kommunaler Prävention gehören (■ Abbildung 2).

In Konsequenz führt dieses Modell zu einem lokalen Informationssystem, mögliche Grundlage für eine Gesundheitsberichtserstattung. Die Zusammenarbeit einer Arbeitsgemeinschaft (Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung Östringen) mit einer Koordinationspraxis hat sich bewährt.

Um die ärztliche Verantwortung in diesem Modell einer kommunalen Prävention hervor zu heben, sprechen wir von Gemeindemedizin. Damit ist auch gemäß CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme of WHO) die Evaluation von Interventionsmaßnahmen verbunden [29], die den Gesundheitszustand der lokalen Bevölkerung verbessern sollen.



■ Abb. 2. Das Östringer Modell (nach A. Wiesemann)

Methodische Elemente der Östringer Gemeindemedizin

- **Bevölkerung:** Gemeinde Östringen mit 13.000 Einwohnern
- **Intervention**
Ansatz: Drei-Ebenen-Strategie der Praxisärzte mit Koordinationspraxis und bürgernaher Arbeitsgemeinschaft (kommunale Prävention) auf der 3. Ebene, d.h. vorrangig Arbeit mit Gruppen (oft Kurscharakter): Einrichtung von Übungsgruppen (22 Übungsgruppen in den 4 Ortsteilen mit den Gesundheitszielen Bewegung, Stresskontrolle, Ernährung/Gewichtsreduktion, Gesundheitswissen, Risikokommunikation), Gesundheitsförderung an Schulen, Gesundheitsführer (Motivation zur Teilnahme an den Gruppenangeboten, jährliches Update), Informationen (Stadtanzeiger) Gesundheitstage, Symposien (z. B. zum präventivmedizinischen Paradox)
- **Monitoring, Erhebungen** (seit 1992): Erhebungen zum allgemeinen Gesundheitszustand sowie einzelner Risikofaktoren bzw. Gesundheitsindika-

toren wie Rauchen, Körpergröße, Gewicht, Cholesterin, in Abständen von 1–5 Jahren mittels Fragebogen und Untersuchung in den hausärztlichen Praxen (■ Abbildung 3)

Evaluation:

Von 1992–99, erneut in 2005 Querschnittsuntersuchungen an Praxispatienten (n = jeweils ca. 1000), die sich aufgrund von Vergleichen mit der Population der DHP als nicht gravierend unterschiedlich zur Normalbevölkerung erwiesen hatten. 100 Männer und 100 Frauen (>16 Jahre) wurden in jeder Praxis befragt und untersucht, so wie sie zufällig die Praxis aufsuchten (10%-Zufallsstichprobe). Außerdem erfolgt eine entsprechende Erhebung in den Gesundheitsgruppen (Übungsgruppen). Die gepoolten Praxisdaten geben Hinweise auf den »Gesundheitszustand« der Östringer Bevölkerung!

Statistische Verfahren

Die einzelnen Übungsgruppen wurden deskriptiv analysiert, für die vergleichenden Querschnittsanalysen der Praxisstichproben wurden Gewichtungsfaktoren nach dem Verfahren der direkten Standardisierung auf der Basis der Altersverteilung 1992 berechnet. Der Unterschied sich ergebender jährlicher Prävalenzen der über alle Praxen gepoolten Daten wurde mittels Vier-Felder-Tafel getestet (Prüfgröße in der Regel Chi-Quadrat).

Präventionsmaßnahmen kommen also in den Arztpraxen (z. B. Diabetikerschulung/DMP oder Rückenschule) und auf Gemeindeebene zur Geltung (z. B. Arthrose-Gruppe, Jogging-Treff, Osteoporoseprävention, Seniorengymnastik, Informationsveranstaltungen u.a.). Der Zugang zu den Übungsgruppen erfolgt über die hausärztliche Empfehlung oder direkt über die Informationen aus dem Gesundheitsführer (Folder). Die Übungsstätten stellt die Gemeinde kostenlos zur Verfügung, die geschulten ÜbungsleiterInnen werden von den Teilnehmern bezahlt (zur Zeit €35/Halbjahr mit 18 Zeitstunden pro Kurs). Bewegung steht im Mittelpunkt.

Fallbeispiel: Die 43jährige Lehrerin kommt erneut wegen Rückenschmerzen in die hausärztliche Sprechstunde. Sie erhält die Empfehlung zur Teilnahme an einer Rückenschule, einem Angebot der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsför-

>Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung Östringen (AGfÖ)<

Name:..... Vorname:..... Geb.Dat.:.....
 Wohnort:..... Straße:..... Tel.Nr.:.....
 Geschlecht:..... männlich weiblich Beruf:.....
 Falls AGfÖ-Teilnehmer Kursbezeichnung:.....
 Körpergröße:..... Gewicht:.....

	Raucher(In):	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie				
- erhöhten Blutdruck?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
- erhöhte Blutfette/Cholesterin?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
- Zuckerkrankheit/Diabetes?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
- Rücken-/ Gelenkschmerzen?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
- starken Streß?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente gegen				
- erhöhten Blutdruck?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
- erhöhte Blutfette?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
- Diabetes?		Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie zur Zeit ?				
		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wie beurteilen Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand? Gut <input type="checkbox"/> zufrieden stellend <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/>				
Falls Sie bereits an einem Gesundheitstraining der AGfÖ teilgenommen haben:				
-Meinen Sie, daß Ihnen das Training etwas nützt?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
-Bewegen Sie sich regelmäÙig(er)?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
-Sind Sie beweglicher geworden?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
-Haben Sie weniger Schmerzen ?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
-Ernähren Sie sich vollwertig?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
-Entspannen Sie sich regelmäÙig(er)?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>

Sie wissen: Wenn Sie gesund bleiben wollen, sollten Sie - als Nichtraucher- auf Ihre **Ernährung**, **Stressabbau** und ausreichende **Bewegung** achten. Was davon ist Ihrer Meinung wohl am besten wissenschaftlich in seinem gesundheitsfördernden Effekt belegt?

Falls Sie sich weniger als 2–3x in der Woche aktiv körperlich betätigen (Ausdauer-Training über mehr als ½ Stunde mit z.B. Walking, Jogging, Radfahren, Schwimmen), hätten Sie Interesse an einem ärztlich begleitetem Angebot inkl. Gesundheits- bzw. Fitnessberatung? ja nein

Von Arzt/Arzthelferin auszufüllen:

Blutdruck: mmHg Datum:.....
 Cholesterin: mg/dl Datum:.....
 HDL: mg/dl
 LDL: mg/dl
 Triglyceride: mg/dl
 HbA1c (nur bei Diabetes):.....
 Datum:

■ Abb. 3. Dokumentation zur Prävention/Gemeindemedizin (Dokumentationsblatt 2005)

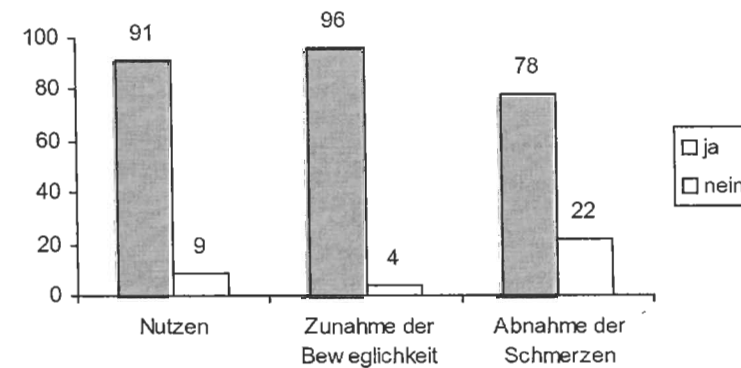
derung (AGFÖ), das regelmäßig in einer Schulsporthalle durchgeführt wird. Da sie von diesem Angebot und dem damit für sie verbundenen Erfolg begeistert ist, regt sie an, eine derartige Rückenschule auch den Schulkindern (bzw. ihren Eltern) anzubieten. Auch die daraufhin eingerichtete Kinder-Rückenschule wird erfolgreich für die 10–13jährigen durchgeführt. AGFÖ und Schule kooperieren, »kommen in Bewegung« – ohne Medikalisierung.

Fall-Beispiel einer Gruppenstunde (meist 60–75 Minuten) für Patienten/BürgerInnen mit Übergewicht und Hypertonie in einem Raum des Schulzentrums:

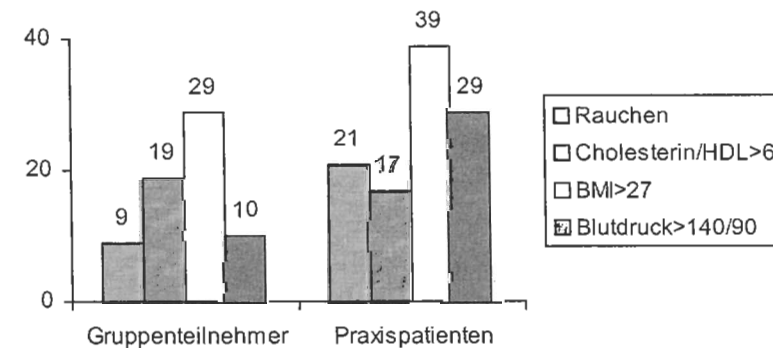
1. Beginn mit einem »Blitzlicht«: TeilnehmerInnen berichten kurz über Erfahrungen, Übungen und Beschwerden aus der letzten Woche, nachdem sie sich bereits in der ersten Stunde mittels Partnerinterview vorgestellt hatten,
2. Gruppenleiter (Übungsleiter) und Ärztin kommentieren und geben einen kurzen Überblick über Ziel und Aufgaben bzw. medizinische Hintergründe der kommenden Stunde (Zusammenhang von Gewicht und Bluthochdruck, von Gewicht und Beschwerden und Bewegungsapparat, von Bluthochdruck und Stress), »Erleichterung« durch Gewichtsreduktion, Bewegung (Walking) [2],
3. Ärztin erläutert das Entspannungsverfahren der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen und gibt Unterlagen zur Anleitung aus, Blutdruck und Körpergewicht werden gemessen,
4. Ärztin verlässt die Gruppe, Übungsleiterin beginnt mit den Übungen (Gymnastik: Bewegung ohne Belastung, Muskelkräftigung, Erläuterung zum Walking),
5. Feedback der Teilnehmerinnen zu den Übungen,
6. Erste Entspannungsübung wird unter Anleitung der Übungsleiterin durchgeführt,
7. Feedback der Teilnehmerinnen zur Muskelentspannung,
8. »Hausaufgaben«: Ernährungsprotokoll, Blutdruckselbstkontrolle,
9. Verabschiedung, Hinweis auf AOK-Veranstaltung zum Thema Ernährung und Normalgewicht.

Ergebnisse

Da die Gemeindemedizin unserer Prägung im Rahmen einer kommunalen Kooperation neben einzelnen Aktionen v.a. gesundheitsfördernde zielgruppenorientierte Angebote »vor der Haustür« liefert und deren Akzeptanz, Erfolg und mögliche Auswirkung auf den »Gesundheitszustand der gesamten Gemeinde« untersucht, beziehen sich die folgenden, aus den 3 Kollektiven Übungsgruppen (Gesundheitsgruppen), Praxispatientenstichproben und Schüler ausgewählten Ergebnisse auf diese vielfältigen Blickwinkel.



■ Abb. 4. (Übungsgruppenkollektiv) Gruppenerfolg: Osteoporosegruppe



■ Abb. 5. (Übungsgruppenkollektiv) Kardiovaskuläre Risikofaktoren der Gruppenteilnehmer (1991–1997): Vergleich zu Beginn der Schulung mit nicht-teilnehmenden Patienten der Praxisstichprobe

Tabelle 1. (Übungsgruppenkollektiv) informiert über die Ziele und subjektive Erfolge der Teilnehmer in den Gesundheitsgruppen (N=600, Angaben in %).

	Steigerung der körperlichen Fitness		Erfolg		Bessere Stresskontrolle		Erfolg		Entspannungsmethoden lernen		Erfolg		Gesunde Ernährung lernen		Erfolg	
	ja	teils	ja	teils	ja	teils	ja	teils	ja	teils	ja	teils	ja	teils	ja	teils
ja	82,0		73,5		71,2		52,0		74,2		66,0		58,1		37,3	
teils	7,0		18,5		20,4		34,6		20,9		18,8		31,1		32,7	
nein	11,0		8,0		8,4		13,4		4,9		15,2		10,8		29,0	

Tabelle 2. zeigt den Umfang der bisherigen Patienten-Stichproben aus den 5 Hausarztpraxen.

	1992		1993		1994		1995		1997		1999	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Männer	572	48,6	479	45,3	651	47,1	608	48,0	508	49,8	538	44,9
Frauen	604	51,3	578	54,7	730	52,9	659	52,0	512	50,2	661	55,1
Gesamt	1176		1057		1381		1267		1020		1199	

a) Übungsgruppen

(Ergebnisbeispiele in ■ Tabelle 1, ■ Abbildungen 4 und 5 [20])

Teilnehmer von 1991–2004: N=800 Personen, 3/4 davon mehrfach, bzw. über mehrere Jahre, ca. 80% Frauen in 21 Gesundheitsgruppen. Pro Halbjahr nehmen ca. 400 Personen teil, die meisten also über einen längeren Zeitraum (Motivation männlicher Teilnehmer in 2005!).

■ Abbildung 4 zeigt den hohen Nutzen der Maßnahme für die 59 Teilnehmer, obwohl sich die Schmerzen bei 22% nicht gebessert hatten. Das Durchschnittsalter betrug 65 Jahre, der Frauenanteil in den 6 Gruppen lag bei 83,3%.

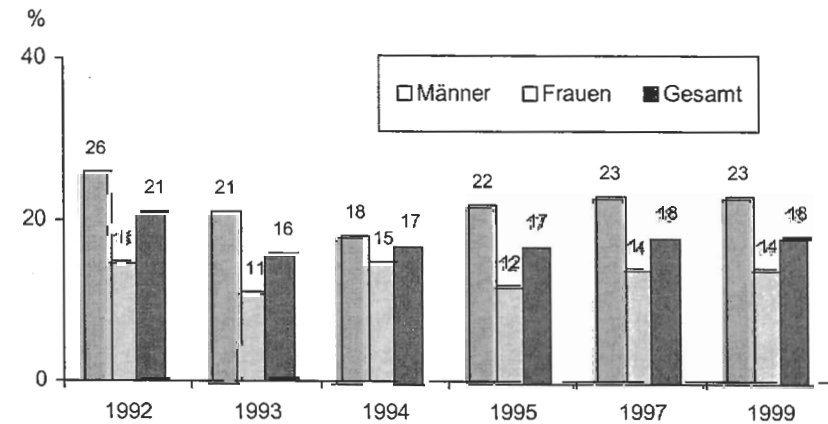
■ Abbildung 5 zeigt, dass die Teilnehmer an Gesundheitsangeboten (N=600) bereits primär weniger kardiovaskuläre Risiken hatten als die Praxispatienten (N=1167, Angaben in %).

b) Praxisstichproben

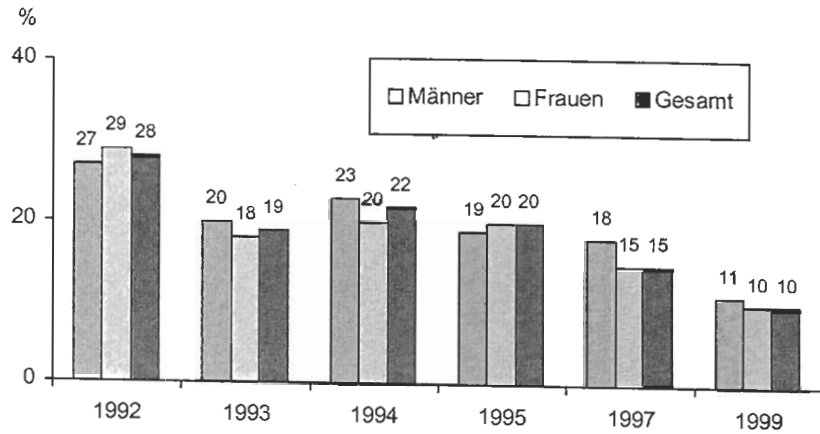
Praxispatienten: N=1020–1381, (Ergebnisbeispiele in ■ Tabelle 2, ■ Abbildungen 6 und 7)

■ Abbildung 6 zeigt die Anzahl der Raucher in der für die gesamte Östringer Bevölkerung weitgehend repräsentativen Praxispatientenstichproben von 1992–1999 (N entspricht jeweils nahezu vollständig den Angaben in ■ Tabelle 2).

■ Abbildung 7 zeigt die Hypertonie-Prävalenz im zeitlichen Verlauf (N ■ Tabelle 2 und ■ Abbildung 6). Erhöhte Blutdruckwerte wurden um 65%



■ Abb. 6. Raucher-Prävalenz



■ Abb. 7. Hypertonie-Prävalenz

reduziert! Für BMI und Cholesterin ergab sich ein günstiger Trend. Die Prävalenzen wurden nach externem Standard gewichtet.

c) Schüler

Von 1996–98 wurden alle Schüler der Stadt Östringen ab einem Alter von 8 Jahren mit altersadaptierten Instrumenten zu ihren Gesundheitseinstellungen im Rahmen von Gesundheitstagen in den Schulen befragt (Ergebnisbeispiel in ■ Tabelle 3 [7, 21]).

Besondere Projekte:

1. Zusammenhang von Risikofaktoren, sozioökonomischem Status (N=1020 Praxispatienten, 1997) und **privat finanzieller Gesundheitsvorsorge**.

In diesem Projekt konnte z.B. gezeigt werden, dass sich erhöhte Blutdruckwerte mit höherem Bildungsgrad weniger häufig finden (minus 25%), vor allem aber, dass Schulungsmaßnahmen sich günstig auf Umfang und Art einer weitgehend akzeptierten privaten Gesundheitsvorsorge (inklusive finanzieller Aufwendungen) auswirken [25].

2. Untersuchung zur **Motivation zu gesunder Lebensführung** (N=1199 Praxispatienten, Stichprobe 1999)

■ **Tabelle 3. Schüler der Stadt Östringen (1996–98): N=1961, zeigt die Gesundheitseinstellungen getrennt für 4a) Mädchen und 4b) Jungen im zeitl. Verlauf**

	Alter < 13		Alter 13 – 15		Alter ab 16	
	Ersterheb. n=456	Nacherheb. n=67	Ersterheb. n=299	Nacherheb. n=72	Ersterheb. n=136	Nacherheb. n=51
a) Mädchen						
Ich bin Raucher	18%	1%	18%	3%	24%	31%
Ich habe schon mal Drogen probiert	1%	5%	17%	18%	26%	39%
Ich achte auf meine Ernährung	71%	82%	66%	78%	78%	90%
Ich habe seit dem Gesundheitsprojekt mehr auf die Gesundheit geachtet.		15%		10%		2%
Ich kann mich an den Fragebogen von 1996 zum Thema Gesundheit erinnern		45%		74%		55%
b) Jungen						
Ich bin Raucher	19%	1%	12%	7%	32%	26%
Ich habe schon mal Drogen probiert	1%	8%	15%	13%	39%	37%
Ich achte auf meine Ernährung	63%	76%	45%	78%	50%	73%
Ich habe seit dem Gesundheitsprojekt mehr auf die Gesundheit geachtet.		7%		11%		3%
Ich kann mich an den Fragebogen von 1996 zum Thema Gesundheit erinnern		46%		65%		57%

In diesem Projekt konnte z.B. aufgedeckt werden, dass 72% der Befragten angaben, aktiv etwas für die eigenen Gesundheit zu tun und 66% bzw. 88% dieser Personen dies aus Gründen der persönlichen Lebensziele bzw. Fitness taten, 63% aber auch aus Sorge wegen (drohender) Krankheit (Mehrfachantworten möglich) [23].

Vor allem die Motivation zum gesundheitsfördernden Lebensstil ist und bleibt voraussichtlich ein Problem, da gerade die männliche soziale Unterschicht aufgrund verschiedener Barrieren [23] kaum mit Gesundheitsangeboten erreicht wird, während es überwiegend die ohnehin gesund Lebenden sind, die kommunale und andere Präventionsangebote nutzen [18]. In der Erhebung von 2005 (■ Abbildung 3, Frage im unteren Kasten) wird dieser Problematik vorrangig Rechnung getragen.

Diskussion

Konzeption

Da eines der größten Probleme präventiver Maßnahmen die Beurteilung der Effektivität und Effizienz mangels Evaluation ist, wurde dieses Problem weitgehend dadurch gelöst, dass Ärzte der Primärversorgung ihre anonymisierten Patientendaten zur Verfügung stellen. Diese Möglichkeit der Ergebnisorientierung ist ein klarer Vorteil der Drei-Ebenen-Strategie. Dazu kommt die in jeder Hinsicht nützliche ärztliche Präsenz im »gleichen Biotop«. Dagegen wird verständlicherweise bei Ärzten bisher ganz überwiegend von rein individueller Präventionsarbeit nach Inanspruchnahme ausgegangen (medizinische »Komm-Struktur« im Gegensatz zur soziologischen »Zugeh-Struktur«) [1, 15].

Intervention

Die bürgernahe Drei-Ebenen-Strategie der Praxisärzte wird im Rahmen einer kommunalen Arbeitsgemeinschaft mit Hilfe der Stadtverwaltung und einer Koordinationspraxis auf Gemeindeebene praktisch umgesetzt, das bedeutet, dass die Arbeitsgemeinschaft Maßnahmen wie z.B. Art und Ort von bewegungsorientierten Übungsgruppen oder Gesundheitstage in Schulen anregt und mit ärztlichem Rat unter Mitarbeit weiterer engagierter Bürger auch für die Durchführung derartiger Veranstaltungen sorgt. Die Erwartung an die kommunalen Zuständigkeiten (»Administration der Gesundheit« in der DHP)

scheint wenig erfolgversprechend. Die ehrenamtliche Tätigkeit der BürgerInnen und Ärzte gewährleistet zwar zurzeit niedrige Kosten, langfristig ist aber hier eine Finanzierung erforderlich. Die Stadtverwaltung beansprucht eine geringe Beteiligung an den Verwaltungs- und Übungsstättenkosten, allein die ÜbungsleiterInnen werden adäquat von den Teilnehmern bezahlt, was teilweise auch von den Sportvereinen verantwortet wird. Es gibt offene Treffs und halbjährliche Kurse, die alle eine ähnliche Struktur (► o. Beispiel Gruppenstunde) unter Verwendung folgender Module aufweisen: Gesundheitswissen, Krankheitswissen, Bewegung, Ernährung, Stresskontrolle/Entspannung. Die geschulten ÜbungsleiterInnen berücksichtigen diese Module, die durch ärztliche Beiträge im Rahmen von Gruppenbesuchen zielorientiert bereichert werden. Auch Informationen in den Stadtnachrichten werden zur Steigerung der Inanspruchnahme einzelner Interventionsangebote eingesetzt. Es scheint keine Alternative zu derartigen kooperativen Interventionen zu geben [6, 14].

Monitoring

Von 1992–99 wurden in 6 Erhebungen lebensstil-relevante Daten in allen Praxen und Übungsgruppen erfasst. Von 2000 – 2004 konnte dies aufgrund der hohen gesundheitssystem-bedingten bürokratischen Belastung der Ärzte leider nicht mehr gewährleistet werden. Im Sommer 2005 wird erneut ein standardisiertes Monitoring in den Übungsgruppen durchgeführt (► Monitoring-Bogen), dazu kommt die Erfassung der Daten in den hausärztlichen Praxen (Praxispatientenstichprobe mit dem gleichen Erhebungsinstrument). Es ist eine Grundbedingung für die Beobachtung bzw. Erfassung von lebensstil-orientierten Daten, die Menge möglichst gering zu halten, weil sonst die Beteiligung zu schwach und die Auswertung zu aufwändig wird. Umfangreiche Erfassungsinstrumente können gelegentlich im Rahmen aufwändiger Studien Verwendung finden, eignen sich aber nicht für eine kontinuierliche realisierte lokale Gesundheitsförderung [18]. Offen bleibt bisher leider auch die Finanzierung eines solchen Monitorings!

Evaluation

Die 6 von 1992–99 durchgeführten Praxisstichproben (Querschnittsuntersuchungen an jeweils ca. 1000 Praxispatienten, entsprechend ca. 10% der Bevölkerung >16 Jahre) und die entsprechenden Untersuchungen in den Gesundheitsgruppen (Übungsgruppen) repräsentieren mit Einschränkung die Einschätzung des Gesundheitszustandes und der kardiovaskulären Risikofaktoren der Bevölkerung, wie dies im Vergleich mit den DHP-Daten der Normalbevöl-

kerung nachgewiesen werden konnte [22]. Das hängt u.a. damit zusammen, dass mehr als 80% der Bevölkerung einmal im Jahr den Hausarzt aufsuchen, davon ca. 15% ohne »krank« zu sein! Die kombinierte Erfolgsbeurteilung von subjektiven Aussagen und wenigen biomedizinischen Parametern fördert die Aussicht auf eine valide Evaluation, dem aufwändigsten und anfälligsten Bestandteil jeder bevölkerungsrelevanten Präventionsmaßnahme (außerhalb großer fremdfinanzierter Studien) [6, 17].

Ergebnisse

Zwar ließen sich keine positiven Veränderungen bei Übergewicht und Cholesterinspiegel erreichen (BMI > 30 unverändert bei ca. 18%, Cholesterin > 250 bei ca. 22%), es konnten aber die wichtigen Risikofaktoren Rauchen und Hypertonie signifikant gesenkt werden, und das bei relativ niedrigem Ausgangsniveau zum Ende der DHP.

Dazu kommen die Erfolge in den Übungsgruppen, wobei hier auch die subjektiv positiven Erfahrungen zählen. Die Ergebnisse sind mit geringer Einschränkung (Praxisstichproben) für die Bevölkerung der Kleinstadt Östringen repräsentativ. Kritisch ist zu bewerten, dass unverändert eine Gruppe mit risikoreichem Lebensstil nur in geringem Umfang bisher erreicht werden konnte: die Männer, insbesondere in den Alterklassen von 30–60 Jahren; daher spricht die Erhebung von 2005 insbesondere diese Gruppe an (■ Abbildung 3).

Die Kosten der Maßnahmen sind sozialverträglich [25], die möglichen Barrieren [23] sollen in 2005 und 2006 weitgehend ausgeräumt werden, so dass eine weitere Zielgruppenorientierung erfolgversprechend wird. Die Ergebnisse unseres praxis-basierten gemeindemedizinischen Ansatzes lagen über dem DHP-Durchschnitt [27].

Trotzdem ist insgesamt der Erfolg jeglicher, auch primärärztlich verantworteter Prävention bisher unbefriedigend [9, 18], wobei insbesondere die Bürokratie und die mangelnde Finanzierung viele Hausärzte demotiviert.

Ausblick

Da es in Europa aufgrund der kostenintensiven demographischen und medizinischen Entwicklung eine Bewegung hin zu Primary Care Teams gibt, die prä-

ventive Maßnahmen im Gemeinderahmen intensivieren sollen [17], auch das diskutierte (aufgeschobene) deutsche Präventionsgesetz als entsprechendes Signal zu verstehen ist [31], dürften derartige kooperative Initiativen wie das Östringer Modell hohe Zukunftschancen haben. In 2005 kommt es – ganz im Sinne der Nutzung vorhandener Ressourcen und synergistischer Effekte – zur Zusammenarbeit mit der Nachbargemeinde Bad Schönborn, die mit ihrem sportwissenschaftlichen Ansatz (Gesundheit zum Mitmachen) und Walking-Festivals ebenfalls ein gesundheitsförderndes kommunales Klima schaffen konnte [5]. Ein gemeinsames Projekt wird sich mit der unterschiedlichen Geschlechterrolle in der Prävention und dem Aufbau von Risikogruppen für Männer beschäftigen.

Eine vernünftige Kooperation aller Akteure im Gesundheitswesen ist entscheidend, um den zunehmenden Stellenwert der ambulanten Medizin mit dem erforderlichen Nutzen für die lokale Bevölkerung zu verbinden. Integrierte Versorgung und dafür geeignete Praxisnetze werden voraussichtlich nur mit zusätzlichen gemeindenahen (gemeindemedizinischen) Strukturen den beabsichtigten Benefit erzielen.

Der Allgemeinarzt ist in seiner Praxis zwar primär dem Individuum verpflichtet, behandelt aber auch eine Gesamtheit von Patienten, die im Wesentlichen dem normalen Bevölkerungsquerschnitt entspricht, wenngleich mit häufigeren Kontakten zu chronisch Kranken; daher lassen sich durch (anonymisierte) Gesundheitsdaten aus den Praxen Informationen über den Gesundheitszustand nicht nur der Praxispopulation sondern auch einer ganzen Gemeinde gewinnen [20, 28]. Auf diese Art und Weise können Hausarzt-Praxisnetze nicht nur ein kommunales Gesundheitsklima schaffen und in Community Medicine ausbilden [8], sondern auch – in Verbindung mit Public Health – im Sinne eines »lokalen Gesundheitsinformationssystems« zur Gesundheitsberichterstattung beitragen.

Eine bedeutende Rolle spielt in diesem Zusammenhang die »neutralisierende« Stadtverwaltung, da es ohne ihre Beteiligung leicht zu Konflikten und unnötigem Ressourcenverbrauch unter den unterschiedlichen Akteuren kommt (Sportvereine, Ärzte, Krankenkassen, Kommerzielle Fitnessstudios).

Da außerdem die Globalisierung der informierten Gesellschaft jetzt schon den Mitgestaltungswillen der Bürger/Patienten an der medizinischen Versorgung deutlich macht (Internet, »Benchmarking von Gesundheitsanbietern«), wird es zunehmend Aufgabe der Allgemeinärzte sein, die lebensstilorientierte ärztliche Primärversorgung der Bevölkerung im kulturell-lokalen Rahmen zu

verbessern und zu evaluieren. Dieser »Public Health-Rezeptor der Hausarztpraxis« sollte auch in Deutschland weiter entwickelt werden, damit im Verlaufe von Jahren valide überprüft werden kann, ob die Gemeinde ihren Gesundheitszielen einen Schritt näher gekommen ist.

Literatur

1. Badura B.: Zur Situation von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. www.ph-portal.info/PHPortal/content/e4/e9/e165/e328/index_ger.html, Zugriff 07/2005
2. Basler H.-D., Unnewehr S., Gluth G.: Follow-up of a group treatment for obese essential hypertensives in a primary care setting. *Patient Education and Counseling* 1991; 17: 217–226, Elsevier
3. Bergdolt H., Große-Ruyken F. J., Ital H., Wiesemann A.: Niedergelassene Ärzte in der »Gemeindebezogenen Verhaltensmedizin«, 254–261. In: Lemke-Goalisch P, Trotschke Jv, Geiger A (Hrsg): *Gesund Leben in der Gemeinde – Erfahrungen aus der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)*, Asgard, Sankt Augustin, 1992
4. Boerma W., Fleming D.: The role of general practitioner in primary health care. *Stationary WHO office Europe*, 1998
5. Bös K., Woll A.: *Gesundheitsförderung in der Gemeinde*. Verlag Karl Hoffmann, Schorndorf, 1994
6. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsziele.de, 2003
7. Forsthoff A., Wiesemann A., Musselmann B., Scheidt R.: Die Gesunde Schule – ein Projekt zur Gesundheitsförderung an Schulen im Rahmen der praxisgestützten Gemeindemedizin. *Z Allg Med* 2001; 77: 19–23
8. Hannich, H.-J., Wiesmann U.: Das Lehrkonzept der Community Medicine in Greifswald. *Z Allg Med* 2001; 77: 24–27
9. Harland J., White M., Drinkwater C. et al.: The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *British Medical Journal* 1999; 319: 828–32
10. Kreuter H., Klaes L., Hoffmeister H., Laaser U.: *Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten. Ergebnisse der DHP*. Juventa, 1995,
11. Luepker R. V.: Community trials. *Prev Med* 1994; 23: 602–605
12. Nüssel E., Lamm G.: *Prävention im Gemeinderahmen*. Zuckschwerdt Verlag, München, Bern, 1983
13. Puska P., Nissinen A., Tuomiletho J. et al.: The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Am Ann Rev Public Health* 1985; 6: 147–193
14. Referat für Gesundheit und Umwelt, München. Für immer gesund!? *Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland. Tagungsband*, 1998
15. Rosenbrock R.: *Prävention und Gesundheitsförderung – gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik*. *Gesundheitswesen* 2004; 66: 146–52
16. Schwartz F. W. et al.: *Public Health, Urban & Fischer*, 2003

17. Taylor R. J., Smith B. H., Teijlingen E. R.: *Health and illness in the community*. Oxford University Press, 2003
18. Verheijden M. W., Bakx J. C., Delemaare I. et al.: GP's assesment of patients' readiness to change diet, activity and smoking. *British Journal of General Practice* 2005: 452–57
19. Wiesemann A.: *Ganzheitliche Wege zur Gesundheit*. Chronomed, Emsdetten, 1990
20. Wiesemann A., Braunecker W., Scheidt R.: Gemeindeförderung und Versorgungsforschung im Östringer Modell. *Z Allg Med* 2001; 77: 14–18
21. Wiesemann A., Fay K., Scheidt R., Scheuermann W.: Welchen Beitrag können niedergelassene Ärzte zur Gesundheitsförderung an Schulen leisten? *Soz Präventivmed* 1996; 41: 79–89
22. Wiesemann A., Klimm H. D., Nüssel E.: Das Östringer (Präventions-)Modell: Ergebnisse hausärztlich verantworteter »gemeindebezogener Verhaltensmedizin«. *Z ärztl Fortbild* 1996; 90: 59–66
23. Wiesemann A., Ludt S, Szecsenyi J., Scheuermann W., Scheidt R.: Cardiovascular risk factors and motivation for a healthy life-style in a German community – results of the GP-based Oestringen study. *Pat Educ Counselling* 2004; 55: 40–47
24. Wiesemann A., Morgenstern W., Nüssel E., Topf G.: Considerations on quality assurance in community-related behavioural medicine of the Oestringen Model, 341–352. In: Laaser U., Leeuw E. d, Stock C (ed.) *Scientific Foundations for a Public Health Policy in Europe*. Juventa, Weinheim München, 1995
25. Wiesemann A., Mueller-Buehl U., Scheidt R., Boehme W., Scheuermann W.: Patient willingness to pay for preventive measures in primary care: a study of five GPs in a German community. *Soz.- Präventivmed*. 2004, 49: 254–260
26. Wiesemann A., Müller-Bühl U.: Ärzte und chronisch Kranke – Entlastung durch Kooperation, Gruppen- und Verhaltensmedizin. *Der Kassenarzt* 1999; 31/32: 37–39
27. Wiesemann A., Nuessel E., Scheuermann W., Topf G.: Improving cardiovascular health in the German CINDI area: methods and results of the practice-based »Three-Level-Strategy«. *Eur J Gen Pract* 1996 ; 2: 117–125
28. Wiesemann A., Wilm S.: Die Rolle der niedergelassenen Ärzte in der kommunalen Gesundheitsförderung, 136–41. In: Bös K, Woll A et al.(Hrsg.) *Gesundheitsförderung in der Gemeinde*, Karl Hoffmann , Schorndorf, 1994
29. WHO Regional Office for Europe. *Protocol and Guidelines for Monitoring and Evaluation Procedures*, Springer, 1987
30. www.aok-bv.de/gesundheitspraevention/vorsorge/ Zugriff 07/2005
31. www.bmgs.bund.de/deu/txt/themen/praevention/ziele/index.php Zugriff 07/2005
32. www.die-gesundheitsreform.de/praevention/index.html?flash=1 Zugriff 07/2005
33. www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1503&type=infotext, Zugriff 2005
34. www.stadt-zuerich.ch/kap06/sad/sad03_1_downloads/08_gesundheitsziele_who_europa.pdf Zugriff 07/2005