

**ENTWICKLUNG EINES PRÄVENTIONSKONZEPTES
FÜR DAS LAND BERLIN**

Prof. Dr. Michael Radoschewski
Dr. Wolf Kirschner
Renate Kirschner
Kerstin Heydt

Diskussionspapier 21

Juli 1994

GEFÖRDERT DURCH DAS BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

AUTOREN: Epidemiologische Forschung Berlin (EFB)
Hauptstraße 11, 10827 Berlin

HERAUSGEBER: Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin:
Schriftleiter: PD Dr. G. Meinschmidt
Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet

Vorwort

Die Balance zwischen präventivem und kurativem Aufwand in unserem Gesundheitswesen stimmt nicht. Der Löwenanteil der rund vierhundert Milliarden DM an jährlichen Ausgaben des Gesundheitswesens wird für Erkennung und Behandlung von Krankheiten ausgegeben; für Prävention wird immer noch viel zu wenig getan. Hier muß die Gesundheitspolitik umsteuern: Vorsorge, Prävention und Gesundheitsförderung gebührt der gleiche Rang wie Diagnostik und Therapie. Die verantwortlichen Gesundheitspolitiker im Bund und in den Ländern haben das erkannt; auch der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen sieht die Gesundheitsförderung in seinem jüngsten Gutachten „Gesundheit 2000“ als eine vordringliche Zukunftsaufgabe.



Deshalb habe ich mit Hilfe des Bundesministers für Gesundheit, dem ich dafür herzlich danke, für Berlin die Entwicklung eines Präventionskonzeptes in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse liegen hiermit vor.

Das Konzept informiert sowohl über den Bedarf und die Akzeptanz von Gesundheitsförderung als auch über Handlungsperspektiven, die über bereits bestehende präventive Angebote hinausgehen. Es soll als Grundlage einer Verständigung aller Beteiligten auf gemeinsame Ziele und Schritte der Gesundheitsförderung in unserer Stadt dienen.

In Berlin gibt es zwar schon eine Vielzahl von Angeboten. Wir müssen aber auch dafür sorgen, daß sie bei den Bürgern ankommen, vor allem bei denjenigen, die sie am meisten benötigen. Die Berliner schätzen zwar Gesundheit als „höchstes Gut“ ein. Es fehlt jedoch oft an Kenntnissen und Möglichkeiten, das Leben bewußt gesund zu gestalten.

Prävention richtet sich aber nicht nur an das Individualverhalten. Prävention bedeutet für mich auch, darauf hinzuwirken, daß sich unsere Lebensbedingungen günstig auf unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden auswirken. Mir ist bewußt, daß darin ein hoher Anspruch steckt.

Ich hoffe, daß das vorliegende Konzept eine lebendige Diskussion und neue Handlungsimpulse auslöst. Nächste Stufe soll die Entwicklung eines Berliner Programms der Gesundheitsförderung sein, an dem möglichst viele Akteure und Kräfte mitwirken.

Dr. Peter Luther

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Peter Luther'. The signature is fluid and cursive, written over a white background.

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung - Zielstellung und Etappen der Konzeptentwicklung	6
2. Präventionsmöglichkeiten	10
3. Präventionsbedarf	16
3.1. Kurzcharakteristik des Gesundheitszustandes	16
3.2. Gesundheitsrisiken und Präventionsbedarf	18
4. Präventionsangebote/Angebotsstruktur	25
4.1. Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland	25
4.2. Die aktuelle Situation im Bereich der Prävention in Berlin	27
4.3. Angebotssituation	30
5. Zentrale Elemente des Präventionskonzeptes: Ziele, Maßnahmen, Organisation - wissenschaftliche und politische Voraussetzungen	34
5.1. Präventionsziele	36
5.2. Zielgruppen	38
5.3. Präventionsmaßnahmen	40
5.4. Organisation eines bedarfsorientierten bevölkerungsbezogenen Präventions- und Interventionsprogramms	49
5.4.1. Notwendigkeit der Koordination und Konsensbildung im Rahmen eines zu entwickelnden Präventionsprogrammes	49
5.4.2. Aufgaben der Koordinations- und Leitinstitution	52
5.4.3. Die Rolle des ÖGD als Koordinations- und Leitinstanz eines Präventionsprogramms im Rahmen der generellen Neustrukturierung der Aufgaben des ÖGD in Berlin	53
5.5. Evaluation	58
6. Schlußfolgerungen und Empfehlungen	58
Abkürzungskatalog	60
Anlagen	61
7. Anhang	68

1. Einleitung - Zielstellung und Etappen der Konzeptentwicklung

Die Dominanz chronisch-degenerativer Krankheiten im Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen einerseits sowie die andererseits nachgewiesenen erheblichen präventiven Möglichkeiten bei diesen Krankheiten sind allgemein bekannt und setzen die Schwerpunkte für Programme und Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitspolitik. Deshalb sollen in Berlin verstärkt Konzepte und Programme der Prävention von der Gesundheitspolitik in die Tat umgesetzt werden.

Der hier vorgelegte Beitrag stellt zwangsläufig die entwickelten Ansätze und Ergebnisse der Konzeptentwicklung in stark komprimierter Form dar. Er konzentriert sich vor allem auf die konzeptionelle Umsetzung der Ergebnisse durchgeführter Analysen (Präventionsmöglichkeiten, Präventionsbedarf, Angebote zu Gesundheitsförderung und Prävention), wobei deren Ergebnisse selbst nur im Überblick und punktuell vorgestellt werden können.

Die anfänglich weitgehend individuenbezogenen Präventionskonzepte und ihre einseitige Ausrichtung auf die Komponente des Wissens um individuelle gesundheitliche Risiken und Gefährdungen waren wenig oder überhaupt nicht erfolgreich. Allein Verbesserung des Wissens führt nicht zu veränderten Einstellungen oder gar dauerhaften Verhaltensänderungen. Gesundheitsbewusstes Leben ist immer in den Kontext sozialen Verhaltens, sozialer Lebensweise eingebunden und keine isolierte Verhaltenskomponente.

Präventions- und Interventionskonzepte wurden dementsprechend zunehmend auf jene sozialen Einheiten ausgerichtet (Gemeinde, Region, Stadt, Betriebe), die die Integration der gesundheitlichen Aspekte am direktesten in den sozialen Kontext, das Alltagsleben in all seinen Wechselwirkungen gewährleisten dürften.

Berlin als sich nunmehr neu formierende soziale, kulturelle, administrative und politische Einheit verfügt bisher nicht über ein, auch dieser neuen Situation angepasstes Präventions- und Interventionsprogramm, wenngleich z.B. auf der Ebene der Bezirke oder in speziellen Regionen durchaus Ansätze und partielle Programme vorhanden sind.

Es sind jedoch gerade in Berlin Bedingungen gegeben, die es als Standort eines Modellprogramms regionaler Prävention und Intervention prädestinieren. Dies betrifft zum einen die einmalige Situation des Zusammenwachsens einer Bevölkerung, die, mit Konsequenz für Gesundheit und gesundheitliches Verhalten, unterschiedlichen Bedingungen und Möglichkeiten, selbstbestimmt zu leben und so Lebensweisen zu prägen, ausgesetzt war. Zum anderen hat Berlin infolge der Durchführung bevölkerungsbezogener Surveys, Gesundheits- und Sozialstudien in beiden Teilen der Stadt gute Voraussetzungen hinsichtlich der Daten- und Informationsquellen, die für die Entwicklung eines Präventions- und Interventionskonzeptes unabdingbar sind, sowie mit der Studienregion der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) einen Bezirk, in dem bereits zahlreiche Erfahrungen vorliegen.

Die Konzept- und Programmentwicklung sowie die Ex-ante-Evaluation der notwendigen inhaltlichen, strukturellen und organisatorischen Komponenten erfolgte in drei aufeinander aufbauenden Teilen:

- der epidemiologisch-sozialwissenschaftlichen Analyse der prinzipiellen Möglichkeiten und speziellen Wirksamkeit präventiver und intervener Maßnahmen,
- der zielgruppenorientierten Bestimmung der Potentiale für, des Bedarfes an und der Akzeptanz von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention in der Berliner Bevölkerung sowie
- der Bestandsaufnahme und Bewertung bisheriger Angebote und Angebotsstrukturen von Gesundheitsförderung und Prävention in Berlin.

Die Ergebnisse eines im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit 1991 durchgeführten Gesundheits- und Sozialsurveys in West- und Ostberlin hatten bereits Handlungsbedarf für eine verstärkte Hinwendung der Gesundheitspolitik zur Prävention und Gesundheitsförderung ausgewiesen. Es geht nun um die konzeptionelle Entwicklung einer wissenschaftlich gestützten Präventions- und Interventionsstrategie für das Land Berlin, deren

Es geht nun um die konzeptionelle Entwicklung einer wissenschaftlich gestützten Präventions- und Interventionsstrategie für das Land Berlin, deren spätere konkrete Programmentwicklung sowie deren Implementation und wissenschaftliche Begleitung und Evaluation.

Dies soll in drei inhaltlichen, zeitlich gestaffelten Phasen realisiert werden:

1. Entwicklung der Präventions- und Interventionsstrategie
2. Implementierung und Interventionsphase
3. Wissenschaftliche Begleitung

Das vorgelegte Gutachten hatte die Aufgabe, die Präventions- und Interventionsstrategie zu begründen und zu entwickeln.

In der Konzeptions- und Entwicklungsphase mußte untersucht werden:

- welche Ziele, Maßnahmen, Konzepte, die von anderen nationalen (z.B. DHP, Hautkrebs) und internationalen Interventionsstudien erfolgreich eingesetzt wurden, adaptiert werden können.
- welche Strategien gewählt werden müssen, um die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, die in Berlin (West und Ost) bestehen, angemessen zu berücksichtigen.
- welche Partner in den einzelnen Bereichen, die für eine regional orientierte, gemeindenahe Prävention relevant sind, zur Verfügung stehen und wie sie für deren Belange eingebunden werden können.
- welche Möglichkeiten sich bei einer produktiv-kritischen „Durchforstung“ der vorhandenen Ressourcen der Bezirke bzw. des Landes ergeben, verstärkt die Anliegen der Prävention zu berücksichtigen

Zugleich mußten vorhandene Daten unter dem Aspekt des Auffindens besonders lohnender und wichtiger Präventionsbereiche aufbereitet werden (Risikoprofile, Zielgruppen u.a.)

Inhalte der Präventions- und Interventionsbereiche

Das Projekt war schwerpunktmäßig auf jene Ziele orientiert, die zum einen in den vom Bundesministerium für Gesundheit federführend betreuten

Programmen zur Förderung des Nichtrauchens und zur Krebsbekämpfung und zum anderen in dem EG-Programm Europa gegen den Krebs enthalten sind. Dazu gehört insbesondere das Erreichen gesundheitsfördernder Verhaltensweisen in den Bereichen

- Rauchen
- Ernährung
- Exposition gegenüber UV-Strahlen
- Arbeitsplatzrisiken
- Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsprogrammen.

Die Entwicklung eines regionalen, d.h. den spezifischen Bedingungen, Voraussetzungen, Bedarfen und Möglichkeiten angepaßten Präventions- und Interventionsprogrammes einschließlich der Bestimmung der konkreten Interventionsziele, -maßnahmen, -gruppen und Interventionsträger verlangt sowohl Kenntnis und Prüfung des nationalen und internationalen Standes wissenschaftlich-epidemiologischer Erkenntnis und praktischer Erfahrung, als auch Kenntnis der konkreten Situation in der Interventionsregion.

Entsprechend beruhte die Konzeptentwicklung auf drei „Bausteinen“:

I

Prüfung der epidemiologischen Effektivität nationaler/
internationaler Programme und Maßnahmen
Katalog potentieller Zielvariablen

II

Feinanalyse des Bedarfes und der Akzeptanz von
Prävention und präventiven Angeboten
Konkrete Bestimmung von Zielgruppen, -variablen in
Berlin

III

Feinanalyse vorhandener Maßnahmen, Angebote und
ihrer Inanspruchnahme
Situationsanalyse von Angeboten, Trägern, Klientel

auf deren Grundlage die

Konzeptionalisierung
nach
Inhalten, Methoden, Trägern, Multiplikatoren und
Organisation

in der letzten Projektphase erfolgte.

I. Baustein

Prüfung der epidemiologischen Effektivität nationaler/internationaler Programme und Maßnahmen	
Katalog potentieller Zielvariablen	
Zielvariable: (z.B.)	<ul style="list-style-type: none"> - Antirauchen - Herz-Kreislaufmorbidity - Hautkrebs - Ernährung - Sport/Bewegung/Freizeit - Alkohol - Medikamente - Gesundheitsmittel/Vitamine - Umwelt (Arbeit/Wohngebiet)
Zielgruppen: (z.B.)	<ul style="list-style-type: none"> - Jugendliche/Erwachsene/Alte - Männer - Frauen - Soziale Schichten - Risikogruppen - Gesunde - Kranke
Methoden:	<ul style="list-style-type: none"> - Literaturanalyse - epidemiologische Gutachten - Evaluation vorhandener Studien/Programme
Ergebnis:	Katalog potentieller Zielvariablen des Präventions- und Interventionsprogramms mit Wertung präventiver Potentiale und Effektivität interventiver Maßnahmen

II. Baustein

Feinanalyse des Bedarfes und der Akzeptanz von Prävention und präventiven Angeboten	
Konkrete Bestimmung von Zielgruppen-variablen in Berlin	
Bedarf:	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitszustand der Berliner Bevölkerung - Gesundheitsverhalten nach Gruppen/Schichten z.B. Ernährung Sport - Risikoverhalten nach Gruppen/Schichten - Einstellungen zur Prävention und präventiven Maßnahmen - Akzeptanz von Angeboten nach Gruppen/Schichten
Methoden:	<ul style="list-style-type: none"> - Vertiefende, zielgruppenorientierte Auswertung vorhandener Daten - Begleitende Beobachtung
Ergebnis:	Analyse des Präventionsbedarfes in Berlin (West und Ost) nach Zielgruppen und Zielvariablen mit Bestimmung von Prioritäten (inhaltlich, zeitlich) und der Akzeptanz von Maßnahmen

III. Baustein

Feinanalyse vorhandener Maßnahmen, Angebote, Träger und ihrer Inanspruchnahme	
Angebote: (z.B.)	<ul style="list-style-type: none"> - Inhalte/Struktur/Zielvariable - Zielgruppen - Nutzung/Inanspruchnahme - Erfolge - Probleme - Effektivität
Träger: (z.B.)	<ul style="list-style-type: none"> - Ärzte - ÖGD - Krankenkassen - Schulen - Freie Träger - Selbsthilfegruppen - Sportbund - Private Anbieter - Betriebe/Unternehmen
Methoden:	<ul style="list-style-type: none"> - Zielorientierte Aufbereitung vorhandener Daten - Qualitative Interviews bei Trägern und Klientel - Expertengespräche
Ergebnis:	Analyse des Standes präventiver Angebote, Maßnahmen und ihrer Träger in Berlin sowie ihrer bisherigen Wirksamkeit

2. Präventionsmöglichkeiten

Die in der ersten Phase der Entwicklung des Präventions- und Interventionskonzeptes durchgeführte Literaturanalyse und die darauf basierende Bewertung publizierter Präventionsstudien und -programme war darauf ausgerichtet.

- die potentiell, d.h. für die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung wesentlichsten Zielvariablen für ein Präventionsprogramm wissenschaftlich begründet herauszuarbeiten,
- die durch Prävention und Intervention bei diesen Zielvariablen möglichen Ergebnisse abzuschätzen und zu bewerten sowie
- bislang in Präventionsprogrammen eingesetzte intervenierende Maßnahmen hinsichtlich ihrer präventiven, epidemiologisch gesicherten Wirksamkeit einzuschätzen

Da inzwischen die diesbezügliche Literatur im-mensen Umfang angenommen hat, mußte und sollte eher exemplarisch recherchiert werden. Die analysierten und verwendeten Publikationen stellen insofern keine Gesamtübersicht zu Präventions- und Interventionsprogrammen, ihrer wissenschaftlichen, theoretischen und empirischen Fundierung und ihren Ergebnissen dar, sondern zwangsläufig eine gezielte, auf Schwerpunkte orientierte Auswahl, die allerdings das Spektrum vorhandener Ansätze abdeckt.¹

Prävention, dies beweisen die Ergebnisse entsprechender Studien, ist grundsätzlich auf der Bevölkerungsebene möglich und effektiv realisierbar, wengleich die Evaluation präventiver Programme z.T. widersprüchliche Ergebnisse erbringt, die

häufig auf inhaltliche, methodische und auch empirische Defizite der angewandten Evaluationsstrategien zurückzuführen sind.

Bezüglich der Präventionsstrategien können Strategien der Verhältnis- und Verhaltensprävention, Strategien der strukturellen und bevölkerungsgruppenbezogenen oder individualbezogenen Prävention unterschieden werden

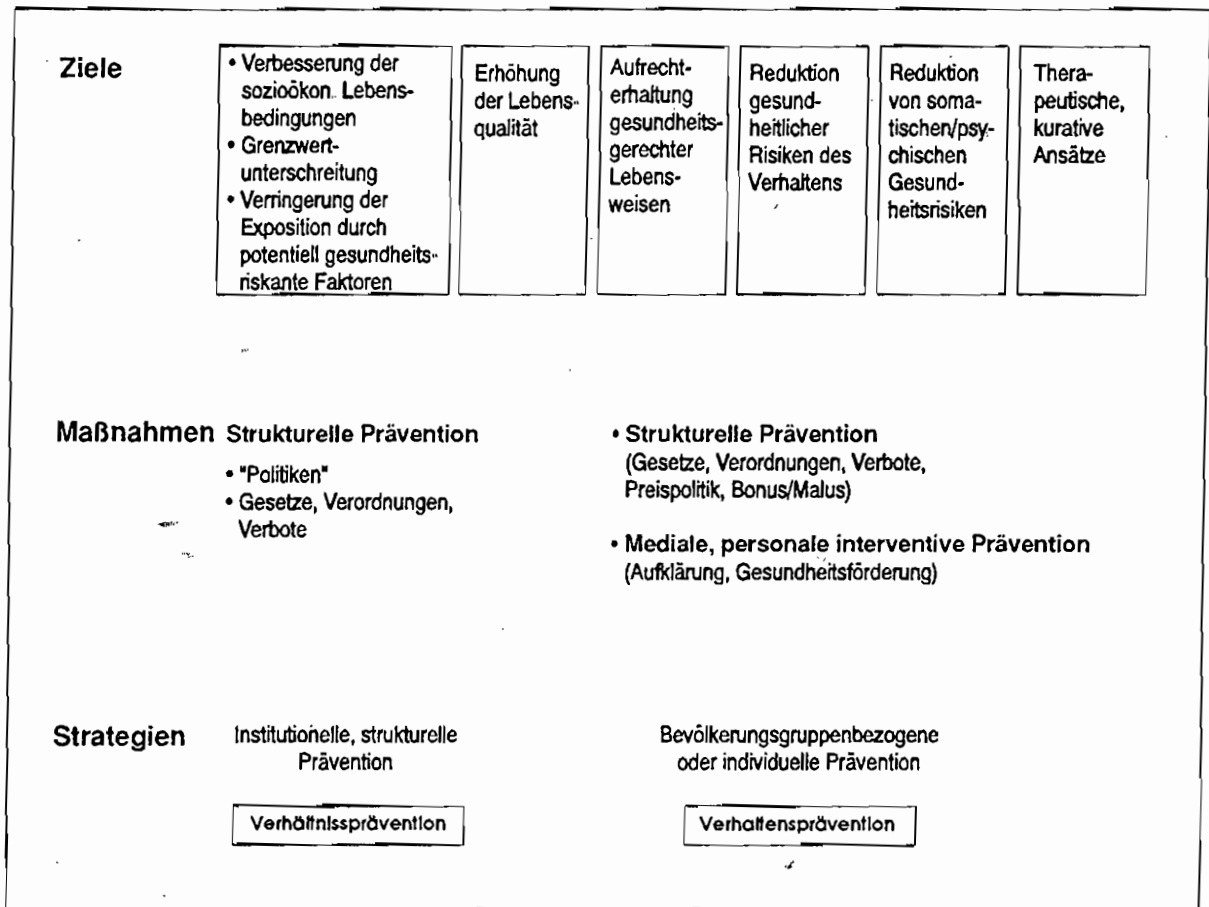
Hinsichtlich der prinzipiellen Präventionsziele werden häufig:

- primäre Prävention
- sekundäre Prävention und
- tertiäre Prävention

unterschieden, wobei bevölkerungsbezogene Präventionsstrategien i.d.R. Maßnahmen der primären und sekundären Prävention umfassen.

¹ Im Rahmen dieses Beitrages wird die verwendete Literatur nur dann zitiert, wenn sie unmittelbaren Bezug zur jeweiligen Textstelle aufweist. Eine Gesamtübersicht der analysierten Literatur zu Prävention und Präventionsstudien und -programmen findet sich in Anlage 1.

Abbildung 1: Präventionsstrategien, Präventionsziele und Maßnahmen



Der sowohl wissenschaftlich als auch politisch geführte Streit über die Notwendigkeit, Möglichkeit und Wirksamkeit von Strategien der Verhältnisprävention einerseits und Strategien der Verhaltensprävention andererseits läßt sich auf der wissenschaftlichen Seite in Hinblick auf die Fragen der Notwendigkeit und Möglichkeit der Strategien zumindest entschärfen

Versteht man unter Prävention die Durchführung von Maßnahmen mit dem Hauptziel, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern, d.h. (Unterziele):

- die Aufrechterhaltung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen zu sichern,
- gesundheitliche Risiken zu reduzieren,
- (Früh-) Morbidität zu senken und
- (Früh-) Mortalität zu senken.

so ist damit die Frage nach der Kausalität von gesundheitlichen Risiken in bezug auf Morbidität und Mortalität gestellt. Diese Frage wird durch die Methoden der Epidemiologie und entsprechende Forschungsergebnisse beantwortet.

Die Möglichkeiten primärer und sekundärer Prävention werden bei den jeweiligen Krankheiten und Krankheitsgruppen recht unterschiedlich veranschlagt und beurteilt, wenn man die ermittelten

relativen Risiken als Präventionspotential betrachtet. Am größten werden die primärpräventiven Potentiale bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen eingeschätzt, während bei Tumorerkrankungen noch deutliche Grenzen gesetzt sind. Nur für einige ist die Möglichkeit primärer Prävention durch Vermeidung von Verhaltensrisiken und Expositionsrisiken gesichert (Lunge, Haut, Leber). Bei Tumoren liegt das Schwergewicht eindeutig noch auf der sekundären Prävention, den Möglichkeiten der Früherkennung und des Screenings.

Die Inhalte und die Reichweite präventiver Maßnahmen sind - soweit sie epidemiologisch definiert werden - zunächst primär vom epidemiologischen Kenntnisstand in Hinblick auf das „bevölkerungsbezogene Risiko“ diskutierter Gesundheitsrisiken abhängig.

Dieser ist in Hinblick auf die sogenannten Verhaltensrisiken relativ hoch, in Hinblick auf die Risiken der natürlichen und technischen Umwelt (aus verschiedenen Gründen) noch relativ gering. Soweit aus beiden Bereichen Erkenntnisse vorliegen, wird Morbidität (jedenfalls in bezug auf die Gesamtbevölkerung) regelmäßig v.a. durch Verhaltensrisiken und nur in geringem Umfang durch Umweltrisiken „erklärt“.

Obgleich für eine Vielzahl von Noxen und chemischen Substanzen die Gesundheit beeinträchtigende oder schädigende Wirkungen bekannt sind, ist insgesamt das Wissen um die Wirkung von Umweltfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung sehr lückenhaft (jedenfalls auf der Grundlage der üblicherweise gegebenen Schadstoffbelastungen). Dies betrifft insbesondere ihre Bedeutung für die Entstehung der heute epidemiologisch für die Bevölkerung bedeutsamsten chronisch degenerativen Erkrankungen im Kontext mit den zweifelsfrei nachgewiesenen hohen Wirkungen von Verhaltensrisiken bzw. Risiken der Lebensweise. Die Gründe dafür sind u.a. in den großen methodischen Schwierigkeiten derart kombinierter Studien (z.B. deren notwendigerweise sehr langen Beobachtungszeiten) zu sehen.

Dieser Befund impliziert dabei allerdings noch lange nicht, daß Präventions- und Interventionsansätze nur und ausschließlich auf Risiken gerichtet werden könnten, für die dieser epidemiologische Risikonachweis erbracht ist. Er impliziert nur, daß

Präventions- und Interventionsansätze, für die dies nicht gilt, anderen als epidemiologischen Begründungszusammenhängen unterliegen.

Maßnahmen zur Verbesserung der Luftqualität oder Maßnahmen zur Lärmreduktion (etc.) können zum Gegenstand von Strategien der Expositionsminimierung werden, auch ohne daß der epidemiologische Nachweis gesundheitlicher Risiken erbracht ist.

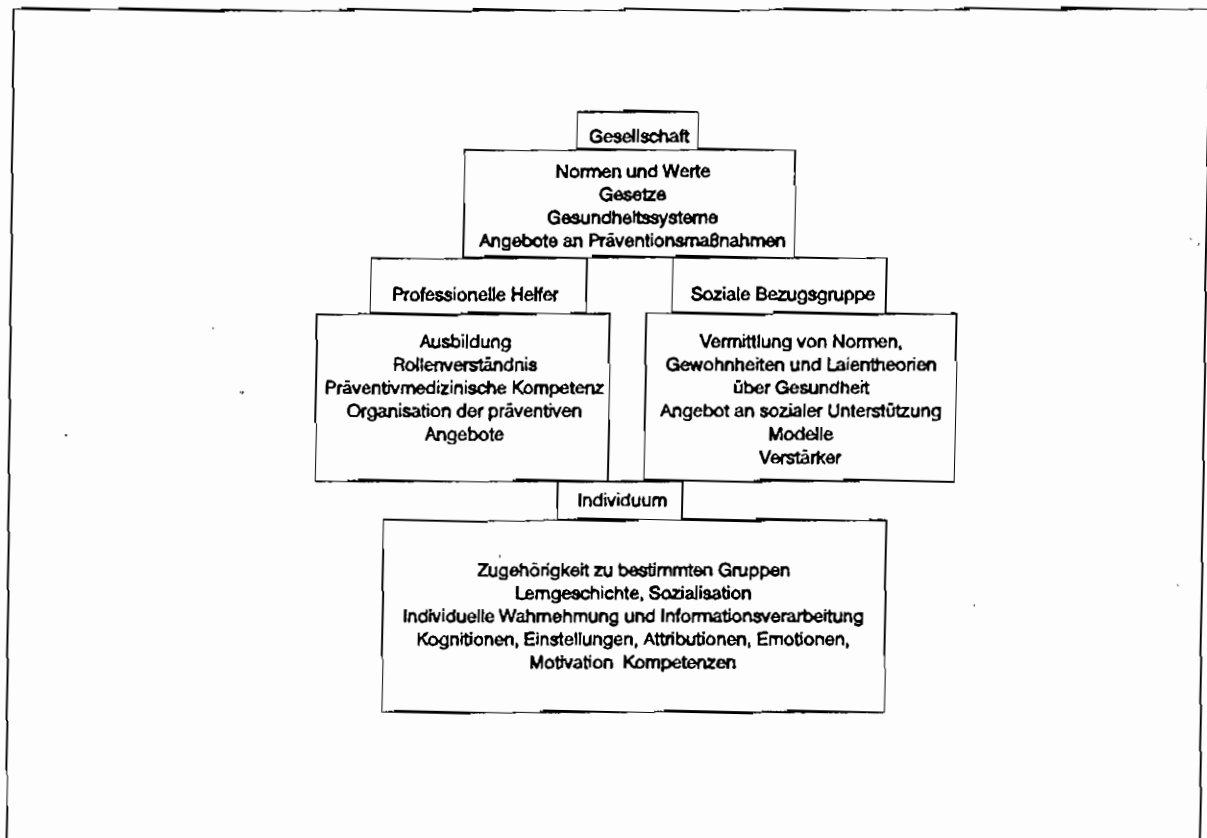
Zu beachten ist allerdings, daß Präventions- und Interventionsprogramme an den nachweislich hohen Risiken des Verhaltens nicht vorbeigehen können, sollten sie sich in Hinblick auf die Kosten der Prävention auch nur einigermaßen legitimieren.

Die bislang ermittelten größten additiven Risiken für HKK, Krebs und z.T. Erkrankungen des Bewegungsapparates resultieren aus gesundheitlichem Fehlverhalten und individuellen Risiken im Hinblick auf

- Rauchen
- Ernährung (incl. Alkoholabusus)
- mangelnde Bewegung
- psychosoziale Belastung (Streß/Konfliktbewältigung).

Damit werden jedoch die Ursachen und Bedingungen gesundheitsfördernden oder gesundheitsrisikanten Verhaltens selbst zur wesentlichen Interventionsebene.

Gesundheitsverhalten, wie soziales Verhalten generell, ist auf den Ebenen der Wissensvermittlung und daraus resultierenden Einstellungen nur gering beeinflussbar. Es ist generell in entwickelte Lebensstile/ Lebensweisen eingebettet und damit nur über Veränderungen auf dieser Ebene beeinflussbar. Gesundheitsverhalten ist ein hochkomplexes Verhalten, das vielfältige Determinationsebenen aufweist und demnach auch nur in dieser Komplexität langfristig wirkungsvoll zu verändern ist.

Abbildung 2: Determinanten des Gesundheitsverhaltens²

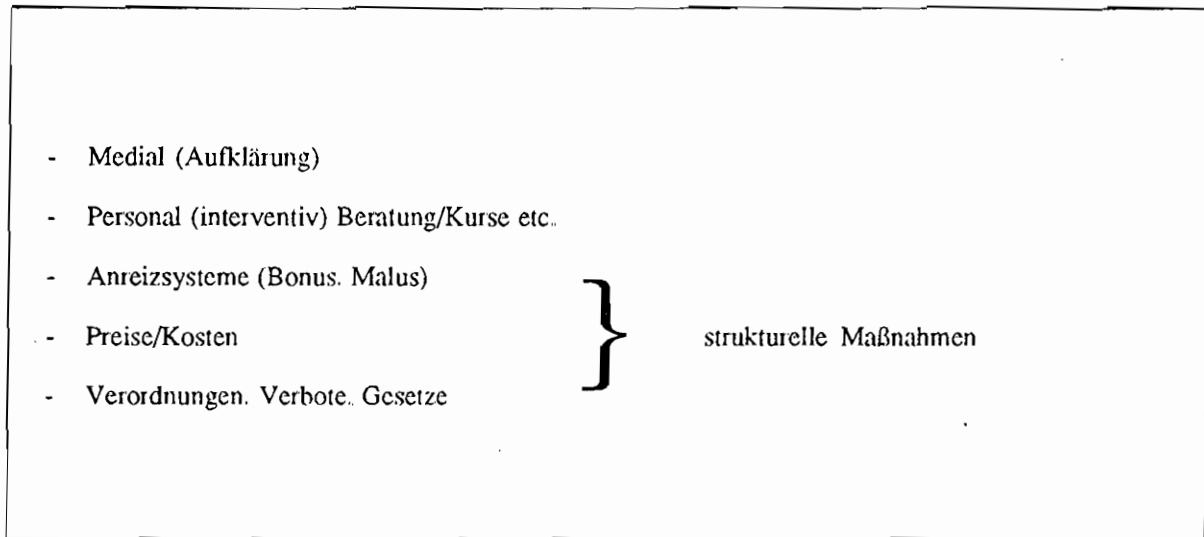
Der Bevölkerungsbezug von Präventionsprogrammen sowie deren Implementierung in bestehende Strukturen (kommunale Prävention, gemeindebezogene Prävention) verfolgt demnach auch eine stärkere Berücksichtigung motivationaler und emotionaler Komponenten gesundheitsrelevanten Verhaltens (z.B. Social marketing, Peer-Orientierung).

Eine Veränderung oder Beeinflussung von *Lebensstilen und Lebensweisen* ist nur über die Prozeduren alltäglichen Verhaltens möglich und bedarf, da dies in der Regel soziale Gruppen mit bestimmten Normen betrifft, eines Vorgehens mit spezifischer Ausrichtung auf diese sozialen Gruppen. Auch von daher ergibt sich eine Notwendigkeit der Integration verhaltens- und verhältnisorientierter präventiver Ansätze

Präventionsprogramme oder präventive Aktivitäten sind eingebunden in einen spezifischen *kulturellen, gesellschaftlichen und politischen Kontext*, der Prävention sowohl fördern als auch limitieren kann. Organisierte mediale und/oder personelle Interventionsmaßnahmen (z.B. Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung, der Gesundheitsförderung oder Gesundheitsberatung) müssen sich sowohl programmatisch als auch organisatorisch in laufende präventive Aktivitäten von Akteuren des Gesundheitssystems integrieren. Über die Interventionsmaßnahmen hinaus ist zu berücksichtigen, ob die Präventionsziele begleitend und ergänzend durch zusätzliche strukturelle Maßnahmen besser erreicht werden können (vgl. Abb. 3)

2 Bengel, J und Strittmatter R: In: Allhoff P; Flatten, G; Laaser, U (Hrsg): Krankheitsverhütung und Früherkennung - Handbuch der Prävention. S 74 1993/Springer-Verlag

Abbildung 3: Struktur präventiver und interventiver Maßnahmen (Ansätze)



Präventive Programme und Maßnahmen bedürfen der *Evaluation* in bezug auf Produkt, Prozeß und Ergebnis. In allen Bereichen, v.a. aber im Bereich der Ergebnisevaluation sind im Rahmen bisheriger Präventionsprogramme z.T. deutliche Defizite gegeben. Dabei ist allerdings auch zu berücksichtigen, daß die Ergebnisevaluation multifaktorieller Interventionsprogramme methodisch schon bei rein risikofaktorenorientierten Programmen nicht einfach ist.

Je stärker Interventionsprogramme auf „allgemeine Ziele“, z.B. der Erhöhung der Lebensqualität, der Aufrechterhaltung und Stabilisierung gesundheitsgerechter Lebensweisen gerichtet sind, umso größer sind die methodischen Probleme allein in der Operationalisierung von Wirksamkeitsindikatoren.

Übergreifend muß die präventive Wirkung bislang verfügbarer interventiver Maßnahmen als weitaus geringer und der Nachweis ihrer Wirksamkeit als weitaus unsicherer angesehen werden, als dies beim wissenschaftlichen Nachweis der epidemiologischen Bedeutung der (zumindest klassischen) Risikofaktoren der Fall ist.

Die aus den relativen und bevölkerungsbezogenen Risiken abzuleitenden Präventionspotentiale stehen in keinem Verhältnis zu den tatsächlich erzielten Erfolgen, die, wenn sie erreicht wurden, wesentlich geringer sind. Dies ist zumindest bei bevölkerungsbezogenen Präventionsprogrammen nicht zuletzt Ausdruck dafür, daß auch dort nur ein mehr oder minder großer Teil der Bevölkerung erreicht wird, d.h. eine 100%ige Ausschöpfung präventiver Potentiale a priori nie erwartet werden kann. Hinzu kommen teilweise gegenläufige oder nicht korrelierende Entwicklungstrends von Risikofaktorenverbreitung und Morbiditäts- und Mortalitätsindikatoren.

Insbesondere bei multifaktorieller Intervention ist der Wirkungsnachweis und der Anteil der Wirkung einzelner Interventionsmaßnahmen nur sehr kompliziert und schwierig zu führen und meist nicht möglich.

Aus den methodischen Problemen der Ergebnisevaluation von Präventionsprogrammen sind für zukünftige Präventionsstrategien (von der notwendigen, differenzierten Bedarfsanalyse abgesehen) zwei grundlegende Schlußfolgerungen abzuleiten:

- 1 Die Präventionsstrategie muß eingebunden sein in eine differenzierte Evaluationsstrategie, die
2. die Frage nach der Wirksamkeit der Maßnahmen einerseits differenziert stellt und beantwortet und andererseits auch die Frage nach den Kosten der Maßnahmen differenziert beantworten kann.

Trotz einer damit möglichen differenzierten Analyse von Wirksamkeit (Nutzen) und Kosten geht es hierbei primär um wissenschaftliche Analysen der Effektivität und Effizienz von Programmen und *nicht* um Kosten/Nutzenanalysen, die in der Operationalisierung des Nutzens auf politisch/ normativen Setzungen aufbauen müssen, die nicht unabhängig davon sind, was man politisch, gesundheitspolitisch oder präventionspolitisch will oder

nicht will. Zugleich ist auf die erheblichen methodischen Probleme der Nutzenbestimmung durch verschiedene Ansätze hinzuweisen (vgl. z.B. Human Capital Approach, Willingness to pay, quality-adjusted life years)

Auf der Grundlage national und international durchgeführter Präventionsstrategien scheinen Berlin betreffend zwei *Zielgruppenorientierungen* von besonderer Bedeutung zu sein. Dies betrifft

- die Bevölkerung im mittleren Alter und
- die Kinder und Jugendlichen,

da hier die größten Effekte (epidemiologisch) und die wesentlichen lebensstilprägenden Einflußnahmemöglichkeiten zu erwarten sind.³

3 Dies impliziert nicht, daß auch die ältere Bevölkerung Zielgruppe präventiver Maßnahmen spezifischer Zielsetzung (z. B. Vermeidung von Pflegebedürftigkeit) sein kann oder sein muß

3. Präventionsbedarf

3.1 Kurzcharakteristik des Gesundheitszustandes

In der Bundesrepublik Deutschland weitgehend nicht vorhandene, epidemiologisch belastbare Daten zur Morbidität (ambulant/stationär) der Bevölkerung erschweren eine empirisch-quantitative Bestimmung des Präventionsbedarfs.

Der Präventionsbedarf der Bevölkerung läßt sich auf der Grundlage verschiedener epidemiologischer Daten (z.B. Morbiditäts- und Mortalitätsdaten, Schüleruntersuchungen) allerdings zumindest abschätzen und in Berlin insbesondere auf der Grundlage des 1991 durchgeführten Gesundheits- und Sozialsurveys (sowie anderer bevölkerungsrepräsentativer Untersuchungen) in Hinblick auf die subjektive Morbidität, die Gesundheitsrisiken und das Gesundheitsverhalten auch differenziert quantitativ analysieren und bestimmen (siehe auch Diskussionspapier 17 - Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin).

Die Analyse der Mortalitätsstruktur und die der vermeidbaren Todesfälle erbringen in Berlin erwartungsgemäß Ergebnisse, die den für die Bundesrepublik Deutschland insgesamt bekannten entsprechen, damit allerdings auch die Bedeutung der auszuwählenden, zentralen Präventionsziele unterstreichen und begründen.

Im Hinblick auf Prävention sind insbesondere jene *Todesursachen* von wesentlicher Bedeutung, die das Sterbegeschehen in hohem Maße beeinflussen und die zum anderen nachgewiesenermaßen durch präventive Schritte beeinflussbar sind

Von den 1990 in Berlin verstorbenen Personen (30292/West - 13774/Ost), wiesen im Westteil der Stadt 46% und im Ostteil 54,7% eine Herz-Kreislauf-Krankheit als Todesursache auf⁴. Ganz überwiegend betrifft dies Erkrankungen des Herzens sowie Hirngefäßerkrankungen. Etwa jeder Fünfte starb an Krebs

Damit sind diese zwei Todesursachengruppen in Berlin, wie in allen anderen hochindustrialisierten Ländern, die dominierenden Sterbeursachen.

Im Hinblick auf Prävention ist von entscheidender Bedeutung, daß das Eintreten und die Häufigkeit dieser Krankheiten durchaus beeinflußt werden können. Wenn demnach aus der Mortalitätsstruktur der Berliner Bevölkerung Schwerpunkte für Prävention abzuleiten sind, so betrifft es Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und Neubildungen, selbst wenn auch das übrige Mortalitätspektrum nicht vernachlässigt werden darf.

Dies ist zweifellos keine wesentlich neue Erkenntnis, bedarf aber dennoch der Fixierung, damit im Rahmen unterschiedlicher Aufmerksamkeiten in der Öffentlichkeit und im politischen Rahmen keine ungerechtfertigten Prioritätsverschiebungen bzgl. Prävention und Präventionsbedarf auf der Bevölkerungsebene entstehen

Von spezieller Bedeutung für die Ableitung von Präventionsschwerpunkten ist die Analyse sogenannter *vermeidbarer Todesfälle*, d.h. jener Todesursachen und Sterbefälle, die nach heutigem wissenschaftlich/medizinischen Erkenntnisstand grundsätzlich oder in bestimmten Lebensaltern nicht zwingend schicksalhaft eintreten, sondern die verhindert bzw. behandelt werden könnten

Die Analyse „vermeidbarer Todesursachen“ zeigt:

- auch bei prinzipiell vermeidbaren und vorzeitig auftretenden Todesfällen entfallen die größten Anteile auf Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (Hypertonie/Schlaganfall, Ischämische Herzkrankheit), die bösartigen Neubildungen (Lungenkrebs bei Männern, Brustkrebs bei Frauen) sowie die Leberzirrhose, d.h. Krankheiten, deren Auftreten in erheblichem Maße durch die Lebensweise induziert ist;

4 Jahresgesundheitsbericht 1991: Senatsverwaltung für Gesundheit

- die Häufigkeit vorzeitiger, vermeidbarer Todesfälle in diesen drei Krankheitsgruppen ist bei Männern generell höher als bei Frauen und in Berlin/Ost immer höher als in Berlin/West, was auf eine stärkere Prävalenz entsprechender Risiken in Ostberlin verweist; diese Hypothese wird auch durch gleichgerichtete Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern gestützt;
- die Ursachen der dominierenden vermeidbaren Todesfälle bestätigen die Hauptzielvariablen für Prävention in Berlin

Die *Morbidität* der Berliner Bevölkerung wird gleichfalls vor allem von chronischen und chronisch-degenerativen Erkrankungen im höheren Alter bestimmt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind diejenigen Krankheitsgruppen, die am stärksten in der Bevölkerung verbreitet sind.

Mehr als 15% der Berliner insgesamt und mehr als 30% der 60 und mehr Jahre alten leiden an Bluthochdruck und werden deshalb überwiegend auch medikamentös behandelt. Angina pectoris und Durchblutungsstörungen am Herzen betreffen im Verlaufe eines Jahres 2-3% der unter 60jährigen Berlinerinnen und Berliner, im höheren Alter sind mehr als 20% der Männer und Frauen davon betroffen.

Eine Leistungsschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz) geben jedoch nur ca. 1% der jüngeren (18-59 Jahre) und etwa 17% der älteren Personen (60 Jahre und älter) in Berlin (West) an. In Berlin (Ost) liegen die Selbstangaben zu Herzinsuffizienz mit 6,7% bei Männern und 12,4% bei Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren deutlich unter denen der Westberliner. Diese Unterschiede sind in allen sozialen Schichten vorhanden

Chronisches Gelenkrheuma, Arthritis und Arthrose betreffen bereits einen nicht unbeträchtlichen Teil von Personen im mittleren Alter (Berlin/West: Männer 6,5%, Frauen 9,0%; Berlin/Ost: Männer 2,8%, Frauen 7,7%) und werden im höheren Alter noch wesentlich häufiger (Berlin/West: Männer 19,6%, Frauen 28,9%; Berlin/Ost: Männer 15,3%, Frauen 28,4%)

Häufigkeit und Ursachenstruktur der Unfälle sind in der Berliner Bevölkerung in West und Ost deutlich unterschiedlich. Häufigster Unfallort

West-Berliner Männer ist der Sportbereich, gefolgt von Unfällen am Arbeitsplatz. Diese stehen wiederum bei Ostberliner Männern an erster Stelle, während Unfälle im Haushalts- und Hobby-Bereich an zweiter Stelle stehen. Bei Frauen stehen generell die Haushalts- und Hobbyunfälle an erster Stelle, doch folgen in Berlin (West) danach die Sportunfälle und in Berlin (Ost) die Arbeitsunfälle.

Eine deutliche und durchgängig konsistente soziale Schichtabhängigkeit der Häufigkeit von Krankheiten ist in der Berliner Bevölkerung nicht vorhanden.

Die Analyse der Daten der *Einschulungsuntersuchungen* bzw. *Schulentlassungsuntersuchungen* weist aus, daß bereits im Kindes- und Jugendalter in relevant hohem Umfang Gesundheitsstörungen und Funktionseinschränkungen gerade auch in den Bereichen Bewegung, Ernährung (Adipositas) und Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorliegen, die diese Zielgruppe nicht nur unter dem Aspekt einer gezielten Gesundheitsförderung, sondern auch unter dem Gesichtspunkt der Risiko-intervention bei Betroffenen prädestiniert.

3.2 Gesundheitsrisiken und Präventionsbedarf

Für die epidemiologische Ableitung eines Präventionsbedarfs der Bevölkerung und spezifischer Bevölkerungsgruppen und insbesondere für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Interventionsstrategien sind empirische Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage, zur gesundheitlichen Versorgung sowie zur Exposition gegenüber gesundheitlichen Risiken erforderlich. Der in Berlin 1990/91 durchgeführte Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin⁵ (repräsentative Stichprobe der Bevölkerung ab 18 Jahren, Stichprobenumfang n=4 400) schafft dazu die geeignete Datengrundlage.

Die Bedarfsanalyse hat hinsichtlich der Typisierung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen mit Hilfe einer Clusteranalyse ergeben, daß 14% der Berliner Bevölkerung zum „Sportlertyp“ zuzurechnen sind und 10% bereits eine hohe präventive Grundorientierung in ihrem Gesundheitsverhalten aufweisen. Zu prüfen wäre, über welche Wege diese Gruppen ggf. auch als Multiplikatoren für präventives Verhalten zu motivieren und zu nutzen sind.

Die Clusteranalyse praktizierter Lebens- und Verhaltensvariablen erbringt auf der Grundlage einer Typenlösung mit 4 Typen für die Gesamtberliner Bevölkerung folgendes Ergebnis:

Typ 1: 28% der Berliner Bevölkerung

Über ein Viertel der Berliner Bevölkerung läßt sich hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens als ein Typ beschreiben, der ein *allgemeines Gesundheitsverhalten* besonders stark betreibt. Ausgewogene Ernährung, viel frische Luft, ausreichend Schlaf, Ausruhen, Entspannen und genügend Bewegung sind die Verhaltensweisen, die diese Gruppe auszeichnen.

Typ 3: 10% der Berliner Bevölkerung

Diese Gruppe hat ein besonders *stark ausgeprägtes Gesundheitsverhalten* in allen Bereichen, wobei in den folgenden Punkten besonders große Unterschiede zur Durchschnittsbevölkerung und zu allen anderen Typen bestehen (vgl. Abb. 4):

- 55% ernähren sich vegetarisch,
- 84% verwenden möglichst nur biologische Lebensmittel.
- 41% wenden besondere Entspannungstechniken an.
- 65% verwenden gesundheitsfördernde Produkte.

Typ 4: 14% der Berliner Bevölkerung

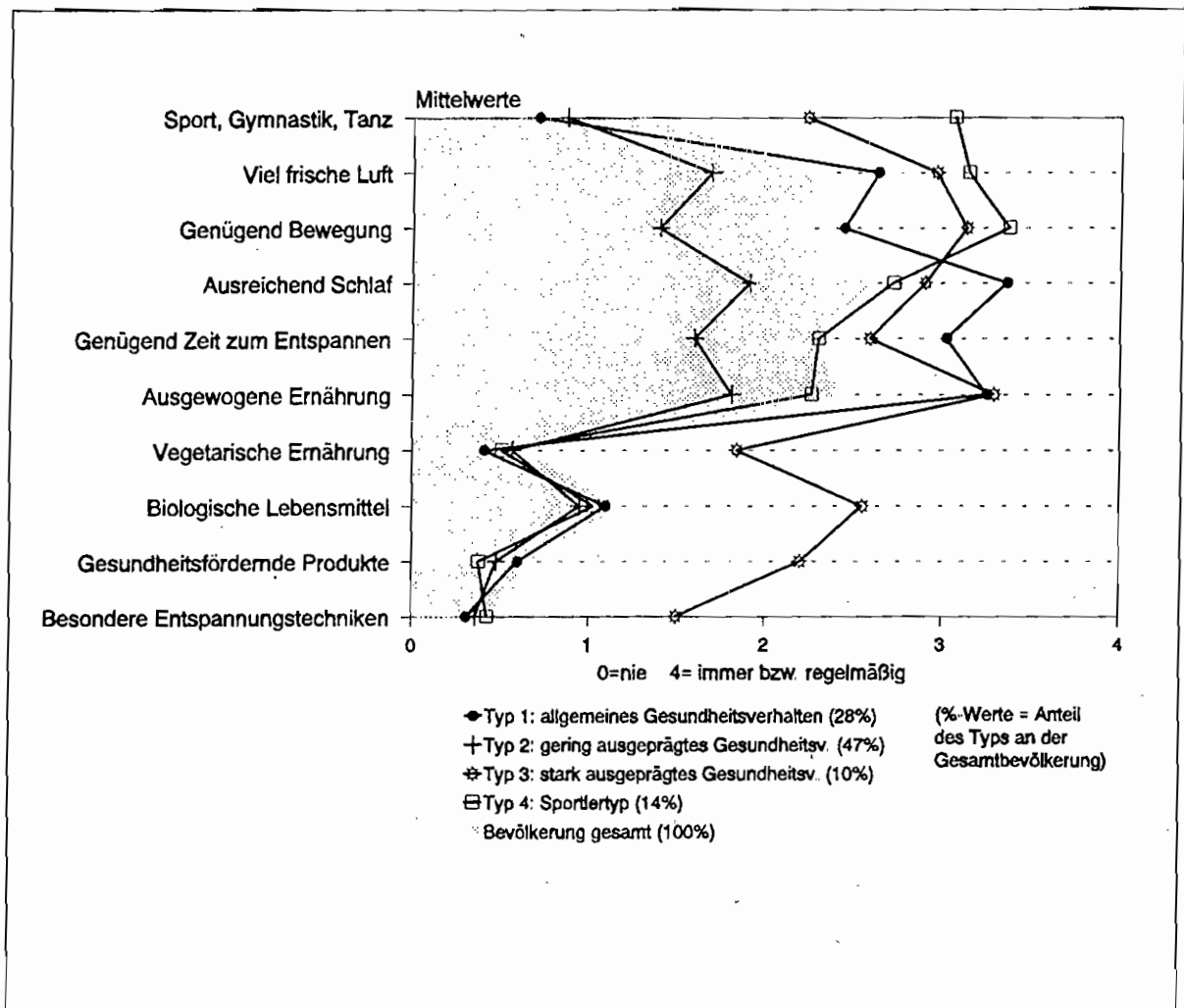
Jeder siebte Berliner gehört dieser kurz als „Sportlertyp“ zu beschreibenden Gruppe an. Die 3 Items, die sich auf Sport und Bewegung beziehen, werden in dieser Gruppe mit überdurchschnittlicher Häufigkeit angegeben, alle anderen gesundheitlichen Verhaltensweisen entsprechen in ihrer Häufigkeit etwa dem Gesamtberliner Durchschnitt oder liegen z.T. sogar darunter.

Typ 2: 47% der Berliner Bevölkerung

Diese letzte Gruppe, die immerhin knapp die Hälfte der Bevölkerung ausmacht, weist ein *stark unterdurchschnittliches Gesundheitsverhalten* in allen abgefragten Bereichen auf.

5 vgl. Kirschner, W. Radoschewski, M.: Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin, Schriftenreihe Diskussionsbeiträge der Gesundheits- und Sozialforschung, Diskussionspapier Nr. 17, Januar 1993.

Abbildung 4: Gesundheitsverhalten der Berliner Bevölkerung - Clusteranalyse



Als Hauptzielgruppe für Prävention erweist sich der „Typ 2“ mit den Zielvariablen Bewegung, Ernährung und „Entspannung“. Hier scheint es vor allem darauf anzukommen, ein gesundheitsorientiertes Körperbewußtsein zu entwickeln. Da zwei Drittel zunächst prinzipiell ein entsprechendes Interesse signalisieren, müßten die zur Verfügung stehenden medialen Wege besser und verstärkt genutzt werden. Dies betrifft auch die verstärkte Information über die bislang erkannten und wirksamen Möglichkeiten der Prävention.

Die Nachfrage nach Maßnahmen der Gesundheitsförderung zeigt eine starke Schichtabhängigkeit in beiden Stadthälften. In Berlin-West haben 21% der Angehörigen der Oberschicht gegenüber 8% der Unterschichtsangehörigen schon jemals an entsprechenden Maßnahmen teilgenommen.

**Abbildung 5: Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -beratung
Teilnahme, Interesse, kein Interesse - nach sozialer Schicht**

	West Schichten			Ost Schichten		
	untere	mittlere	obere	untere	mittlere	obere
	I	II	III	I	II	III
n*=	1080	803	821	490	475	480
n=	958	796	781	436	609	565
Teilnahme jemals	7,9	11,0	21,4	4,5	6,7	12,0
Teilnahme letzte 12 Monate	3,9	4,7	8,7	0,8	2,0	4,3
keine Teilnahme, aber Interesse	55,2	54,1	55,1	59,5	65,2	63,9
kein Interesse	35,6	34,3	23,5	35,2	27,9	24,1

Über ein Drittel der unteren Schichten, aber weniger als ein Viertel der oberen geben explizit kein Interesse an (altersstandardisierte Werte)

Bezogen auf die vier Typen der Bevölkerung hat Typ 3 (stark ausgeprägtes Gesundheitsverhalten) am häufigsten (27,6%) schon jemals an Maßnahmen der Gesundheitsförderung teilgenommen. Die

größten Anteile Desinteressierter weist der Typ 1 auf (36%): was auf das höhere Durchschnittsalter und das geringere Bildungsniveau zurückgeführt werden kann. Beim Sportlertyp, aber auch bei Typ 2 liegt das Interesse an Prävention leicht über dem Durchschnitt der Bevölkerung. Abb 6 weist die Anteile für Teilnahme und Interesse an Maßnahmen bezogen auf Angebote für die einzelnen Typen aus.

Abbildung 6: Typologie (Clusteranalyse) zur Frage „Gesundheitsverhalten“

%-Werte	n=	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Gesamt
Bevölkerungsanteil	0	1167	1949	411	588	4430*
Jemalige Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung	ja	28	47	10	14	100
nein, aber Interesse		8,4	9,5	27,6	8,5	10,7
nein / kein Interesse		50,7	60,9	59,6	63,4	56,3
Teilnahme an Maßnahmen		36,1	26,8	11,4	25,0	27,2
Autogenes Training, Selbsterfahrung		4,6	5,6	21,4	3,9	6,4
Abnahme/Fastenkur		1,5	0,8	3,1	0,9	1,2
Kochen/Vollwerternährung		2,7	2,3	11,0	2,8	3,2
Nichtrauchertraining		0,6	0,2	1,2	0,3	0,4
Atem, Bewegung, Wirbelsäule		3,0	2,9	13,1	3,1	3,8
Andere (Σ)		4,2	5,0	17,8	4,6	5,9
Σ der Nennungen		16,6	16,8	67,6	15,6	20,9
Nichtteilnehmer an Maßnahmen						
Interesse an						
Autogenes Training, Selbsterfahrung		20,1	34,9	51,0	38,0	31,0
Abnahme/Fastenkur		13,0	16,6	13,8	11,8	14,1
Kochen/Vollwerternährung		21,3	27,6	55,0	31,8	27,8
Nichtrauchertraining		7,6	12,5	9,5	9,7	10,1
Atem, Bewegung, Wirbelsäule		25,6	31,6	48,0	32,1	31,1
Andere, Sonstige (Σ)		19,4	23,1	36,6	19,1	22,3
Σ der Nennungen						

* n = 315 nicht typisiert

Jemalige Teilnehmer haben im Durchschnitt bereits an 2 unterschiedlichen Maßnahmen teilgenommen, Teilnehmer des Typs 3 nennen sogar im Durchschnitt 2,5 unterschiedliche Maßnahmen. Interessenten des Typs 3 zeigen im Vergleich zu den anderen Typen bezogen auf die jeweilige Einzelmaßnahme das größte Interesse (Ausnahme: Nichtrauchertraining)

Der als Präventionszielgruppe besonders interessierende Typ 2 zeigt gemessen an der Summe der Nennungen, aber auch bezogen auf die meisten einzelnen Maßnahmen überdurchschnittliches Interesse.

Die derzeitige/bisherige Nachfrage nach präventiven Angeboten (Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -beratung) ist demnach sehr gering

11% der Berliner haben bisher jemals an Maßnahmen der Gesundheitsberatung und -förderung teilgenommen. Dementsprechend müssen *Strategien zur Entwicklung von Nachfrage* und Umsetzung des offenbar relativ hohen „latenten Bedarfs“ entwickelt werden. Von besonderer Bedeutung scheint dabei:

- der Abbau von Schwellenängsten.
- die Entwicklung präventiven Verhaltens zu einem individuellen und sozialen Lebenswert,
- die Erhöhung der Transparenz der vorhandenen Angebote und Angebotsstrukturen sowie
- eine stärkere Orientierung auf soziale Gruppen, deren Werte und Wertorientierungen

zu sein

Als wesentliche *Gesundheitsrisiken* in der Berliner Bevölkerung erweisen sich unter Berücksichtigung ihrer Verbreitung sowie der daraus resultierenden additiven Risiken für Krankheitsentstehung

- Bewegungsmangel 50%
- Rauchen 34%
- Alkohol 28%
- „Medikamentenabusus“ 13%

Die anderen Gesundheitsrisiken haben Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung von ca 10%. Hauptansatz für eine wirksame Reduktion dieser Anteile könnte die Beeinflussung der sozialen Images dieser Verhaltensweisen sowie die Neubesetzung

ihrer sozialen Funktion sein. Dementsprechend bestünde die Aufgabe darin, andere Werte und Verhaltensweisen sozial aufzuwerten.

„Streß“ (häufige Überforderung) und der Gebrauch suchtpotentieller Medikamente sind typisch weibliche Risiken (über 70% der jeweiligen Risikogruppe), Alkoholkonsum (regelmäßig und übermäßig) ist ein typisch männliches Risiko.

Bewegungsmangel, Übergewicht und Konsum suchtpotentieller Medikamente sind die Gesundheitsrisiken, von denen die über 60jährige Bevölkerung überproportional betroffen ist.

Abbildung 7: Gesundheitsrisikogruppen in der Berliner Bevölkerung

	Ge- samt	Raucher	Über- gewich- tige	Pers. mit Be- wegungs- mangel	häufig Über- forderte	regel- mäßige Alkohol- kons.	über- mäßige Alkohol- kons.	Ver- wender suchtpot Medik.
n=	4430	1455	490	1180 ^①	396	1226	341	630
%-Anteil an Gesamtbevölk.	100	34,5	10,5	42,6	9,1	28,3	8,4	13,4
Ø Alter \bar{x}	46,6	40,3	52,9	40,7	45,1	44,4	41,4	52,3
%-Werte								
weiblich	54,1	43,9	53,2	49,7	70,3	28,8	26,2	70,9
Volks-/ Hauptsch.	31,4	31,1	50,3	32,4	33,4	25,4	31,6	35,3
(Fach) Abi	30,4	27,2	21,5	25,9	30,4	38,8	28,8	27,2
Westberl.	61,7	63,4	58,5	52,5	67,2	58,9	61,8	58,4
Ostberliner	38,3	36,6	41,5	47,5	32,8	41,1	38,2	41,6
Teilnahme Prä- v-Maßnahmen								
jemals	10,7	6,9	10,3	8,0	16,8	8,4	6,6	13,3
in den letzt 12 Mon.	4,1	2,0	5,6	2,4	7,2	2,4	1,2	5,7
Interesse	56,3	63,2	63,0	60,8	59,3	57,7	59,4	59,3
kein Int.	27,2	25,9	27,6	27,8	19,1	29,9	31,0	22,4

① nur unter 60jährige Bevölkerung

Übergewicht ist in den unteren Bildungsniveaus überproportional verbreitet, regelmäßiger Alkoholkonsum in den oberen. Bewegungsmangel betrifft überproportional Ostberliner, häufige Überforderung (Streß) Westberliner.

Personen mit Streß (häufige Überforderung) haben im Vergleich zu allen anderen Risikogruppen am häufigsten schon einmal an Präventionsmaßnahmen teilgenommen (17%) und auch am häufigsten innerhalb der letzten 12 Monate (7%), gefolgt von Personen mit suchtpotentieller Medikamentenverwendung.

Die größten Interessenspotentiale an Maßnahmen der Gesundheitsförderung weisen die Raucher und die Übergewichtigen auf (63%). Am schwersten für Präventionsmaßnahmen erreichbar sind die Alkoholkonsumenten (regelmäßige und übermäßige), sie weisen die größten Anteile Desinteressierter auf.

Bezogen auf die 4 Bevölkerungstypen weist Typ 1 (durchschnittliches Gesundheitsverhalten) die höchsten Anteile Übergewichtiger und Personen

mit Bewegungsmangel auf. Typ 3 hat die meisten „Gestreßten“.

Typ 2 hat die höchsten Prävalenzen beim Rauchen, dem Alkoholkonsum (regelmäßig und übermäßig) und beim Konsum suchtpotentieller Medikamenten - auch Bewegungsmangel ist überdurchschnittlich verbreitet -, was die Notwendigkeit der Prävention und Intervention gerade bei diesem Typ herausstreicht.

Abbildung 8: Gesundheitsrisiken nach Bevölkerungstypen

% - Werte	n =	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Gesamt
		1167	1949	411	588	
Bevölkerungsanteil	θ	28	47	10	14	100
Rauchen		31,5	39,5	27,6	36,5	34,5
Übergewicht		12,9	11,0	7,0	4,6	10,5
Bewegungsmangel		67,9	53,7	23,1	12,0	50,1
„Streß“		5,7	11,4	12,5	7,8	9,1
Regelmäßiger Alkohol		23,0	33,7	22,3	30,4	28,3
Übermäßiger Alkohol		6,8	10,2	5,3	9,7	8,4
Suchtpot. Medikamente		14,3	14,8	13,3	8,9	13,4

* n=315 nicht typisiert

Das am meisten verbreitete *ökologische Gesundheitsrisiko* in der Berliner Bevölkerung ist der Lärm in der Wohnung von außen, dem 72% der Westberliner und 81% der Ostberliner ausgesetzt sind.

Insgesamt ist die Ostberliner Bevölkerung ökologischen Gesundheitsrisiken stärker ausgesetzt als die Westberliner

Signifikant stärker sind Ostberliner belastet durch

- eher viel umweltbelastende Industrie- und Gewerbebetriebe in der näheren Wohnumgebung (West 19%/Ost 32%)

- Staub und Schmutz (48%/61%) sowie Dämpfe/Gase/Rauch (40%/ 51%) in der Subpopulation Umweltbelasteter
- die Luftqualität im Sommer (individuelle Benotung auf einer Skala von 1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft) Ø (: 2.7/2.9) und im Winter Ø (: 3.2/3.5)
- Lärm in der Wohnung von außen (71,9%/ 80,5%)

West- und Ostberliner sind gleich hoch belastet durch Straßenverkehrslärm (75% der Lärmexponierten geben diese Lärmquelle an) und Luftverkehr (über 40%).

Die Luftqualität im Sommer und im Winter wird über alle Schichten gleich beurteilt, ebenso die Variable Lärm und Lärmquellen in West- wie in Ostberlin. In Ostberlin geben - entgegen der Erwartung - Angehörige *oberer* Schichten *häufiger* an, durch Industrie/Gewerbe umweltbelastet zu sein (höhere Sensibilisierung?).

Einen deutlichen Einfluß auf die ökologischen Gesundheitsrisiken hat die Bebauungsart der Wohnumgebung.

Bewohner in dichter Blockbebauung ohne Grünflächen beim Haus im Vergleich zu Ein- bis Zweifamilienhausbewohnern sind allen analysierten ökologischen Risiken stärker ausgesetzt

Obgleich ökologische Risiken nachweislich geringe additive Risiken für die Bevölkerung verursachen, besteht ein ausgesprochen hoher Aufmerksamkeitsgrad dafür

Eine 1985/86 und 1990/91 durchgeführte Untersuchung⁶ zeigte, daß die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland nicht nur die klassischen Verhaltensrisiken (Alkohol, Rauchen) mit hohen gesundheitlichen Risiken assoziiert, sondern daß vielmehr auch Umweltbedingungen (Luft, Wasser, Lärm) von über zwei Fünftel bis über die Hälfte der Bevölkerung mit großen gesundheitlichen Gefahren „belegt“ werden (vgl. Abb 9).⁷

Abbildung 9: Gesundheitliche Gefahren von Lebensweisen und Umweltbedingungen in der Einschätzung der Bevölkerung

%-Werte	Mittelwert*	große (4)	mittlere (3)	geringe (2)	keine (1)
A Rauchen	3,67	71	25	3	-
B Alkohol	3,67	71	24	4	-
C Drogen	3,85	90	6	3	-
D Arzneimittel	3,37	48	39	11	-
E Chemische Rückstände in Lebensmitteln	3,28	43	40	14	1
F1 Luftverschmutzung außer Haus	3,45	55	34	10	1
F2 Luftverschmutzung im Haus	2,63	19	30	44	6
G Wasserverschmutzung	3,25	49	30	18	3
H Lärmbelästigung	3,19	43	37	17	3
J Falsche, einseitige Ernährung	3,22	42	40	15	2
K Bewegungsmangel	3,27	45	40	13	2
L Belastung „Streß“ in Arbeit und Beruf	3,42	55	34	10	2
M Belastung „Streß“ in der Familie und im Haushalt	2,83	26	36	32	5
N Atomkraft (radioaktive Stoffe, Strahlen)	3,04	44	21	24	8
O Straßenverkehr	3,46	56	35	8	1

* Bewertung der Kategorien zur Mittelwertberechnung:

1 = keine Gefahr 2 = geringe Gefahr 3 = mittlere Gefahr 4 = große Gefahr

6 BGA-WaBoLu/Intratest/EFB: Umweltsurvey

7 Schultz C., Chutsch M., Kirschner R. et al.: Umwelt-Survey Band II - Umweltinteresse, -wissen und -verhalten. WaBoLu-Hefie 1/1991 S. 98

Eine auf dieser Grundlage durchgeführte Clusteranalyse zeigt und unterstreicht zusätzlich, daß von einer differenzierten Bewertung gesundheitlicher Risiken „der Umwelt“ in Hinblick auf die tatsächlichen Gefährdungspotentiale in der Bevölkerung mehrheitlich nicht gesprochen werden kann.⁸

Dementsprechend ist - so schwer dies zu erreichen sein wird - in der Öffentlichkeit eine Relativierung ökologischer Risiken anzustreben und sind Überlegungen sinnvoll, ob ökologische Risiken vielleicht auch als „Transportmittel“ für das Wissen zu anderen Risiken verwendet werden sollten.

4. Präventionsangebote/Angebotsstruktur

4.1 Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland

Präventive Medizin hat im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zur kurativen Medizin zu keinem Zeitpunkt eine relevante Rolle gespielt. Prävention war zunächst lange Zeit begrenzt auf Maßnahmen der Gesundheitserziehung und gesundheitlichen Aufklärung. In den 50er und 60er Jahren beschränkten sich präventivmedizinische Aktivitäten vorwiegend auf die ärztlichen Schüleruntersuchungen sowie auf Reihenuntersuchungen von Teilpopulationen. Neben der Schwangerenvorsorgeuntersuchung erhielt die Präventivmedizin - und hier insbesondere der Teil der sekundären Prävention - erst mit der Einführung der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Anfang der 70er Jahre einen ersten Auftrieb.

Die anfangs hohen Erwartungen an die medizinische Effektivität, von den Erwartungen an die Kostenreduktion ganz abgesehen, haben sich jedoch nicht erfüllt. Untersuchungen zur Inanspruchnahme und zu den Angeboten von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen⁹ haben gezeigt, daß die medizinische Effektivität des Programms - unabhängig von der Effektivität (Sensitivität, Spezifität) der vorgenommenen einzeldiagnostischen Maßnahmen - gering ist, da die Inanspruchnahme insgesamt zu gering ist und ins-

besondere die Inanspruchnahme umgekehrt proportional zu den Krebserkrankungsrisiken nach Alter und sozialer Schicht verläuft.

Bis zur Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes im Jahre 1988 gab es - von Modifikationen der bestehenden Programme abgesehen - keine grundlegenden neuen *gesetzlichen* Regelungen über präventivmedizinische Maßnahmen auf Bundesebene. Kennzeichnend für die Zeit Ende der 70er Jahre bis Ende der 80er Jahre ist, daß die zuständigen Ministerien (Bundesministerium für Forschung und Technologie, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung sowie Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit) vor allem Forschungsvorhaben förderten, die unter anderem Erkenntnisse über die Organisation, Durchführbarkeit, Effektivität und Effizienz präventivmedizinischer Maßnahmen unterschiedlicher Art ergeben sollten.

Maßnahmen der Sekundärprävention und risikofaktorenorientierte Strategien der Primärprävention geraten zunehmend in die Kritik, v.a. unter dem Gesichtspunkt der fraglichen Effektivität der Maßnahmen und der weitgehenden Nichteinbeziehung der sozialen/gesellschaftlichen Bedingungen im Rahmen der Präventionsansätze (Verhältnisprävention).

8 ebd. S. 100

9 Kirschner W: Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland Gründe der Nichtinanspruchnahme und Möglichkeiten zur Erhöhung der Beteiligung. Köln 1985

Seit den 80er Jahren und insbesondere seit Verabschiedung der „Ottawa Charta for Health Promotion“ (1986)¹⁰ erlebte die Präventivmedizin - *zumindest programmatisch* - eine Renaissance. Vor allem wird seit dieser Zeit die Präventivmedizin nicht nur unter dem Gesichtspunkt sekundärpräventiver Maßnahmen gesehen. Vielmehr wird von einem ganzheitlichen Ansatz der Integration primärpräventivmedizinischer und sekundärpräventivmedizinischer Maßnahmen ausgegangen, der das Oberziel von Gesundheit als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden durch folgende Maßnahmen verfolgen soll:

- eine konsequent präventive Orientierung der Gesundheitspolitik
- einen ganzheitlichen Ansatz
- die Einbeziehung der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie
- die Stärkung der gesundheitsbezogenen Handlungsfähigkeit von Individuen und Gruppen (Selfempowerment)

Das Hauptproblem dieser „ganzheitlichen“, programmatischen Ansätze besteht aber v.a. darin, daß eine Operationalisierung und Umsetzung der Ziele in entsprechende Maßnahmen und Strukturen offenbar nur schwer gelingt. Das Festhalten an und die partielle Rezeption dieser Programmatik in der konkreten Realität der Gesundheitsförderung birgt zumindest die Gefahr (vgl. z.B. Healthy City Projekte), daß die programmatische Zielbestimmung von der Realität der Prävention und der gesundheitsgerechten Lebensbedingungen bzw. gesundheitsschädlichen Lebensbedingungen nicht mehr deutlich genug unterschieden werden kann.

Erst mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) (1988) (z.T. ergänzt im Gesundheitsstrukturgesetz (1992)) ergeben sich sowohl in Hinblick auf die primäre Prävention, als auch auf die sekundäre Prävention gesetzliche Erweiterungen der Präventionsprogramme und Präventionsmöglichkeiten insbesondere hinsichtlich:

- der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Beratung (§20 SGB V) und
- der Gesundheitsuntersuchungen (§25 SGB V).

Neben der Erweiterung der sekundärpräventiven Maßnahmen auf die Früherkennung von Krankheiten (Herz-Kreislauf, Niere, Diabetes) (§25) spielt für die primäre Prävention der §20 die entscheidende Rolle, der den Krankenkassen zentrale Aufgaben (zunächst prinzipiell) zuweist. Dies betrifft:

- die Aufklärung über Gesundheitsgefahren,
- die Analyse arbeitsbedingter Erkrankungen und -risiken und
- v.a. die Förderung und Durchführung von *Maßnahmen der Gesundheitsförderung* und Krankheitsverhütung

Die Krankenkassen sollen diese Aufgaben in enger Kooperation mit den anderen Akteuren erfüllen, bei Beibehaltung der Aufgaben anderer Stellen in der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung.

Eine Bewertung der bestehenden Präventionsangebote ist letztlich nur auf der Basis und im Kontext der Bedarfssituation und der wissenschaftlich/epidemiologisch erwiesenen Präventionsmöglichkeiten sinnvoll.

Die Schlußfolgerungen aus der Angebotsanalyse folgen diesen Bewertungskriterien

10 Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Adelaide 1988

4.2 Die aktuelle Situation im Bereich der Prävention in Berlin

Angebote zur Gesundheitsberatung und -förderung sind in Berlin (hier zunächst Berlin-West) schon zu Beginn der 80er Jahre und damit relativ früh bezirklich aufgebaut und ausgebaut worden. Neben dem ÖGD sind alle weiteren bekannten Träger (freie Träger, Verbände, Vereine, VHS, private Träger, Ärzte, Apotheker, Krankenkassen) Anbieter entsprechender, z.T. unterschiedlicher Programme.

Auf programmatrischer Ebene wurde mit der EntschlieÙung der 64. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 1991 in Wiesbaden (z.T. wiederholt) auf:

- die Bedeutung einer präventiven Gesundheitspolitik hingewiesen;
- eine ressortübergreifende Betrachtungsweise gefordert;
- eine starke Nutzung und Umsetzung des §20 SGB V gefordert;
- auf die Notwendigkeit des präventiven, gesundheitlichen Umweltschutzes hingewiesen;
- die Koordinations- und Steuerungsfunktion des ÖGD im Rahmen der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung betont und empfohlen, die Priorität der Gesundheitsförderung für die präventive Gesundheitspolitik in der Aufgabenverteilung und Stellenbesetzung im ÖGD stärker zu berücksichtigen.¹¹

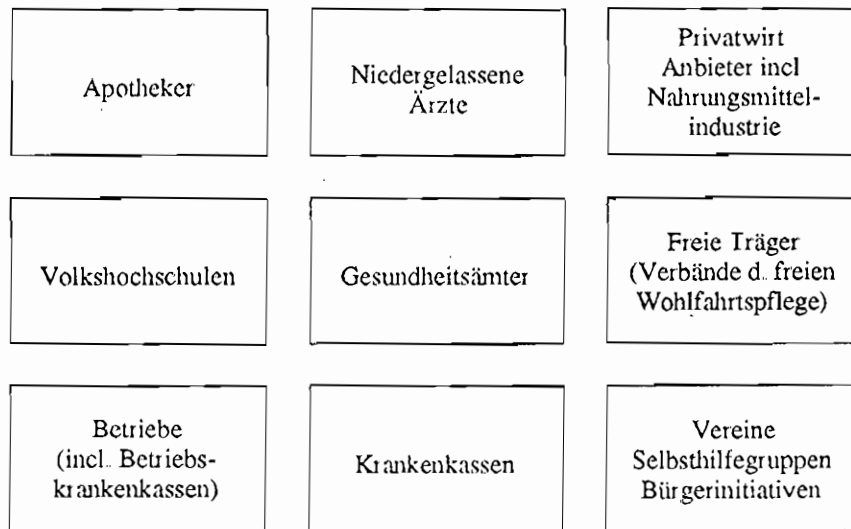
Vor dem Hintergrund dieser programmatischen Rahmenbedingungen ist die aktuelle Situation im Bereich der Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung (weiterer primärpräventiver Maßnahmen sowie sekundärpräventiver Maßnahmen) in Berlin durch wenigstens vier Bedingungen gekennzeichnet:

1. Die bereits angesprochenen Neuregelungen präventiver Leistungen mit dem GRG (1988), welches den Krankenkassen - in Kooperation mit anderen Einrichtungen - ein potentiell weites Aufgabengebiet gerade im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung zuweist bzw. eröffnet
2. Die Um- bzw. Neustrukturierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die geplante Neufassung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst
3. Die Weiterentwicklung der Jahresgesundheitsberichte mit dem Ziel einer bevölkerungsbezogenen, epidemiologischen Gesundheitsberichterstattung (Gesundheits- und Sozialsurvey).
4. Die Auflösung der Landesvereinigung Gesundheit (LVG) und die Gründung einer Berliner Koordinierungsstruktur für Gesundheitsförderung („Gesundheit Berlin e.V.“).

Hinsichtlich der Träger von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind die in Abb. 10 genannten Institutionen zu nennen, die z.T. gleiche, z.T. unterschiedliche präventive Handlungsfelder besetzen und sich sowohl in der Zielsetzung als auch im Selbstverständnis der Gesundheitsförderung z.T. deutlich unterscheiden.

11 EntschlieÙung der 64. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) Wiesbaden 1991

Abbildung 10: Träger von präventiven Maßnahmen der Gesundheitsberatung und -förderung für Erwachsene



Im folgenden wird die Bedeutung der einzelnen Träger im Rahmen der Prävention kurz erörtert, um sowohl Kooperationsmöglichkeiten als auch mögliche Konfliktpotentiale aufzuzeigen.

Dabei ist zunächst davon auszugehen, daß der Aufbau von Angeboten der Gesundheitsförderung durch die verschiedenen „Träger“ jedenfalls bislang ohne eine formalisierte und institutionalisierte Koordinationsstruktur geleistet wurde

Der öffentliche Gesundheitsdienst

Gerade in Berlin hatte der ÖGD im Rahmen des Aufbaus von Angeboten der Gesundheitsförderung und Beratung eine zentrale Bedeutung und dies gerade auch in der Durchführung entsprechender Maßnahmen selbst.

Auch ohne Berücksichtigung der geplanten Neustrukturierung des ÖGD und der vorgenommenen Stellenkürzungen in Berlin ist in den letzten Jah-

ren eine zunehmende, bundesweite Diskussion über die grundsätzliche Funktion des ÖGD im Rahmen der Gesundheitsförderung und -beratung zu verzeichnen

Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, ob der ÖGD primär als Anbieter von Beratungsmaßnahmen auftreten soll oder sich stärker auf Funktionen der:

- Koordination, Moderation,
- Leitung, Qualitätssicherung oder
- Initiierung

auf der Grundlage des Aufbaus einer regionalen Gesundheitsberichterstattung konzentrieren soll.

"Die notwendige Breitenwirkung ist für Gesundheitsämter nur dann zu erzielen, wenn sie vornehmlich als Initiator und Koordinator präventiver Leistungen in Erscheinung treten. Eigene präventive Maßnahmen sollten Gesundheitsämter in erster Linie nur dann anbieten, wenn dies nach sorgfältiger Prüfung des bestehenden Angebotspektrums und der eigenen Möglichkeiten erforderlich erscheint"¹²

12 Raven, U ; Klaes, L ; Kreuter H: Präventionsgeschäftsstellen in Gesundheitsämtern BZgA, Bonn Oktober 1989, S 3

Für die folgenden Analysen ist daher festzustellen, daß das im Jahr 1993 ermittelte Angebotsspektrum im Rahmen des ÖGD bereits deutlich durch eine Aufgabenverlagerung gekennzeichnet ist

Krankenkassen

Seit dem GRG haben die verschiedenen Krankenkassen Angebote zur Gesundheitsförderung und -beratung, z.T. stark ausgebaut. Z.T. werden entsprechende Angebote selbst durchgeführt, oder die Kosten bei der Inanspruchnahme anderer Einrichtungen übernommen und bestimmte Einrichtungen teilfinanziert.

Beim Ausbau der Angebote spielen auch Werbe- und Marketingstrategien eine wichtige Rolle

Nicht nur die Betriebskrankenkassen, sondern auch anderen Kassenarten verstärken die Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung, die neben verbesserten Zugangsmöglichkeiten zu größeren Bevölkerungskollektiven v.a. den Vorteil bzw. prinzipiell die Möglichkeit bieten, Gesundheitsberatung und -förderung im Kontext arbeits- und berufsbezogener Risikoexpositionen durchführen zu können und damit zumindest prinzipiell auch Ansatzpunkte für Maßnahmen der Verhältnisprävention zu eröffnen.

Volkshochschulen

Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitsberatung (gesundheitsbezogene Angebote) gehören auch zu den klassischen Angebotsfeldern dieser Einrichtungen der Erwachsenenbildung, womit sich Angebotsüberschneidungen sowohl mit bisherigen Angeboten der Gesundheitsämter als auch der Krankenkassen ergeben, wobei auch zahlreiche Kooperationen bestehen.

Freie Träger/Verbände der freien Wohlfahrtspflege

Präventive und auch rehabilitative Angebote dieser Träger konzentrieren sich vielfach auf bestimmte Bevölkerungsgruppen (z.B. alte Menschen, pfle-

gende Angehörige) und decken somit den Bedarf spezifischer Bevölkerungsgruppen, die möglicherweise mit den anderen Angeboten nicht ausreichend erreicht werden

Niedergelassene Ärzte

Die Bedeutung und Funktion niedergelassener Ärzte im Rahmen der Prävention ist für die primäre und sekundäre Prävention unterschiedlich zu beurteilen.

Ganz unstrittig ist ihre Bedeutung im Rahmen der sekundären Prävention (z.B. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Gesundheitsuntersuchungen). Strittig ist hier allenfalls die medizinische und/oder epidemiologische Effektivität dieser Maßnahmen.

Unabhängig von regionalen Besonderheiten wird allerdings die Bedeutung und Funktion der Ärzte im Rahmen der primären Prävention in der Bundesrepublik seit Jahren kontrovers diskutiert.

Während die Ärzteschaft selbst dieses Feld als ureigenstes Aufgabengebiet beansprucht, zweifeln Kritiker an einer breiten und wirksamen Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsberatung und -förderung durch Ärzte, sowohl in Hinblick auf die herrschenden Praxis- und Abrechnungsbedingungen, als auch z.T. in Hinblick auf die ärztliche Qualifikation zur Gesundheitsberatung

Mit dem § 25 SGB V (Gesundheitsberatung nach durchgeführter Gesundheitsuntersuchung) ergeben sich dabei allerdings sowohl Chancen zur Weiterentwicklung ärztlicher Gesundheitsberatungsmaßnahmen als auch Chancen zur Kooperation mit anderen Anbietern entsprechender Maßnahmen

Apotheker

Auf der Grundlage der pharmazeutischen Beratung, die Apotheker z.B. im OTC-Markt häufig mit ihren Kunden durchführen, sowie der Möglichkeit zur Durchführung einfacher diagnostischer Routineuntersuchungen (Blutdruck,

Gewicht) haben sich auch in Berlin einige Apotheker zu Mitträgern von Angeboten der Gesundheitsberatung und -förderung gemacht.

Sport (Vereine)

Neben der Förderung des Breitensports ist in den letzten Jahren eine Tendenz zur Entwicklung einer „Sport-Gesundheitspolitik“¹³ erkennbar, deren zentrale Bestandteile sind:

- „auf mehr Eigenverantwortung beruhendes Gesundheitsverhalten
- Förderung des Sports für alle
- wirksame Gesundheits- und Leibeserziehung
- präventiv-medizinisches Handeln der Ärzte und sportärztliche Beratung

Selbsthilfegruppen

Gerade in Berlin haben Selbsthilfegruppen im Rahmen der Gesundheitsförderung und Beratung für unterschiedliche Ziel- und Teilgruppen der Bevölkerung eine besondere Bedeutung. Sie unterliegen in aller Regel einer Finanzierung durch Verbände, staatliche Mittel und/oder der Bezuschussung seitens anderer Institutionen

Privatwirtschaftliche Anbieter

V.a. im Bereich Bewegung/Fitness und im Bereich der Nahrungsmittelprodukte („light-Produkte“) ist in den letzten Jahren ein „Angebotsboom“ zu verzeichnen

Dasselbe gilt - auch und gerade in Berlin - für psychologisch und psychotherapeutisch orientierte Angebote zur Gesundheitsförderung wie für entsprechende Therapieangebote selbst

Zusammenfassend ist festzustellen, daß auch und gerade auf der Grundlage der präventiven Neuregelungen durch das GRG im Bereich der primären Prävention in Hinblick auf die unterschiedlichen Träger präventiver Maßnahmen eine differenzierte, z.T. potentiell konfliktorische Träger- und Angebotsstruktur vorhanden ist, wobei derzeit einerseits die zukünftige Rolle des ÖGD noch nicht hinreichend bestimmbar ist und andererseits noch nicht abgesehen werden kann, welche weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der §20 SGB V für die Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung der verschiedenen Institutionen und Träger bietet.

4.3 Angebotssituation

Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre kann für die Struktur der Angebote in Berlin (West) - im Vergleich zu anderen Großstädten - von einer vergleichbar guten (wenn nicht besseren) und differenzierten Angebotssituation - auch bei bestehenden bezirklichen Unterschieden - gesprochen werden.

In Berlin (West) wurden schon Anfang der 80er Jahre Angebote zur Gesundheitsförderung und -beratung auf- und ausgebaut. Neben den Gesundheitsämtern gab es schon Mitte der 80er Jahre zahlreiche weitere Programmanbieter. Seit der Regelung des §20 SGB V im GRG haben entsprechende Aktivitäten einzelner Krankenkassen deutlich zugenommen. Anfang der 90er Jahre kann in Berlin (zumindest im Westteil der Stadt) von einer präventiven Angebotsstruktur gesprochen werden, die sowohl quantitativ als auch qualitativ und in ihrer thematischen Differenzierung der anderer vergleichbarer Großstädte mindestens entspricht, wenn nicht diese (deutlich) überschreitet

13 Mellerowics, H., Dürrwächter, H.: Sport - Gesundheit - Wirtschaft - Zusammenhänge und Folgerungen für das derzeitige Gesundheits- und Krankheitswesen. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Präventivmedizin, 18. Jahrg., Heft 5, Mai 1983, S. 106-111

Der Angebotsanalyse liegt die Exzerption der Veranstaltungspläne und Programme von n=81 Trägern zugrunde. Mit 17 Trägereinrichtungen wurden qualitative Interviews durchgeführt Teilnehmer an entsprechenden Maßnahmen und Kursen wurden zu soziodemographischen Variablen, Motivation und Bewertung befragt.

Im thematischen Mittelpunkt standen in bezug auf die Angebote und Maßnahmen (entsprechend dem abgeleiteten hohen Präventionsbedarf)

- Ernährung
- Bewegung
- Rauchen
- Belastung/Streß

Die Angebote für *Bewegung* bilden die Hauptsäule der Maßnahmen und werden, mit Ausnahme der

Gesundheitsvereine (wo keine Kurse diesbezüglich existieren), in großem Umfang vorgestellt. Für den Bereich *Ernährung* bieten vor allem die Krankenkassen und, von den 24 analysierten, auch 19 Volkshochschulen Kurse, Beratungen, Seminare und Vorträge an. Bei den Krankenkassen scheint „Ernährung“ das Hauptthema zu sein

Das Erlernen von *Entspannungstechniken* wird sowohl von den bereits genannten Einrichtungen als auch von den Nachbarschaftszentren und von der kirchlichen Einrichtung sehr häufig angeboten. In den Sport- und Freizeitzentren, dem Gesundheitszentrum und bei den Gesundheits- und Sportvereinen liegen vereinzelte Angebote vor.

Kurse im Hinblick auf die *Raucherentwöhnung* findet man in den Programmen der verschiedenen Träger kaum. Nahezu alleinige Anbieter eines sehr umfangreichen Angebots zu diesem Bereich sind die Krankenkassen

Abbildung 11: Themenbezogene Angebotsverteilung bei verschiedenen Trägern

	Ernährung	Bewegung	Entspannung	Rauchen
Volkshochschulen	xx	xxx	xxx	(x)
Krankenkassen	xxx	xxx	xxx	xxx
Nachbarschaftsheime	x	xxx	xx	○
Gesundheitsvereine	xx	○	x	x
Selbsthilfegruppen	xx	xx	x	○
Sport- u. Freizeitzentren	○	xxx	xx	○
Kinderzentren	x	xxx	○	○
Sportvereine	○	xxx	x	○
Kirchliche Einrichtung*	xxx	xxx	xxx	○
Gesundheitszentrum*	x	xxx	xx	○
Arzt*	x	xxx	○	○

Legende:

- xxx Angebote bei (fast) allen Einrichtungen
- xx ca zwei Drittel der Einrichtungen haben themenbezogene Angebote
- x ca ein Drittel der Einrichtungen hat themenbezogene Angebote
- (fast) keine Einrichtung hat themenbezogene Angebote
- * Für den Fall, daß nur eine Einrichtung erfaßt wurde, kennzeichnet die Markierung den in Erfahrung gebrachten Umfang von Angeboten bei der speziellen Einrichtung:
 - xxx umfangreiches Angebot (≥ 4)
 - xx wenige Angebote (2-3)
 - x ein Angebot
 - kein Angebot

In Hinblick auf die differenzierte Träger- und Angebotsstruktur ist zunächst festzustellen, daß von den Anbietern abgesehen, die schon institutionell auf bestimmte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind (z.B. Betriebskrankenkassen, Prävention an Schulen, Kitas/Betriebliche Prävention/z.T. auch Selbsthilfegruppen) die Anbieter von Pro-

grammen, die sich an die breite Bevölkerung richten, gerade im Bereich der Gesundheitsförderung bei Erwachsenen prinzipiell um Klienten konkurrieren. Dies erklärt zu einem gewissen Teil die starke Nachfrageorientierung der Angebote und Programme.

Abbildung 12: Einordnung von Maßnahmen im Bereich der „Klassischen Risiken“ in Themenbereiche

Themen	Maßnahmen (Beispiele)
1. Ernährung	
Vermittlung von Basisinformationen	- Ernährungsberatung - „Gesunde Ernährung - positive Lebensquelle“ - „Gesundes Kochen - mit geringem Zeitaufwand“
Vollwerternährung/ Vegetarische Kost	- „Vollwerternährung für Jedermann“ - „Durch Vollwertkost gesund ernährt“ - „Vegetarisch kochen“
Gewichtsreduktion/Fasten	- „Fasten mit Leib und Seele“ - „Abnehmen - aber mit Vernunft“ - „Fasten - eine Selbsthilfe auch für mich?“ - „Schlank sein kann man lernen“
2. Bewegung	
Rückenschule/ Wirbelsäulengymnastik	- „Rückenschule“ - „Wirbelsäulengymnastik“ - „Präventive Rückenschule“
Gymnastik/Tanz/ Bewegung allgemein	- „Tänzerische Gymnastik“ - Steptanzgruppe - „Gymnastik für Frauen“ - „Bewegungskurs im Schongang“
Selbstverteidigung/ Kampftechniken	- Selbstverteidigung - Stockkampf
Laufen/Schwimmen/Spiele	- Laufen - Schwimmen - Wandern - Volleyball - Tischtennis
3. Entspannung	
Entspannungstechniken	- Yoga - Autogenes Training - Progressive Muskelrelaxation - Feldenkrais
Streßbewältigung	- „Streß am Arbeitsplatz - neue Wege zur Konfliktbewältigung“ - „Programm zur Streßbewältigung“ - „Gelassen und sicher im Streß“
Atmung/Massage	- „Atmen und Singen“ - „Der Atem“ - „Atemrhythmus - Lebensrhythmus“ - „Massage“
4. Raucherentwöhnung	
	- „Paradoxe Raucherentwöhnung“ - „In 5 Tagen frei vom Rauchen“

Gesundheitsförderung und Prävention umfaßt in der Zielbestimmung von Maßnahmen ein breites Kontinuum, das von der Gesundheitsförderung im Sinne der Aufrechterhaltung und Stabilisierung gesundheitsgerechten Lebens, über die Reduktion von Risiken, über die Reduktion von Krankheiten/Beschwerden bis hin zur Rehabilitation reicht.

Dieses Kontinuum bestimmt in Hinblick auf bestimmte Zielgruppen Inhalt und Art der Programme der verschiedenen Träger. Dabei zeigen die Angebote in ihrer quantitativen Struktur insgesamt deutlich einen Schwerpunkt in der Gesundheitsberatung und Förderung, die sich

- auf die Reduktion von gesundheitlichen Risiken und v.a.
- die Reduktion/Bewältigung von gesundheitlichen Beschwerden oder manifesten Krankheiten richtet.

Dabei liegt - wenn auch z.T. nach Trägerschaft unterschiedlich - eine stark beschwerdenreaktive Inanspruchnahmemotivation der Teilnehmer vor.

Von den idealtypisch bestimmbaren Zielgruppen präventiver Maßnahmen (nach dem Grad von Gesundheitsbewußtsein, Risikoausprägung und Morbidität) sind die typischen Nutzer einmal Personengruppen, die (z.T. schon länger) „gesundheitsbewußt leben“, und zum anderen häufig überwiegend Personengruppen mit einschlägigen Krankheiten, Beschwerden oder entsprechenden Problemen.

Die großen Bevölkerungsgruppen mit hoher Ausprägung gesundheitlicher Risiken, durchschnittlichem Gesundheitsverhalten und -bewußtsein bei gering ausgeprägter Beschwerdenhäufigkeit werden von den derzeitigen Angeboten nicht ausreichend erreicht.

Dieses prinzipielle „Präventionsdefizit“ der derzeitigen Angebote wird von der Mehrzahl der Anbieter gesehen, wobei hinsichtlich der Teilnehmer der Programme insgesamt zusätzlich von einer stark frauenspezifischen und z.T. auch schichtspezifischen Inanspruchnahme ausgegangen werden muß.

Trotz deutlicher Fortschritte in Quantität, Qualität und Differenziertheit präventiver Angebote lassen sich, mit Blick auf Ansätze zur Verstärkung präventiver Wirkungen, Probleme nicht übersehen

Die Angebotsstruktur läßt sich folgendermaßen kennzeichnen:

- Die vorhandene Angebotsstruktur ist vor allem nachfrageorientiert, aber nicht am Bedarf ausgerichtet (z.B. Raucherentwöhnung). Eine Evaluation von Bedarfsdeckung erfolgt nicht
- Die Angebote erfolgen disseminiert, sind demnach zu stark sektoral abgegrenzt und nahezu nicht vernetzt.
- Die Informations- und Werbestrategien erscheinen nicht effektiv genug. Obgleich eine große Zahl medialer Mittel eingesetzt wird, werden die Bevölkerung bzw. die entsprechenden Zielgruppen offenbar nicht hinreichend wirksam erreicht.
- Motivationelle Komponenten werden unzureichend bei der Offerierung der Angebote berücksichtigt.
- Die qualitative Weiterentwicklung und Differenzierung der Angebote leidet unter einer unzureichenden Finanzierung.
- Es fehlt eine Koordinierung und Vernetzung der Angebote und Angebotsstrukturen, die für die Bevölkerung eine größere Transparenz erzeugen würde. Dies gilt auch für die Koordination der Maßnahmen der verschiedenen Träger, insbesondere seitdem die Krankenkassen entsprechende Angebote deutlich verstärken.
- Es fehlen insgesamt wesentliche Anreize zur Wahrnehmung von Präventionsangeboten.
- Die Qualität der Angebote erscheint teilweise verbesserungswürdig.
- Eine Evaluation der Wirksamkeit erfolgt nur partiell und kann (auf der Ebene der Anbieter) auch nur kurzfristige Effekte beinhalten. Hier muß über eine präventionsorientierte GBE eine wesentliche Aufgabe im Rahmen eines Präventionsprogrammes gesehen werden

Die Inanspruchnahme der Angebote ist insgesamt gering. Die Struktur der Nutzer zeigt:

- eine Präferenz der Angebote durch Frauen und
- eine Schichtabhängigkeit der Inanspruchnahme (mittlere, höhere soziale Schichten nehmen überproportional teil) bei
- einer stark beschwerdenreaktiven Inanspruchnahmemotivation eines großen Teils der Inanspruchnehmer(innen)

Diese Befunde werden durch die Analysen bei den Trägern der Angebote bestätigt, die - wenn auch mit begründeten Ausnahmen nach Art der Träger und Maßnahmen - zusammenfassend zum Ergebnis kommen, daß die derzeitige Inanspruchnahme noch mehrheitlich beschwerdenreaktiv und weniger final-präventiv orientiert ist.

Zusammenfassend und schlußfolgernd ist festzuhalten, daß bei zahlreichen inhaltlich differenzierten und zunehmenden Angeboten und Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention der bisherige Nutzerkreis relativ klein, z.T. sozial selektiert und zu einem nicht geringen Teil durch eine krankheits- bzw. beschwerdenreaktive Inanspruchnahmemotivation gekennzeichnet ist

Die Zurverfügungstellung entsprechender Angebote und vorwiegend trägerspezifische Informations- und Werbemaßnahmen über die Angebote, die thematisch v.a. nachfrageorientiert und kaum vernetzt sind, decken derzeit den „Präventionsbedarf“ einer relativ kleinen, selektierten Bevölkerungsgruppe.

Der hohe epidemiologisch definierte Präventionsbedarf in der Berliner Bevölkerung insgesamt (mit entsprechend schichtspezifischer Ausdifferenzierung) kann - bei prinzipiell gegebenen und z.T. auf Wirksamkeit geprüften Präventionsmöglichkeiten - nur durch eine grundsätzliche präventive Schwerpunktsetzung der Gesundheitspolitik und anderer Politikbereiche „angegangen“ werden.

Diese präventive Schwerpunktsetzung der Gesundheitspolitik muß sich - soll sie mehr sein als politische Programmatik - in konkreten Maßnahmen materialisieren, zu denen neben Maßnahmen struktureller Prävention und Intervention auch die Entwicklung von Präventionskonzepten und die Etablierung von Präventionsprogrammen gehören.

5. Zentrale Elemente des Präventionskonzeptes: Ziele, Maßnahmen, Organisation - wissenschaftliche und politische Voraussetzungen

Bei der Entwicklung des Konzeptes ist von zwei Prämissen auszugehen:

1 daß es zur Realisierung der wesentlichen Präventionsziele (Reduktion von (Früh-) Mortalität, Reduktion von (Früh-) Morbidität, Reduktion gesundheitlicher Risiken, Aufrechterhaltung gesundheitsgerechter Lebensweisen, Erhöhung der Lebensqualität) gerade vor dem Hintergrund des hohen Präventionsbedarfs einer *programmatischen Herangehensweise*, in Hinblick auf Ziele, Maßnahmen, Organisation und Trägerschaft bedarf;

2 daß die Präventionsprogramme wesentlich auf den gegebenen institutionellen Strukturen und rechtlichen Bedingungen im Bereich der Prävention - *dh einer heterogenen und differenzierten Trägerstruktur* - aufbauen

Grundlegende Voraussetzung für die Ausgestaltung und Umsetzung von Präventionsprogrammen ist damit die Herstellung eines möglichst breiten und tragfähigen Konsenses über Ziele, Inhalte, Organisation, Durchführung und Kosten der Prävention unter den beteiligten Akteuren

Die nunmehr erfolgte Gründung des Vereins „Gesundheit Berlin“ zeigt zunächst an der Beteiligung der verschiedenen Institutionen, daß prinzipiell von einer hohen Bereitschaft zu entsprechender Diskussion und Kooperation ausgegangen werden kann

Das vorliegende Konzept, welches von der Zielstellung her v.a. auf die zentralen und weitest verbreiteten gesundheitlichen Risiken der Bevölkerung orientiert ist, kann für diesen Bereich den erforderlichen Diskussions- und Konsensfindungsprozeß unterstützen, da sich die Leitlinien der Konzeptentwicklung an den Grundproblemen der Prävention orientieren (vgl. Abb. 13).

Bedingt durch die Neustrukturierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und seiner zukünftigen Rolle im Bereich der Prävention und Epidemiologie wird im Rahmen der Erörterung der Träger- und Kooperationsstrukturen der Prävention im einzelnen auf die möglichen und/oder notwendigen Aufgabengebiete des ÖGD eingegangen.

Das Konzept ist derart aufgebaut, daß im Rahmen der Erörterung der verschiedenen Strukturelemente auch auf noch fehlende wissenschaftliche und/oder politische Voraussetzungen für die konkrete Programmgestaltung hingewiesen wird.

Abbildung 13: Grundprobleme der Prävention/Leitlinien der Konzeptentwicklung

- 1 Ziele (primärer) Prävention?
(Reduktion von Risikofaktoren, Gesundheitsförderung, Erhöhung der Lebensqualität, strukturelle Prävention, Grenzwertreduktion)
(Operationalisierbare Evaluationsparameter?)
- 2 Inhalte präventiver Maßnahmen?
(Programmeffektivität/Evaluation?/Qualitätssicherung?)
- 3 Zielgruppen präventiver Maßnahmen?
(High risk, Gesamtbevölkerung nach Altersstufen, Kranke?)
- 4 Zieleffektivität der Maßnahmen?
(Evaluation?)
- 5 Struktur präventiver Maßnahmen?
- Aufklärung und Zurverfügungstellung entsprechender Angebote (Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensintervention) (Medialer Ansatz/Interventiver Ansatz)
- Anreizsysteme (Bonus/Malus)
- Preis- bzw. kostenbezogene Intervention
- Verordnungen, Verbote (Sanktionierung)
- 6 Träger bzw. Umsetzer präventiver Maßnahmen?
(Motivation, Interesse, Zielfunktion)
- Krankenkassen
- Gesundheitsämter
- Freie Träger
- Eigeninitiativen (Selbsthilfegruppen)
- Niedergelassene Ärzte
- Verbände, Vereine
- Staatliche Institutionen
- Sonstige Einrichtungen
- 7 Motive, Interessen der Zielgruppen?
(Akzeptanz, Bereitschaft, Interesse an Prävention/Benefits?)
(Soziale Disparitäten, aktive vs. kurativ/reaktive Prävention)
- 8 Bedarf an Prävention?
- 9 Gesamtgesellschaftlicher, ökonomischer und politischer (ressortpolitischer), institutioneller Kontext und Limitierung von Prävention?/Wertesystem
- 10 Kosten der Prävention?
- 11 Kosten und Nutzen der Prävention?

Das Konzept weist dabei in Hinblick auf die verschiedenen Elemente notwendigerweise einen unterschiedlichen Grad an Differenzierung und Konkretion auf und ist insbesondere schwerpunktmäßig auf jene Bedingungen und Aspekte orientiert, die die „Schwachstellen“ der derzeitigen Präventionsaktivitäten ausmachen. Dazu gehören v.a.:

- die Ableitung epidemiologisch begründeter bedarfs- und zielgruppenorientierter Präventionsmaßnahmen und
- die Organisationsbedingungen von Präventionsprogrammen (Trägerschaft, Kooperation etc.),

die im Mittelpunkt stehen müssen, wenn die gegebenen zentralen Defizite der nicht hinreichend vernetzten und v.a. nachfrageorientierten Angebotsstrukturen sowie die - beim derzeitigen Stand der Präventionsaktivitäten - weitgehende Nichterreichbarkeit der Zielgruppen der Prävention überwunden werden sollen

Dabei wird - auch in Hinblick auf die notwendigen Konzeptions- und Umsetzungsdiskussionen - der Schwerpunkt auf die Ableitung bedarfs- und zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen sowie die Erörterung der Organisationsbedingungen von Prävention gelegt.

Dies impliziert, daß auf differenzierte Erörterungen der Ausgestaltung einzelner Maßnahmen derzeit verzichtet werden kann und muß, zumal darüber zwischenzeitlich national und international ausreichende Kenntnisse, Erfahrungen und Handlungsanleitungen vorliegen¹⁴

5.1 Präventionsziele

Bestimmung und konsensuale Festlegung der Ziele von Präventionsprogrammen, ihrer Rang- und Reihenfolge und Setzung entsprechender Prioritäten ist die notwendige Voraussetzung, um daraus die jeweiligen Zielgruppen und einzusetzenden Präventions- und Interventionsmaßnahmen ableiten zu können

Dabei ist es nicht nur sinnvoll sondern notwendig zwischen

- gesundheitlichen (epidemiologisch bestimm- baren) Zielen und
- gesundheitspolitischen Zielen

zu unterscheiden. Ob verstärkte Prävention nur Absichtserklärung bleibt, oder ob die dafür notwendigen finanziellen, personellen und sachlichen Mittel auch sukzessive bereitgestellt und eingesetzt werden, ist primär eine politische und keine epidemiologisch-wissenschaftliche Entscheidungsebene.

Damit ergibt sich, nicht zuletzt von der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und auch von den WHO-Zielen „Health for all - 2000“ ausgehend ein Konfliktfeld, das zugleich die (unnötigerweise) kontroverse Diskussion um Konzepte der Verhaltens- und Verhältnisprävention mitbestimmt

Die Ottawa-Charta definiert Gesundheit nicht (mehr) als Ziel an sich, das um seiner selbst willen anzustreben ist, sondern als Mittel erfolgreicher sozialer und wirtschaftlicher Lebensbewältigung, d.h. als Ressource des täglichen Lebens.

„Üblicherweise legt der epidemiologisch ermittelbare Handlungsbedarf die Erfüllung fremddefinierter Ziele durch je einzelne Betroffene nahe. Der neue soziologisch-ökologische Ansatz der WHO fordert andererseits die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen als Grundlage der Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten aller (Gesundheit für Alle). Dieser vermeintliche Widerspruch ist ein Abbild eines sozial und ökonomisch bedingten historischen Interessenkonfliktes.“¹⁵

Gerade in der Bundesrepublik hat die Diskussion um Gesundheitsziele einschließlich präventiver Ziele im Rahmen der Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ die dabei vorhandenen Interessenkonflikte verdeutlicht, da die Formulierung prioritärer Gesundheitsziele zumeist noch und vordergründig als Steuerungsinstrument für Ressourcenverteilung unter den beteiligten Akteuren im Gesundheitssystem verstanden wird.

14 vgl. statt vieler: Troschke J v.; Klaes, L.; Maschewsky-Schneider U., a.a.O.

15 Wodarg, W.; Stadtgesundheit - oder: Wissen ist Macht! GBE als Instrument sozialer Entscheidungsprozesse. In: Thiele, W.; Trojan, A. (Hrsg.): Lokale Gesundheitsberichterstattung - Hillen auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik? Forum Sozial- und Gesundheitspolitik Bd. 2 (1990) S. 41

Akzeptanz von Gesundheitszielen und Präventionszielen setzt also eine gesundheits- und sozialpolitische Zielformulierung und Konsensbildung voraus, die im pluralistischen System der Bundesrepublik insgesamt und natürlich auch Berlin betreffend nicht verordnet werden kann, sondern in der Diskussion aller Beteiligten stattfinden muß.

Die Wissenschaft und insbesondere die Epidemiologie kann und muß hierzu Vorschläge und Konzepte bereitstellen, die aber letztlich gesundheitspolitisch eingeordnet und umgesetzt werden müssen.

Mit Blick auf diese Rahmenbedingungen und die Rolle, die die konsensuale Formulierung für die Akzeptanz von Gesundheitszielen hat, sollte ein solcher Prozeß in Berlin in Gang gesetzt werden, der auch über Präventionsziele hinaus Ziele etwa im Sinne der amerikanischen „Health Goals for the Nation“ einschließt

Epidemiologisch begründete Ziele der Prävention

Ausgangspunkte für die epidemiologische Ableitung von Präventions- und Interventionszielen sind der wissenschaftliche Erkenntnisstand über die Wirkungen von gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren und Bedingungen sowie die Möglichkeiten, präventiv-interventiv wirksam Einfluß nehmen zu können

Prioritäre Ziele leiten sich zudem daraus ab, welcher Interventionsbereich den größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen auf der Bevölkerungsebene verspricht mit Blick auf die dafür notwendigen Ressourcen. Grundsätzlich bestehen folgende Zielebenen, die zugleich im Evaluationskonzept zu operationalisieren sind:

- Erhalt von Gesundheit - Gesundheitsförderung.
- Reduktion und Beseitigung bestehender Gesundheitsrisiken (sozial, ökologisch, individuell).
- Reduktion und lebenszeitliche Verzögerung des Entstehens von Krankheit/Morbidität.
- Reduktion und lebenszeitliche Verzögerung von Mortalität.

- Erhöhung der Lebensqualität generell und im Bereich gewonnener Lebensjahre im besonderen

Erhalt von Gesundheit - Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wird an dieser Stelle nicht im Sinne des umfassenden Konzeptes der Ottawa-Charta verwendet, die sich mit Recht als gesundheitspolitische Grundorientierung mit Einordnung in Gesamtpolitik versteht, sondern als jener Bereich primärer Prävention, der auf die Verhinderung des Eintretens gesundheitlicher Gefährdungen und Risiken ausgerichtet ist, betrachtet. Dies negiert keinesfalls die im WHO-Konzept intendierten Wechselbeziehungen, sondern konzentriert sich auf die wesentlichsten Risiken, bei deren Auftreten große Wirkungen und damit auch durch Verhinderung ihres Auftretens größtmögliche Effekte erzielbar sind.

Zudem war die Aufgabe gestellt, das Konzept auf die Prävention der für die Berliner Bevölkerung wesentlichsten chronisch-degenerativen Krankheiten auszurichten. Präventionsziel ist demzufolge die Entwicklung, Etablierung und Konsistenz gesundheitsfördernder Lebensstile und Lebensweisen in den Bereichen Ernährung, Rauchen, körperliche Bewegung, Alkoholmißbrauch und psychosozialer Kompetenz (Stressbewältigung). Parallel dazu muß, mit Blick auf die dafür notwendigen Bedingungen, verstärkt Einfluß (strukturell, institutionell) auf die Beibehaltung oder Erzielung gesundheitsfördernder Bedingungen in der kommunalen und Arbeitsumwelt genommen werden.

Reduktion und Beseitigung bestehender gesundheitlicher Risiken

Präventionsziel auf dieser Ebene primärer Prävention ist es, eine deutliche Reduktion der bei der Berliner Bevölkerung bereits vorhandenen Risiken (z.B. 50% Bewegungsmangel, 34% Rauchen und 28% zu hoher Alkoholkonsum in der erwachsenen Berliner Bevölkerung) zu erreichen

Beim Rauchen stellt z.B. die WHO (Target 16.) das Ziel, einen Anteil von 80% Nichtraucher in der Bevölkerung zu erreichen und (Target 17.) bei Alkohol den Konsum auf 25% zu senken.

Zielstellung muß es zudem sein, die für die Entstehung insbesondere von Herz-Kreislauf-Krankheiten bedeutsamen Prävalenzen von Hypertonie

und Hypercholesterinämie in der Berliner Bevölkerung zu senken und das Wissen um das Vorhandensein dieser individuellen Risiken als Voraussetzung für interventive Ansätze deutlich zu erhöhen

Reduktion und lebenszeitliche Verzögerung des Entstehens von Krankheit/Morbidität

Präventionsziel ist es hier, vor allem im Altersbereich der jungen Erwachsenen und der im Erwerbsalter Stehenden, bei grundsätzlich in ihrer Entstehung präventiv beeinflussbaren Krankheiten und Krankheitsgruppen

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Erkrankungen des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane und
- Krebs

die Neuerkrankungsrate sowie darüber die Prävalenzrate zu senken.

Zusätzlich zu den Zielen primärer Prävention als Voraussetzung für das Erreichen dieses Ziels sind hier auch die gegebenen Möglichkeiten sekundärer Prävention im Sinne der Früherkennung dieser Krankheiten von besonderem Gewicht.

Ziel muß es deshalb sein, den Anteil der Teilnehmer an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in Berlin wesentlich zu erhöhen. Voraussetzung dafür ist zunächst eine differenzierte Evaluation insbesondere der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V

Reduktion und lebenszeitliche Verzögerung von Mortalität

Ziel muß es sein, vor allem vorzeitige Sterbefälle im Sinne des Konzeptes vermeidbarer Sterbefälle deutlich zu reduzieren

Dieses Präventionsziel baut zwangsläufig auf den bereits benannten Zielen auf, enthält jedoch zugleich zusätzlich wesentliche Zielelemente der Versorgungsqualität

Bestimmung dieser Präventionsziele in ihrer quantitativen, qualitativen und zeitlichen Ausprägung und Perspektive ist an das Vorhandensein entsprechender epidemiologischer Daten gebunden im Sinne kontinuierlicher Gesundheitsberichterstattung auch auf bezirklicher Ebene.

Dies ist zugleich auch Voraussetzung der Evaluation der Zielerreichung. Insbesondere hinsichtlich der Zielebene der Verbesserung der Lebensqualität mangelt es jedoch noch an operationalisierten Zielvariablen.

5.2 Zielgruppen

Ausgehend von Erfahrungen und Erfolgen der gemeindorientierten und kommunalen Präventionsprogramme versteht sich dieses Konzept als bevölkerungsbezogenes Präventionskonzept. Damit erfolgt eine Abgrenzung gegenüber praktizierten High-risk-Strategien und Interventionen auf einzelnen Zielebenen

Bevölkerungsbezogenheit ergibt sich notwendigerweise aus dem Lebensweise-Konzept:

„Insotern ist eine Veränderung des Lebensstils ganzer Bevölkerungsgruppen trotz aller Schwierigkeiten die einzige durchgreifende Möglichkeit. Sowohl die Analyse nationaler Entwicklungen wie eine Reihe gemeindorientierter Studien haben zumindest Belege geliefert, daß Veränderungen der Lebensweise möglich und aller Wahrscheinlichkeit nach auch wirksam sind.“¹⁶

Bevölkerungsbezug bedeutet jedoch nicht undifferenzierte Prävention und Intervention. Vielmehr ergibt sich vor allem

- aus den Präventionszielen,
- den unterschiedlich in der Bevölkerung verteilten Präventionspotentialen (Bedarfe, Zieleffizienz) und
- der Ressourcenbegrenzung (interventives Arsenal)

16 Laaser U; Murza G; Gerdel W.; Borger, D: Strategien zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland. Sozial- und Präventivmedizin 33 (1988) S. 226-232

für Berlin die Konzentration auf die Altersbereiche

- der Kinder- und Jugendlichen sowie
- der Erwachsenen im Erwerbsleben

In diesen Altersbereichen sind mittel- und langfristig die größten Effekte bezogen auf die Präventionsziele zu erwarten.

Kinder und Jugendliche

Will man sich nicht damit abfinden, Risiken der Lebensweise kontinuierlich nachwachsen und sich reproduzieren zu lassen, so müssen präventive und interventive Maßnahmen im Kindesalter und fortgesetzt im Jugendalter verstärkt werden.

Dies ist besonders deshalb von ausschlaggebender Bedeutung, weil sich in dieser Entwicklungs- und Sozialisationsphase gesundheitsrelevantes Verhalten herausbildet und stabilisiert (positives und negatives). Zudem weisen Jugendliche spezielle Wertvorstellungen riskanten Verhaltens auf, die stark in den sozio-kulturell und sozio-strukturell bestimmten Lebenssituationen in Familie, Schule, Freizeit und Gleichaltrigengruppe begründet sind.

Anders als im Erwachsenenalter kann zudem nicht davon ausgegangen werden, daß das Wissen um gesundheitliche Risiken bereits hinreichend vorhanden und getestigt ist. Prävention von Risiken muß dabei drei Komponenten enthalten:

„1. Das einschlägige, gesundheitsrelevante Wissen und die entsprechenden Einstellungen von Jugendlichen; 2. die Fähigkeit zur Bewältigung von problematischen Lebenssituationen und 3. die persönliche Bedeutungszuschreibung von Handlungsalternativen im sozialen Umfeld. In präventiver Perspektive heißt die entscheidende Frage, wie diese drei Komponenten beeinflußt werden können, um das eigentliche Ziel zu erreichen, nämlich die Risikoverhaltensweisen auf ein entwicklungsverträgliches Maß zurückzuschrauben. Das Ziel ist, die Wissens- und Einstellungsbasis so weiter zu entwickeln und zu differenzieren, daß Jugendliche in der Lage sind, die Bedeutung von verschiedenen Verhaltensweisen in ihrem Verhaltensspektrum

einzuschätzen und mit ihren eigenen Zielen und Vorstellungen in Einklang zu bringen. Weiterhin muß es darum gehen, ihnen in geeigneter Weise die Kompetenzen zu ermöglichen, die sie zur Auseinandersetzung mit Konfliktsituationen, streßhaltigen Lebenssituationen und langandauernden Herausforderungen benötigen. Auch hier ist es wichtig, ihnen ein breites Repertoire von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln und ihnen zugleich auch die Kenntnis dieser Fertigkeiten nahezubringen, so daß sie in der Lage sind, in einer bestimmten Situation aus diesem Spektrum die richtige und angemessene Verhaltensweise auszuwählen.“¹⁷

„Voraussetzung dafür ist natürlich, daß tatsächlich Alternativen bestehen und im sozialen Umfeld des täglichen Lebens auch durchgehalten werden können. Hier spielt die Strukturierung von Möglichkeiten des Handelns durch die soziale Umwelt in Familie, Gleichaltrigengruppe, Freizeit und Schule eine ausschlaggebende Rolle. Deswegen ist es auch besonders günstig, wenn entsprechende verhaltensorientierte Präventionsprogramme sich an den täglichen Handlungsmustern von Jugendlichen orientieren, also an die Erlebnisse und Erfahrungen anknüpfen, die im Alltag ablaufen.“¹⁸

Bei Kindern und Jugendlichen steht zweifellos die Zielebene der Gesundheitsförderung und Vermeidung der Herausbildung von Risikoverhalten stark im Vordergrund. Gleichwohl kann an der Notwendigkeit der Intervention bei vorhandenen Risiken nicht vorbeigegangen werden (z. B. Einschulungsuntersuchungen und Schulentlassungsuntersuchungen/Screening)

Erwachsene im Erwerbsalter

Dieser Altersbereich ist durch die höchste Ausprägung von Risiken für chronisch-degenerative Erkrankungen sowie das vorzeitige Auftreten derartiger Krankheiten gekennzeichnet. Dies macht ihn zur entscheidenden Zielgruppe primärer und sekundärer Prävention. Auch mit Blick auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen ist Erfolgsaussicht dort nur gewährleistet, wenn gleichzeitig bei Erwachsenen (Modellwirkungen von

17 Engel, U., Hurrelmann, K.: Was Jugendliche wagen. Jugendforschung. Juventa Verlag Weinheim und München 1993 S. 276

18 ebd. S. 277-278

Familie, des sozialen Umfeldes generell, Lehrern etc.) entsprechende Präventionsprogramme wirksam werden.

Zu beachten ist für diese Zielgruppenbestimmung auch, daß hier eine Erweiterung des Spektrums institutioneller und strukturbezogener Intervention, etwa im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme, gegeben ist, das die präventiven und interventiven Ressourcen erheblich verstärken kann.

Konzentration auf diese altersbezogenen Zielgruppen heißt jedoch nicht, auf zielvariablen-spezifische Programme und Interventionsmaßnahmen zu verzichten oder verzichten zu können.

Vielmehr müssen jeweils auf die Haupt-Zielvariablen ausgerichtete spezifische Maßnahmen und Maßnahmenbündel eingesetzt werden, die zugleich die jeweilige soziale Spezifik der Zielgruppen berücksichtigen.

Andererseits kann auch bei Akzeptanz dieser Zielgruppenorientierung eine Einschränkung der Nutzung präventiver Angebote etwa durch ältere, bereits chronisch kranke Personen nicht ernstlich diskutiert werden, auch wenn sie explizit und auftragsgemäß im Rahmen dieses Konzeptes keine Zielgruppe darstellen.

5.3 Präventionsmaßnahmen

Im Präventionsbereich generell als auch im Rahmen spezieller Präventionsprogramme wurden und werden eine Vielzahl von Maßnahmen und Aktivitäten eingesetzt, von denen (wenn auch nur partiell) Wirkungen auf Verhaltensprägung und -veränderung ausgehen. Sie betreffen Maßnahmen auf medial-interventiver Ebene (in der Mehrzahl), den Einsatz von Anreizsystemen (Bonus-Malus-Regelungen, Preis-Kosten-Regelungen), Verordnungen, Gesetzgebung und Verbote sowie auch Stigmatisierungs- (Kriminalisierungs-) Strategien.

Im Rahmen der Konzeptentwicklung mußte und konnte zwangsläufig nur durch Bewertung des bislang eingesetzten präventiven Maßnahmen-repertoires und seiner Evaluation zu Vorschlägen von Maßnahmen und Maßnahmenbündeln gelangt werden.

Auf daraus resultierende Probleme bei der eindeutigen Wirkungseinschätzung und -zuweisung infolge der einerseits mangelhaften Evaluation von Präventionsprogrammen sowie grundsätzlicher methodischer Probleme eindeutiger Wirkungsnachweise bei gleichzeitiger multifaktorieller Intervention wurde bereits hingewiesen.

Als ein wesentliches Kriterium für Auswahl und Einsatz präventiv orientierter Maßnahmen erweist sich deren Akzeptanz auf individueller, sozialer, aber insbesondere auch politischer Ebene, bei den Adressaten und Trägern der jeweiligen Maßnahmen.

Die Reduktion des Rauchens in der Bevölkerung generell und insbesondere die Beeinflussung der Entwicklung von „Raucher-Karrieren“ im Jugendalter ist dafür das klassische Beispiel.

Prinzipiell stehen durchaus eine Vielzahl individuenzentrierter, institutioneller und struktureller Maßnahmen zur Verfügung, die einerseits als wirksam angesehen werden müssen, andererseits jedoch nur begrenzt oder gar nicht genutzt und eingesetzt werden,¹⁹ weil Interessenkonflikte der Beteiligten dies verhindern:

- Wissensvermittlung über die Schädlichkeit des Rauchens ist in den Lehrplänen aller Schularten in den Bundesländern seit längerem vorgeschrieben, zeitigt jedoch, trotz guten Kenntnisstandes bei den Jugendlichen wenig Wirkung (kognitive Dissonanz); dennoch kann darauf natürlich nicht verzichtet werden.
- Modellverhalten und Modellwirkung von Mediatoren wie Eltern, Lehrern, Ärzten etc. ist seit langem empirisch belegt und den Beteiligten

19 Große Ruyken, F.-J.: Tabakrauch - Ursachen Wirkungen Auswege. In: Allhoff, P., Flatten, G., Laaser, U. (Hrsg.): 'Krankheitsverhütung und Früherkennung' Handbuch der Prävention. Springer-Verlag 1993, S. 308-314.

Troschke, J.v., Stützer, W.: Soziale Umwelt und Großmittelkonsum. Gesomed Freiburg 1984.

bekannt; dennoch wird bislang wenig mit derartigen „Modellen“ gearbeitet (Einschränkung des Rauchens in der Öffentlichkeit),

- die Einschränkung der Zugänglichkeit von Tabakwaren insbesondere für Jugendliche wird trotz der Festlegungen des Jugendschutzgesetzes (kein Rauchen von unter 16jährigen in der Öffentlichkeit, keine Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche in Betrieben) nicht wirksam, wenn diese problemlos aus jederzeit zugänglichen Zigarettenautomaten bezogen werden können; dennoch erfolgt kein Verbot der Aufstellung dieser Automaten,
- das soziale Image des Rauchens wird nicht ernsthaft in Frage gestellt; Aufdrucke über die Schädlichkeit des Rauchens stehen in hoffnungsloser Konkurrenz zur Werbung, die Rauchen zum Lebensgefühl stilisiert; ein Verbot der Werbung erfolgte jedoch bislang nicht (auch z.B. unter Verweis auf Erhalt individueller Entscheidungsspielräume).
- Möglichkeiten der gesetzgeberischen Regelungen durch Schaffung „nikotinfreier Zonen“ (öffentliche Verkehrsmittel, Nichtraucher-Zonen, Rauchverbote am Arbeitsplatz etc.) bestehen, werden aber anders als beispielsweise in den USA nicht genutzt.

Gerade das Beispiel Rauchen zeigt exemplarisch den durchaus bestehenden Spielraum präventiven Vorgehens sowie die bestehenden Grenzen seiner Nutzung infolge einer am Ausgleich von Interessen orientierten Politik. Dies ließe sich auch am Beispiel Alkohol exemplifizieren.

Aus wissenschaftlicher Sicht ist es deshalb notwendig, sich primär auf *Maßnahmen medial/interventiven Charakters* zu konzentrieren, wengleich die darüber hinaus bestehenden Möglichkeiten nicht von vornherein ausgelassen werden dürfen.

Die Durchführung präventiver Maßnahmen erfordert immer eine Koordination, soll nicht bereits durch disseminierte Angebote eine Negation ihres Wirkungsfeldes gegenüber den Nutzern erzeugt werden. Organisierter Ablauf, Abstimmung der Angebote und Programmcharakter der Präventionsaktionen sind deshalb unabdingbare Voraussetzung für ihre Wirksamkeit.

Die DHP hatte u.a. die Aufgabe, die Übertragbarkeit von Maßnahmen in kommunale Programme zu prüfen und zu bewerten. Daraus resultierte ein Vorschlag zur Transferierbarkeit von Maßnahmen und ihrer detaillierten Ablaufbeschreibung²⁰

Ein bevorzugter Rückgriff darauf ist begründet, weil

- das soziale System der Bundesrepublik und damit seine besonderen Möglichkeiten individueller Mit- und Einwirkung sowie die spezifischen Interessengruppen berücksichtigt sind.
- das Spektrum bislang erprobter Präventionsmaßnahmen in vollem Umfang eingesetzt wurde und
- die hauptsächlichen Interventionsvariablen den für Berlin vorzuschlagenden weitgehend entsprechen

Zudem muß an den gegenwärtig bereits etablierten Maßnahmen und Strukturen für Prävention in Berlin angeknüpft werden, um vorhandene Potentiale möglichst weitgehend zu nutzen und zu integrieren.

Das Spektrum medial/interventiver Maßnahmen mit Bezug auf die erklärten Interventionsvariablen wird aus den folgenden Übersichten deutlich.²¹

20 Raven, U., Klaes, L., Kreuter, H.: a.a.O.

21 ebd. S. 55-60

Interventionsvariable: Ernährung

Adressaten	Thema/Inhalt
Einzelpersonen/ Kleingruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Übergewichtskurse - Beratungen - Seminare zu Ernährungsthemen - Kurs „Leichter lebt's sich leichter“ - Verteilung von Infomaterialien - Kurs „Abnehmen mit Vernunft“ - Mobile Beratungsstelle
Sozialgruppen, Teil- nehmer an organi- sationsgebundenen Veranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> - Kantinenaktionen - Schulfrühstückaktion - Vollwertiges Frühstück - Ernährungserziehung in Grundschulen - Vollwertwoche - Vegetarische Woche im Krankenhaus - „Fit-Kost-Woche“ in Kantinen - Zielgruppenspezifische Broschürensets, z.B. Handwerker
Gemeindebevölkerung (flächendeckend, breitenwirksam)	<ul style="list-style-type: none"> - Frühjahrs- und Herbstaktionen (Coop, Supermärkte, Reformhäuser, Betriebskantinen, Restaurants, Imbißkette, Feinkostgeschäft, Verbraucherzentrale) - Gesundheitswoche, -markt, -tag - Mineralwasseraktion - Kartoffelwoche - Bäckeraktion „Voll in Korn“ - Gaststättenaktion - Ernährungsbroschüren, -faltblätter und -plakate - Kochbücher und Rezeptsammlungen - Ernährungskolumnen und Berichterstattung in der Tagespresse
Mediatoren, Multiplikatoren, Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> - Köchestammtisch - Fortbildung von Ernährungsfachkräften (Beschäftigte in der Gemeinschaftsverpflegung, Köche, Bäcker) - Apothekerstammtisch - Vollwertstammtisch - Ernährungsfortbildung für Lehrer - FIED-Arbeitsgruppe - Leitfaden „Ernährungsabhängige Gesundheitsstörungen“ für Multiplikatoren

Interventionsvariable: Bewegung

Adressaten	Thema/Inhalt
<p>Einzelpersonen/ Kleingruppen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laufgruppen - Koronarsportgruppen - Sportkurse - Aktionen zur Motivation inaktiver Personen - Seminar „Sport-Fitneß und Ernährung“ - Bewegungskurs für Raucher - Präventivsportprogramm - Ausgleichsgymnastik
<p>Sozialgruppen, Teil- nehmer an organi- sationsgebundenen Veranstaltungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bewegungspause am Arbeitsplatz - Schülerlauf - Laufkurse - Bewegungspausen in der Schule - Vorträge und Kurse im Fitneß-Center - Übungsleiterausbildung bei Landessportbund
<p>Gemeindebevölkerung (flächendeckend, breitenwirksam)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trimmathlon - „Gesundheitstrip durch Stuttgart“ - Lauf um die Welt - Stadtlauf - Bergzeitfahren - Internationaler Wandertag - Familiensportfeste - Sport-Lehrpfad - Triathlon - Laufkurs für Anfänger - Trimm-Trab ins Grüne - Hallensportfest - Auf zum Mond - Internationaler Volkslauf - Bewegungsbroschüren und Falblätter zu einzelnen Sportarten
<p>Mediatoren, Multiplikatoren, Organisationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sport-Info-Blatt - Schulungen und Bildungsurlaube - Übungsleiterschulung - Übungsleiterabende - „Sport als Prävention“ Fortbildung - Schulung „Betriebsangehörige und Lehrer“ - Laufgruppenleiterschulungen - Schulung von Kursleitern

Interventionsvariable: Rauchen

Adressaten	Thema/Inhalt
Einzelpersonen/ Kleingruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Nichtraucherkurse - Einzelberatungen - Informationsecken in Arztpraxen - Betreuung ehemaliger Kursteilnehmer - Kurse für Schwangere - Kurse für stillende Frauen und Hausfrauen
Sozialgruppen, Teil- nehmer an organi- sationsgebundenen Veranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> - Diskussion Passivrauchen am Arbeitsplatz - Schulaktion „Rauchen - Passivrauchen - Nichtrauchen“ - Raucherentwöhnung in Betrieben - Vorträge „Rauchen und Gesundheit“ - Aktionen in Krankenhäusern - „Ideensafari“ an Schulen - Schulwettbewerb - Erlebnisfestival „Ohne Rauch geht's auch“
Gemeindebevölkerung (flächendeckend, breitenwirksam)	<ul style="list-style-type: none"> - Streetworker-Aktion - Restaurantaktion mit Tischaufstellern - Aktion „Runter vom Rauchen“ - Aktion „Die Fluppe ist uns Schnuppe“ - Aktion „Nichtraucherfreundliche Gaststätten“ - Infostände zum Weltnichtrauchertag - Aktion „Ohne Rauch - besser drauf“ - Broschüren, Faltblätter und Plakate <ul style="list-style-type: none"> • Tischaufsteller für Gaststätten • Runter vom Rauchen (Faltblatt) • Frau und Zigarette • „Frische Luft“: ein Entwöhnungsprogramm
Mediatoren, Multiplikatoren, Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> - „Frische Luft“ Ärzte + Apotheker - Broschüre „Wenn Raucher aufhören wollen“: ein Leitfaden für Ärzte, Apotheker und Zahnärzte - Betreuung von Kursleitern

Interventionsvariable: Bluthochdruck

Adressaten	Thema/Inhalt
Einzelpersonen/ Kleingruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Kurs für Hochdruckkranke - Patientenseminare <p>(flankierende Messungen im Bereich Ernährung + Bewegung)</p>
Sozialgruppen. Teil- nehmer an organi- sationsgebundenen Veranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> - Blutdruckmeßscreenings in Betrieben - Blutdruckmeßscreenings in Supermärkten - Einwirkung auf Bäcker und Metzger zur Herstellung salzreduzierter Produkte - Screenings: Lehrer, Betriebe, Rathaus, Polizei, Laufgruppen - „Schüler messen Eltern“
Gemeindebevölkerung (flächendeckend, breitenwirksam)	<ul style="list-style-type: none"> - Blutdruckmonat (Kooperation Apotheker, Ärzte, Krankenkassen, Warenhäuser, Wohlfahrtsverbände, Großbetriebe, Gesundheitstreffpunkte (GTP's)) <ul style="list-style-type: none"> • Blutdruckmeßaktion „Ich kenne meinen Blutdruck“ • Aktionen - „Salzreduktion“ • Meßaktionen bei Sportveranstaltungen • Angebote salzreduzierter Kost • Meßaktion bei Festen - Medienaktion in Tageszeitungen - Faltblätter - Seitenscheibenaufkleber für Bus und Straßenbahn - Plakate
Mediatoren, Multiplikatoren, Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> - Blutdruckseminare zu Meß- und Beratungstechniken <ul style="list-style-type: none"> • Krankenkassen • Wohlfahrtsverbände • Arzthelferinnen • Fied-Multiplikatoren • Ernährungsfachkräfte • Laufgruppenleiter - Ärztfortbildung

Interventionsvariable: Cholesterin

Adressaten	Thema/Inhalt
Einzelpersonen/ Kleingruppen	(zumeist integriert in Ernährungsbereich) - Beratungen - Aufbau und Betreuung von Selbsthilfegruppen - Kurs „Ernährungsprogramm zur Reduktion des Hypercholesterins“
Sozialgruppen, Teilnehmer an organisationsgebundenen Veranstaltungen	- Betriebsaktion „Screening“ - Cholesterinaktion in Restaurants und Kantinen
Gemeindebevölkerung (flächendeckend, breitenwirksam)	- Meßaktion beim Gesundheitsamt - Meßbus „Aktiv im Leben“ - Meßaktionen auf Gesundheitsfesten - Cholesterinbroschüre - Cholesterinfaltblätter + Plakate - Cholesterinmeßkarten - „Gesunde Fette“ - Ein Ratgeber mit kritischer Bewertung von 195 Margarinen, Speiseölen und Fetten - Zeitungskolumnen
Mediatoren, Multiplikatoren, Organisationen	- Ärztelorthbildung Cholesterin - Schulung von Ernährungsmultiplikatoren - Schulung von medizinischem Hilfspersonal

Interventionsvariable: Gesundheit allgemein

Adressaten	Thema/Inhalt
Einzelpersonen/ Kleingruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Kurse zu Herz-Kreislauf Risikofaktoren - Infoecken in Arztpraxen - Infoveranstaltungen zu Gesundheitsthemen - Kurs „Bewegung und Rauchen“ - Initiierung und Betreuung von Selbsthilfegruppen - Einzelberatungen in den Geschäftsstellen - Herzgruppen/Präventivgruppen
Sozialgruppen. Teil- nehmer an organi- sationsgebundenen Veranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> - Kurse „Bewegung und Ernährung“ im Sportverein - Elternabende und Elterninfo - Herzkloppen (Schulaktion) - Gesundheitsförderung in Betrieben - Selbsthilfeförderung - Seminar „Ernährung und Sport für Ältere“ - „Erkennen. Entscheiden. Handeln“ Curriculum zur Gesundheitserziehung
Gemeindebevölkerung (flächendeckend, breitenwirksam)	<ul style="list-style-type: none"> - Veranstaltungsreihe „Zur Gesundheit“ - Präventionsführer/Gesundheitswegweiser - Gesundheitsfeste/-wochen/-tage - Aktionswoche Gesundheit - Ernährung und Ausdauersport - Sommerfeste/Gesundheitsfeste - Infostände bei Wochenmärkten und Stadtteilfesten - Messestand „Pro Sanita“ - Schulwettbewerbe zur Gesundheitsförderung - Broschüre „Gesünder leben Herzenssache“ - Faltblätter und Plakate zu Risikofaktoren - Kolumnen zu Gesundheitsthemen in Tageszeitungen - Infomaterialien über die Studienzentren
Mediatoren. Multiplikatoren. Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> - WIAD-Fortbildungsprogramm - Ärzteschulung zur Gesprächsführung - Arzthelferinnenschulung - Apothekerschulung - Vorträge bei Pflegepersonal - Kontakte zu Multiplikatoren und Kooperanden in der Region

Welche Maßnahmen bzw. Maßnahmekategorien konkret eingesetzt werden, bedarf im Sinne des Konzeptes der Diskussion und Konsensbildung, wobei vorhandene Angebote und Maßnahmen Ausgangspunkt sind. Der BLK-Modellversuch - Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen, in die bekanntlich auch Berliner Schulen involviert sind, folgt in seiner Hauptphase (1994-1997) einem analogen Ansatz:²²

„Es ist vorgesehen, daß jede mitarbeitende Schule während der Hauptphase die folgenden projektbezogenen Entwicklungsschritte durchläuft:

- **Konzeptbildung/Planung (Initiierung):**

Auf der Grundlage des Entwicklungsstandes der Einzelschule und der Einschätzung der Möglichkeiten erfolgversprechender Umsetzung stellen die mitarbeitenden Schulen ein Projektteam zusammen, sammeln Ideen und gewinnen Perspektiven für Schritte zur praktischen Umsetzung.

- **Umsetzung/Ausführung (Implementation):**

Praktische Schritte zum Aufbau einer gesundheitsfördernden Schule werden projektiert, verwirklicht, erprobt, weiterentwickelt, verbessert, verworfen. Ein Erfahrungsaustausch setzt ein.

- **Verankerung/Festigung (Institutionalisierung):**

Anhand der gewonnenen Erfahrungen wird überprüft, ob die implementierten Maßnahmen geeignet sind, um auf längere Sicht organisatorisch und inhaltlich im Alltag der Schule Bestand haben zu können. Geeignete Implementationen werden als Baustein zur gesundheitsfördernden Schule verankert und damit Teil des pädagogischen Profils der betreffenden Schule.

- **Übertragung (Transfer):**

Die gewonnenen Erfahrungen und Ergebnisse werden dokumentiert und mit besonderer Hilfe des Projektunterstützungszentrums ausgewertet, verbreitet und Interessierten zugänglich gemacht. Dies schafft die Voraussetzung für den Austausch, für eine gemeinsame Perspekti-

venbildung und für die Koordinierung mit anderen Schulprojekten in Deutschland und/oder in den europäischen Nachbarländern.

Die angesprochenen Entwicklungsschritte werden nicht als starres Schema, sondern als variable Prozeßverläufe verstanden.“

Zweifelloos zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen wissenschaftlich-theoretischem Erkenntnisstand und praktischer, maßnahmebezogener Realisierung präventiver Programme.

Dies ist insbesondere ein Ausdruck dafür, daß zwar eine Vielzahl von Erklärungsmodellen gesundheitlichen Verhaltens und seiner Beeinflussbarkeit existieren (psychologische, soziologische, verhaltenstheoretische oder auch sozial-psychologische), eine in sich geschlossene Theorie, die praktischen Erfordernissen und der Ableitung konkreter Maßnahmen zwingend entspricht, jedoch bislang nicht existiert.²³

Dementsprechend variieren Positionsbeschreibungen zu Prävention und ihren Möglichkeiten letztlich (und bewußt überzogen) zwischen zwei Extremen:

- Daß „Mäßigkeit“ und Vermeiden von Extremen und Exzessen im Hinblick auf Ernährung, Genußmittelkonsum, „Müßiggang“ etc. gesundheitliche Folgen zeitigt, weiß die Menschheit schon seit langem, dennoch verhalten sich Menschen offensichtlich nicht dementsprechend, lassen sich nur wenig oder gar nicht in ihrem Verhalten dadurch beeinflussen.

Konsequenz: Verzicht auf präventive Aktion, da ihre Nutzlosigkeit seit langem empirisch bewiesen ist (pessimistischer Ansatz)

- Gesundheitsbewußtes Verhalten ist Teil sozialen Verhaltens generell. Seine Veränderung oder Beeinflussung bedarf der Veränderung der sozialen Situation generell, weil sonst auch Gesundheitsverhalten nicht veränderbar ist.

22 BLK-Modellversuch - Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen, Info Nr. 1, S. 8

23 Lohaus, A.: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, Gesundheitspsychologie 2, Hogrefe-Verlag 1993, S. 51-74

Konsequenz: Verzicht auf präventive Aktionen, da ihre Wirksamkeit primär auf der Veränderung sozialpolitischer Grundorientierungen und damit auf Veränderungen der Gesamtpolitik basiert (sozial-utopischer Ansatz).

Mit der Entwicklung des Präventionskonzeptes befinden sich die Gutachter allerdings genau in diesem Spannungsfeld. Wissenschaftlich-theoretisch und empirisch nachgewiesene Möglichkeiten und Notwendigkeiten, präventiv wirksam zu werden, wurden aufgezeigt. Maßnahmen, dies umzusetzen, sind benannt.

Welchem Extrem angesichts vielfach noch ungeklärter Fragen man zuneigt, ist zumeist aus der spezifischen Interessenlage der Beteiligten erklärbar.

Dennoch hat noch vorhandener Klärungsbedarf im Wissenschaftsbereich, den es zwangsläufig immer gibt, noch nie genügt, einen aktuellen Handlungsbedarf, der im Präventionsbereich zweifellos besteht, zu unterdrücken, wenn der politische Wille dazu besteht.

5.4 Organisation eines bedarfsorientierten bevölkerungsbezogenen Präventions- und Interventionsprogramms

5.4.1 Notwendigkeit der Koordination und Konsensbildung im Rahmen eines zu entwickelnden Präventionsprogrammes

Eine effektive Prävention und Intervention setzt sowohl zur Zielerreichung als auch zur Erfolgskontrolle ein rationales programmäßiges Vorgehen voraus, welches in den Schritten:

- Bedarfsanalyse
- Ziel- und Zielgruppendefinition
- Angebotsanalyse
- Maßnahmen- und Programmbestimmung
- Träger- und Angebotsbestimmung
- Durchführung
- Wirksamkeitsanalyse (Evaluation)
- (Programmodifikationen)

verläuft. Dabei ist auf der Grundlage gegebener finanzieller und personeller Ressourcen eine Priorisierung von Zielen und Maßnahmen unabdingbar.

Ein derartiges Programm muß auf den vorhandenen und sich entwickelnden Angebots- und Trägerstrukturen aufbauen.²⁴ Dies impliziert, daß sowohl die bisherigen Träger und Anbieter als auch

ggf. neue Institutionen sich auf ein entsprechendes Programm einigen und dieses in allen Einzelschritten mittragen. Der zur Programmentwicklung notwendige Konsensbildungsprozeß ergibt sich i. d. R. nicht aus dem „freien Spiel der Kräfte“, sondern bedarf der Organisation und Koordination.

Die Notwendigkeit der Koordination wurde schon in der 50. GMK-EntschlieÙung von 1982 gesehen und diese Koordinations- und Informationsfunktionen an die Gesundheitsämter delegiert.

Das GRG (§ 20 Abs. 2 und 4) setzt auf die Autonomie der Träger im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, formuliert aber deutlich auch Kooperationsgebote:

„- bei der Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen soll eine Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, niedergelassenen Ärzten, aber

24 Etwas anderes gilt nur dann, wenn das Interventionsfeld institutionell kaum entwickelt ist, was für Berlin sicher nicht gilt.

auch Gesundheitsämtern, Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen, sonstigen kommunalen Ämtern, Sozialpartnern, u.a., angestrebt werden;

- andere Institutionen, die bereits in der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung tätig sind, sollen in ihren Zuständigkeiten nicht tangiert werden.²⁵

Mit der Koordination der Träger, Anbieter und in Hinblick auf die Programmentwicklung auch der Maßnahmen ist notwendigerweise zumindest eine partielle Aufgabe des autonomen Entscheidens der einzelnen Träger verbunden

Die im Zuge der Programmplanung notwendige quantitative oder qualitative Weiterentwicklung und/oder Neustrukturierung der Angebote kann darüber hinaus die gegebenen Angebots-, Organisations- und insbesondere die Finanzierungsstrukturen in Frage stellen. Intra- und interinstitutionelle Konflikte sind dabei abschbar. Aus einer Vielzahl von möglichen Konfliktlinien sollen lediglich zwei Grundkonflikte benannt werden, die sich auf die Fragen der Zielbestimmung präventiver Maßnahmen der verschiedenen Träger und ihrer Finanzierung beziehen. Zum einen handelt es sich um die Frage, ob und wenn ja, in welchem Maße die Aktivitäten der Kassen, die derzeit nicht zuletzt unter Marketing- und Wettbewerbsgesichtspunkten gesehen werden,²⁵ inhaltlich und quantitativ und damit auch finanziell weiterentwickelt werden können, zum anderen um die Frage, welche Bedeutung sekundäre Maßnahmen nach § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen) im Rahmen eines Präventionsprogramms haben und welche Konsequenzen dies auf die Finanzierung präventiver Leistungen insgesamt hat.

Die Finanzierung von präventiven Maßnahmen der verschiedenen Träger erfolgt im wesentlichen durch

- Krankenkassen
- Öffentliche Haushalte und z.T.
- privat (d.h. durch Inanspruchnehmer)

Die bisherigen und derzeitigen Finanzierungsregelungen sind das Ergebnis autonomer Entscheidungen der Akteure, oder bei Kooperation das Ergebnis entsprechender Vereinbarungen

Im Rahmen der Entwicklung des Präventionsprogramms wird nach der (konsensualen) Definition der Ziele und Zielgruppen zu prüfen sein:

- welche Zielgruppen von welchen Trägern und Anbietern erreicht werden und welche nicht;
- welche Angebote und Maßnahmen zieleffektiv, d.h. wirksam sind, wobei hier auf einen noch relativ hohen Evaluationsbedarf bei einzelnen Programmen hinzuweisen ist;
- welche Angebote und Maßnahmen verstärkt ausgebaut oder neu etabliert werden müssen

Dies kann zu einer träger- und/oder maßnahmen-spezifischen Umstrukturierung des Präventionsfelds führen, woraus sich Interessenkollisionen und die Notwendigkeit der Neuregulierung der Finanzierungsmodalitäten ergeben

Neben den öffentlichen Haushalten wird die Weiterentwicklung der Prävention im Rahmen des Programms entscheidend davon abhängig sein, in welchem Maße sich die einzelnen Krankenkassen im Bereich der Prävention verstärkt finanziell engagieren wollen und können.

Das Problem der ggf. notwendigen Umstrukturierung der Präventionsangebote und ihrer Finanzierung mag in bezug auf die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -beratung (in bezug auf die Kassen (§ 20 SGB V)) noch einfach erscheinen, ist aber nicht unabhängig von der Frage nach der Bedeutung von Maßnahmen der primären und sekundären Prävention (Gesundheitsuntersuchung (§ 25 SGB V)) zu sehen, die ebenfalls der Finanzierung durch die Krankenkassen unterliegen

De facto könnten Maßnahmen nach § 20 SGB V und Maßnahmen nach § 25 SGB V mit einem fixierten Leistungsausgabenblock der Kassen für Prävention konkurrieren.

25 Nowak, H.: Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes - neue Perspektiven für Krankenkassen und Kommunen. Öft. Gesundh.-Wes. 52 (1990) S. 243-246

„Der Bundesverband der BKK empfiehlt den Landesverbänden, bzw. den einzelnen BKK's in einem Grundsatzbeschluß seines Rechts- und Vertragsausschusses, ein Volumen von 1% der gesamten Leistungsausgaben als realistische Richtgröße zur Finanzierung reiner Primärprävention anzusehen, also ohne die bisherigen Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen nach § 181 RVO. Im Vergleich zu dem von LENHARD (1989) genannten Anteil von 0.16%, würde dies in etwa einer Versechsfachung der für Prävention verausgabten Mittel gleichkommen. In absoluten Zahlen bedeutet der Vorschlag der BKK's, daß künftig für die Finanzierung präventiver Maßnahmen durch die Krankenkassen ein Betrag von jährlich rund 1.2 Mrd. DM zur Verfügung stünde. Kritiker des Gesetzesvorhabens befürchten allerdings, daß von diesem Betrag alleine 800 Mio. DM für die durch den § 25 ermöglichten Gesundheits-Check-Up's an die Ärzte zu bezahlen wären, so daß für die reine Gesundheitsförderung nur noch 400 Mio. DM übrig blieben.“²⁶

Die Reflexion des § 25 SGB V und damit auch der Rolle der niedergelassenen Ärzteschaft im Rahmen eines Präventionsprogramms ist schon deshalb von besonderer Bedeutung, weil - zunächst ganz unabhängig von den getroffenen Regelungen - niedergelassene Ärzte (v.a. Ärzte der medizinischen Basisversorgung) in ein Präventionsprogramm integriert werden müssen.

Die Tatsache, daß ca. 80% der Berliner im Laufe eines Jahres mindestens einmal einen niedergelassenen Arzt aufsuchen, macht die Ärzteschaft *zunächst prinzipiell* zu einer wichtigen Institution eines Präventionsprogramms sowohl als Multiplikator als auch als Träger. Über die konkrete Ausgestaltung der Funktion der niedergelassenen Ärzte in einem Präventionsprogramm (allgemeine Gesundheitsberatung, Nutzung des § 25) lassen sich erst dann auch wissenschaftlich und empirisch begründete Aussagen und Empfehlungen ableiten, wenn die Ergebnisse der wissenschaftlichen

Begleitung zu den Gesundheitsuntersuchungen vorliegen, die über die nunmehr vorliegenden Analysen der Befunddokumentationen hinausgehen.²⁷

Festzustellen ist derzeit v.a. daß auf der Grundlage der getroffenen Regelungen von geringen jährlichen Durchführungshäufigkeiten (ca. 10%) auszugehen ist, was einer Inanspruchnahmequote von ca. 20% der Anspruchsberechtigten in einem zweijährigen Inanspruchnahmezeitraum entspricht.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß zur Entwicklung eines auf der derzeitigen Angebots- und Trägerstruktur aufbauenden Präventionsprogramms ein organisierter und koordinierter Konsensbildungsprozeß erforderlich ist, wobei die Frage gestellt ist, welche Institution diesen Prozeß organisiert und leitet.

Als federführende Instanz wird hierbei häufig das Gesundheitsamt, d.h. der ÖGD genannt, in jedem Fall sollte es sich aber um eine öffentliche Einrichtung handeln, z.B. die Kommune.

„Die Gemeinde, die im Rahmen der allgemeinen Daseinsfürsorge für ihre Bürger auch präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben wahrzunehmen hat, kann und muß aufgrund geringerer Interessengebundenheit eine ausgleichende und kostenträger- sowie einrichtungsträger-übergreifende Rolle übernehmen. Bei Vorhandensein entsprechender Fachkompetenz und personeller Ausstattung könnte diese Aufgabe vom Gesundheitsamt wahrgenommen werden.“²⁸

Wir schlagen vor, die Frage der institutionellen Trägerschaft im Zusammenhang mit der Darstellung der Aufgaben dieser Koordinations- und Leitinstitution zu erörtern.

-
- 26 Gerber, U., Häberlein, U., Kluge, M. u.a.: Zur Entwicklung präventiver Versorgungssysteme in den Studiengemeinden der DHP. S. 14-15 Freiburg o.J.
- 27 Flatten, G. u.a.: Monitoring der Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 SGB V. Köln, März 1993.
- 28 vgl. z.B. Nowak, M. a.a.O. S. 246.

5.4.2 Aufgaben der Koordinations- und Leitinstitution

Die Aufgaben der Koordinations- und Leitstelle betreffen vier zentrale Bereiche:

- Programmentwicklung und Konsensbildung/
Koordination
- Programmdurchführung oder -überwachung
- Programmevaluation
- Social Marketing

Im einzelnen lassen sich folgende einzelne Aufgabenbereiche unterscheiden:²⁹

Abbildung 14: Aufgabenbereiche der Koordinations- und Leitstelle

- 1 Erhebung und Analyse gemeindebezogener Daten (insbesondere über das Angebot präventiver Leistungen anderer Institutionen und Daten über spezifische Gesundheitsprobleme und spezielle Zielgruppen in der Gemeindebevölkerung)
- 2 Sammlung und Aufbereitung wissenschaftlicher Daten und Ergebnisse der Gesundheitsforschung (für die Fachberatung von interessierten Laien, Institutionen und regionalen Dienststellen der Gemeinde-region)
- 3 Entwerfen und Gestalten von Präventionsstrategien/Konzepten
- 4 Etablierung und Leitung eines regionalen Arbeitskreises Gesundheit (incl. Unterstützung von Arbeitsgruppen zu spezifischen gesundheitlichen Problemstellungen) (Konsensbildung)
- 5 Kontaktstelle für Organisationen und Gruppen (gemeindebezogene Vernetzung von Anbietern und Multiplikatoren)
- 6 Kontaktstelle zu überregionalen Gesundheitsorganisationen und Verbänden (gemeindeüberschreitende Kontakte zu Entscheidungsträgern, die Einfluß auf regionale Kooperationspartner haben, z. B. im Falle von Krankenkassen, Ärzte- bzw. Apothekerkammern, etc.)
- 7 Sammeln und Vermitteln von Informationen und Ressourcen (Adressen von wichtigen Ansprechpersonen und Sponsoren)
- 8 Entwicklung und Pflege von PR-Kontakten (vor allem stetige Kontakte zu regionalen Medien) (Social Marketing)
- 9 Erstellung eines Präventionführers (periodische Erscheinungsweise, in Kooperation mit relevanten Organisationen)
- 10 Fortbildung von Multiplikatoren (mit Hilfe von Schulungsprogrammen für Ärzte, Arzthelferinnen, Apotheker, Ernährungsfachkräfte, Lehrer, Laufgruppenleiter, Übungsleiter von Sportvereinen)
- 11 Entwerfen und Erstellen von Materialien (zur Vorbereitung und Durchführung von Aktionen: Handzettel, Plakate, Info-Blätter, Kollagen, Wandzeitungen etc.)
- 12 Durchführung bzw. Überwachung präventiver Programme
- 13 Evaluation der präventiven Maßnahmen (Dokumentation und Bewertung von Maßnahmen, damit diese eventuell verbessert sowie anderen potentiellen Zielgruppen und Interessenten demonstriert werden können)

29 In Anlehnung an: Raven, U., Klacs, L., Kreuter, H.: a.a.O.

Zentrale Voraussetzungen für die effektive Arbeitsweise der Koordinations- und Leitstelle dürften sein:

- a) Qualifikation, Profil, Kompetenz.
- b) Akzeptanz in Politik und Gesellschaft, v.a. im Gesundheits- und Präventionsbereich.
- c) relative Unabhängigkeit gegenüber Einzelinteressen der Akteure (Interessenausgleich/Konsens, Evaluation),
- d) Zugriffsmöglichkeiten auf soziodemographische und epidemiologische Daten der Region (Bezirke, Land).
- e) Absicherung und Fundierung der Arbeit durch eine entsprechende präventive Zielorientierung der Gesundheitspolitik.

Für eine Zuordnung dieser Aufgaben zum ÖGD sprechen insbesondere die Voraussetzungen (c) und (d). Den ÖGD zur Koordinations- und Leit-

stelle des Präventionsprogramms zu entwickeln, ergibt sich jedoch nicht primär und ausschließlich aus der Bewertung der genannten Voraussetzungen (zumal die Kriterien (a), (b) und (c) nicht abschließend bewertbar sind), sondern vielmehr aus den Erfordernissen einer zu verbessernden regionalen Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung, die auch ganz unabhängig von präventiven Programmen und Schwerpunktsetzungen Aufgabe der öffentlichen Verwaltung und des ÖGD ist und zunehmend sein muß und in den Entwürfen zur Neufassung des ÖGD-Gesetzes entsprechenden Niederschlag gefunden hat.

Im folgenden Kapitel wird deshalb die Rolle des ÖGD als Koordinations- und Leitinstanz eines Präventionsprogramms in Zusammenhang mit dessen (zukünftigen) zentralen Aufgaben im Bereich:

- der Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie sowie
- der epidemiologischen Überwachung (Monitoring)

erörtert.

5.4.3 Die Rolle des ÖGD als Koordinations- und Leitinstanz eines Präventionsprogramms im Rahmen der generellen Neustrukturierung der Aufgaben des ÖGD in Berlin

In den vorangehenden Kapiteln wurde erörtert und abgeleitet, daß zur Planung, Entwicklung, Organisation und Umsetzung eines gezielten, bevölkerungsbezogenen Präventionsprogramms eine „Koordinations- und Leitstelle“ insbesondere zur konsensualen Durchführung der Präventions- und Interventionsmaßnahmen unabdingbar ist. Gleichzeitig wurden die zentralen Aufgabenbereiche dieser Koordinations- und Leitstelle beschrieben.

Entgegen der Auffassung anderer Autoren (und auch Gremien), die dem ÖGD v.a. mit dem Argument der Neutralität diese Koordinations- und Leitungsfunktion zuweisen,³⁰ bedarf die Frage, welche Institution diese Funktion übernehmen sollte und auch kann, unseres Erachtens einer differenzierteren Prüfung und Diskussion.

Dafür sprechen i. w. drei Gründe:

- Erstens ist kritisch zu hinterfragen, warum ausgerechnet der ÖGD als sogenannte „dritte Säule“ unseres Gesundheitssystems (in Wirklichkeit das schwächste Glied)³¹ für diese Funktion prädestiniert erscheint, wo es darum gehen muß, in der Interaktion mit vergleichsweise durchaus „mächtigen“ Akteuren (z.B. Ärzteverbänden, Krankenkassen) Kooperations- und Konsensbildungsprozesse zu organisieren. Das bereits genannte Argument der Neutralität ist zwar nicht falsch, bietet aber noch keine hinreichende Grundlage, Kooperation und Konsens herbeizuführen oder mit einiger Aussicht auf Erfolg auch sicherzustellen.
- Zweitens ist die Funktions- und Aufgabenbestimmung des ÖGD in den letzten Jahren in nahezu allen Ländern der Bundesrepublik in kritischer Diskussion^{32/33/34} (z.T. mit entsprechenden Neuregelungen), was eine kritische Würdigung einer optimalen Funktionserfüllung einer entsprechenden Aufgabenzuweisung an den ÖGD zunächst prinzipiell erschwert, und
- Drittens (und nicht letztens) befindet sich der ÖGD im Land Berlin in einer aktuellen und konkreten Phase der Um- und Neustrukturierung (Entwurf eines neuen ÖGD-Gesetzes, bereits erfolgte Umstrukturierungen im ÖGD)

Die insgesamt instabile, in Diskussion und realer Veränderung befindliche institutionelle und funktionale Struktur des ÖGD (gerade in Berlin) bietet keine Möglichkeit, die Frage nach der Optimalität der Aufgabenzuweisung der Koordinations- und Leitstelle an den ÖGD auf der Grundlage dessen konkreter Aufgabenbestimmungen und insbesondere Arbeitsroutinen wissenschaftlich begründet zu beantworten

Dies ist, denkt man an die sich in Diskussion befindlichen neuen Aufgabenzuweisungen an den ÖGD gerade und v.a. in:

- der Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie
- der Gesundheitsplanung
- der epidemiologischen und umweltepidemiologischen Überwachung und
- der Prävention

insolfern kein Nachteil, weil die Frage nach der Aufgabenzuweisung im Rahmen der Prävention im Kontext eines viel breiteren bevölkerungsmedizinischen Aufgabenspektrums erörtert werden kann (und auch muß) mit der allerdings notwendigerweise kritischen Bewertung, daß es sich dabei derzeit um Planungen bzw. erste Implementierungen handelt, die ihrer weiteren Umsetzung, Ausdifferenzierung und Bewährung und einer weiteren kritischen Analyse bedürfen

Das Planungs- und Implementationsstadium, in dem sich die Neustrukturierung des ÖGD insgesamt befindet, setzt darüber hinaus - wie zu zeigen sein wird - auch Limitierungen hinsichtlich differenzierter und konkreter Aufgabenbeschreibungen, da diese wiederum von noch zu benennenden Voraussetzungen abhängig sind

Dies impliziert, daß die Frage nach der Optimalität der Zuständigkeit des ÖGD für eine „Koordinations- und Leitstelle“ für Prävention nur im Kontext der gegebenen, realen und/oder diskutierten Veränderungen im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik beantwortet werden kann. Die mögliche Bedeutung des ÖGD im Rahmen eines Präventionsprogramms läßt sich entsprechend am besten analytisch-final ableiten

-
- 31 Müller, W., Laaser, U., Kröger, E., Murza, G.: Zur Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes - Wertung der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Literatur. *Öff. Gesundh.-Wes.* 50 (1988) S. 303-313
- 32 Eimeren, W.v.: Zur Frage der Übertragbarkeit von Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf nichtstaatliche Einrichtungen. München 1989 (im Auftrag des MAGFS BAWU)
- 33 Laaser, U., Allhoff, P.G.: Aufgabenwahrnehmung durch die Gesundheitsämter in NRW. Stand und Weiterentwicklung. Bielefeld 1990
- 34 Schäfer, Th.: Steigerung der Effektivität und bedarfsgerechte Neustrukturierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Berlin. Gutachten im Auftrag des Senators für Gesundheit. Erweiterte Zusammenfassung und Empfehlungen. Friedrichshafen März 1993

In der wissenschaftlichen und politischen Diskussion haben in der BRD in bezug auf das Gesundheitssystem seit Mitte der 80er Jahre:

- (regionale) Gesundheitsplanung
- Gesundheitsberichterstattung (GBE) epidemiologische Datenlage
- epidemiologische Surveillance (v.a. bei HIV und AIDS und z.T. in der Umweltepidemiologie)
- Prävention
- Funktion des ÖGD

Konjunktur und z.T. Hochkonjunktur (Beispiel GBE).

Die zunehmende Thematisierung von Gesundheitsplanung, ihrer notwendigen Voraussetzungen (Epidemiologie/GBE), ihrer möglichen Konsequenzen (Prävention) und ihres möglichen Trägers (ÖGD) ist nun keinesfalls zufällig, sie markiert eine Phase, in der grundlegende Effektivitäts- und Effizienzprobleme unseres Gesundheitswesens sichtbar werden, zu deren Lösung die gängigen Planungs- und Steuerungsroutinen der Gesundheitspolitik nicht mehr ausreichen.

Zu den Entstehungsbedingungen dieser heute nicht mehr ausreichend greifenden Steuerungsinstrumente ist - auch in Hinblick auf die damit verbundenen Konsequenzen auf die epidemiologische Datenlage und GBE - im historischen Rückblick zusammenfassend festzustellen:

„Mit der ordnungspolitischen Delegation weiter Regelungsbereiche an die Länder und insbesondere an die Organe der Selbstverwaltung ist aufgrund der herrschenden kurativen, individualmedizinischen Orientierung des Medizinsystems - abgesichert durch einen analogen Krankheitsbegriff der Sozialversicherung - eine präventive Orientierung der Gesundheitspolitik die einen besonderen epidemiologischen Informations- und Beratungsbedarf implizieren würde, zunächst über lange Zeit weder thematisch noch inhaltlich gegeben oder durchsetzbar

Mit dem Funktionsverlust des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist die notwendig regionale, institutionelle Basis einer epidemiologischen Überwachung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung weitgehend weggebrochen

Die Delegation der Regulierung von Gesundheit oder Krankheit führt bei einer primär kurativ-individualmedizinischen Ausrichtung des Medizinsystems zum *nahezu vollständigen Verzicht einer staatlichen, gesundheitspolitisch - initiierten, gesundheitsstatistischen und epidemiologischen Kontrolle* sowohl des Krankheitsgeschehens als auch der Gesundheitsrisiken. Die Gesundheitsstatistik ist entsprechend gekennzeichnet durch die bloße Übernahme der (wenigen) Instrumente, die bereits in der Weimarer Republik und zum Teil davor vorhanden waren (Mortalitätsstatistik, Schuluntersuchungen, Meldepflichtige Erkrankungen). Es finden hier weder Innovationen statt, noch wird ein Interesse an der Sicherstellung der epidemiologischen Funktionsweise der wenigen bestehenden Instrumente artikuliert (z.B. Meldepflichtige Erkrankungen und Dunkelziffer, Underreporting). Gerade die gesundheitspolitische Kontrolle bzw. Nichtkontrolle der nunmehr kurativ regulierbaren Infektionskrankheiten bzw. Geschlechtskrankheiten ist ein Beispiel für die Dominanz einer kurativ-individualmedizinisch orientierten Medizin und ihrer Folgen für die epidemiologische Datenlage.

Verzichtet die staatliche Gesundheitspolitik - im Rahmen der Delegation der Regulierung von Gesundheits- und Krankheitsrisiken und der fehlenden präventiven Orientierung der Gesundheitspolitik - weitgehend auf die Etablierung von epidemiologischen und gesundheitsstatistischen Informationssystemen über Gesundheit, Gesundheitsrisiken und Krankheit, so *wird dieser geringe bzw. fehlende epidemiologische Informationsbedarf der staatlichen Gesundheitspolitik nicht etwa kompensiert durch einen entsprechenden Informationsbedarf der Institutionen, die mit der Regulierung betraut sind, sondern perpetuiert*

Die Ziel- und Kontrollgrößen dieser Institutionen sind nicht Gesundheit, Gesundheitsrisiken und Krankheit, sondern Krankheit nach medizinisch-kurativen Aspekten einerseits und sozialversicherungsrechtlichen andererseits. Aus der Honorarpolitik der Ärzteverbände und der einkommenorientierten Ausgabenpolitik der Kassen kann sich ein epidemiologischer Informationsbedarf über den Gesundheitszustand und die Gesundheitsrisiken der Bevölkerung oder auch nur der jeweils Versicherten nicht ergeben

'Da es in der Bundesrepublik keine final orientierte Gesundheitspolitik gibt und statt dessen der politische Zielbereich "Gesundheit" institutionell und rechtlich zersplittert ist, haben die einzelnen Akteure zunächst einmal kein originäres Interesse an einer zusammenfassenden Berichterstattung. Die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Arbeitsmediziner und die Krankenhäuser usw. beschränken sich ebenso wie die Krankenkassen auf die Darstellung ihres jeweiligen Zuständigkeitsbereichs.'³⁵

Fassen wir zusammen: Ergibt sich das Desinteresse der Gesundheitspolitik an epidemiologischen Daten und Informationen aus der Spezifik der durchgesetzten „Ordnungspolitik im Gesundheitswesen“ in den 50er und 60er Jahren, so steht die „Reformpolitik“ zu Beginn der 70er Jahre vor dem Problem, daß sie bestimmte Regelungsbereiche gestaltend verändern will, ohne dies auf der Basis gesicherter epidemiologischer Daten tatsächlich leisten zu können. Das Beispiel dafür ist die gesetzliche Regelung der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (1971), die ohne jede tragfähige ex-ante Evaluation etabliert worden ist. Dasselbe gilt noch für die Regelung der Gesundheitsuntersuchungen nach dem GRG nahezu 20 Jahre später.

Mit der absoluten Konzentration von Gesundheitspolitik auf die Kostendämpfungspolitik Ende der 70er Jahre weitgehend bis heute ist ein epidemiologisches Interesse der Gesundheitspolitik, von ganz wenigen Teilbereichen abgesehen, nicht mehr festzustellen.³⁶

Zunehmend zeigt sich, daß globale Kostendämpfungsmaßnahmen nicht mehr ausreichen, die strukturellen Probleme des Gesundheitswesens zu lösen.

„Insgesamt wird vor allem die Dominanz professioneller und privatwirtschaftlicher Anbieterinteressen und die primär kurativ-medizinische Ausrichtung des bundesdeutschen Gesundheits-

wesens für seine mangelnde Effektivität und Effizienz verantwortlich gemacht. Maßnahmen zur Steigerung von Effektivität und Effizienz müßten sich demgegenüber stärker an positiven Gesundheitszielen, an einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung orientieren und dabei die Nutzer- bzw. Patienteninteressen mehr als bisher zur Geltung bringen, wobei die Reduzierung der Gesundheitspolitik auf Krankenversorgungspolitik zu überwinden wäre. Es besteht Konsens darüber, daß das Gesundheitswesen zielorientierter und wirtschaftlicher gestaltet und zu diesem Zweck das Steuerungsinstrumentarium verbessert werden muß und kann. Nach übereinstimmender Auffassung sind die heute praktizierten Steuerungsinstrumente nur begrenzt wirksam.“³⁷

„Um Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens zu erhöhen, ist eine Ausweitung des Steuerungsinstrumentariums, vor allem eine Intensivierung der Feinsteuerung notwendig. Dies wird von verschiedenen Seiten betont, und hierzu ist eine Reihe von Vorschlägen unterbreitet worden.“³⁸

Entsprechend reagiert die Gesundheitspolitik gerade auf Länderebene und insbesondere auch in Berlin mit:

- Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung,
- der Institutionalisierung von Gesundheitsplanung,
- der Neubestimmung der Aufgaben des ÖGD sowie
- der Thematisierung von Prävention.

Diese verschiedenen Ansätze weisen allerdings derzeit noch ein grundlegendes Defizit auf, das im *Fehlen definierter Gesundheitsziele* besteht, was notwendigerweise eine nicht ausreichend mögliche Zielorientierung sowohl von Gesundheitsberichterstattung als auch von Gesundheitsplanung und Prävention impliziert.

35 Paquet, R.: Krankenkassen und Gesundheitsberichterstattung. in: Thiele, W. Trojan, A. (Hrsg.): 'Lokale Gesundheitsberichterstattung'. St. Augustin 1990. S. 96

36 Kirschner W.: HIV-Surveillance. Berlin 1993. S. 57-59

37 Schröder, W.F., Diekmann, F., Neuhaus, R., Rampelt, I.: Kommunale Gesundheitsplanung. Stuttgart 1986. S. 20

38 ebd. S. 24

Mit Gesundheitsplanung ist bezeichnet, „daß die verschiedenen, in hohem Maße rechtlich und ökonomisch selbständigen Akteure im Gesundheitswesen ihre Vorstellungen zur Entwicklung der Mengen und Preise vorbringen, um gemeinsam zu überprüfen, inwieweit die insgesamt aufgewendeten Mittel zur Erreichung der gemeinsamen Gesundheitsziele effektiv und effizient eingesetzt werden.“³⁹

Wenn und insoweit der ÖGD eine zentrale Zuständigkeit für

- Gesundheitsplanung
- Gesundheitsberichterstattung
- Gesundheitsförderung und Prävention

erhält, ist die Zuweisung der Koordinations- und Leitstelle eines Präventionsprogramms an den ÖGD sachlogisch, wenn nicht zwingend.

Die Frage, ob bzw. wie der ÖGD diese Aufgabe erfüllen kann, wird nicht zuletzt davon abhängig sein, in welcher Weise die neuen Aufgaben des ÖGD insgesamt mit Inhalt gefüllt und umgesetzt werden.

Die Entwürfe und Diskussionen zur Neuregelung der Aufgaben des ÖGD zeigen - auch in Hinblick auf präventive Aktivitäten bzw. die Entwicklung von Präventionsprogrammen - eine konsequente und konsistente Orientierung auf:

- Gesundheitsberichterstattung
- epidemiologisches und umwelt-epidemiologisches Monitoring
- Gesundheitsplanung sowie Prävention und Gesundheitsförderung

Auf der Grundlage der Situation der öffentlichen Haushalte bleibt allerdings letztlich zu fragen, wie diese Aufgaben derart ausdifferenziert und umgesetzt werden können, daß damit zukünftig eine sowohl quantitative als auch qualitative Verbesserung in diesen Bereichen realisiert werden kann

Dies ist nicht nur eine Frage der Zahl und Qualifikation entsprechenden Personals, sondern gerade im Bereich der Gesundheitsberichterstattung und des Monitorings eine Frage der Entwicklung und Etablierung neuer Instrumente, sowie der Erschließung weiterer, auch regionalisierter, z.B. bezirklicher Datenquellen (z.B. Sentinelpraxen, Monitoringsysteme, umweltmedizinischer Basisfragebogen).

Eine Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung mit dem Ziel eines epidemiologisch, umwelt- und sozialbezogenen Gesundheitsinformationssystems ist auf der Grundlage der vorhandenen Routedaten allein nicht möglich.⁴⁰

Das vom BMFT geförderte Vorhaben einer Nationalen Gesundheitsberichterstattung kann sowohl von der Zielorientierung her als auch in Inhalt und Methodik keine umsetzbaren Beiträge zur Weiterentwicklung einer regionalen GBE leisten

Auch in Hinblick auf die entsprechenden Forschungsprogramme zu „Public Health“ erscheinen stärkere Verzahnungen der Forschungsvorhaben mit den genannten Aufgabengebieten notwendig.

39 Schröder, F.W. a.a.O. S. 82

40 Kirschner, W., Hoeltz, J.: Vorschlag für eine epidemiologische, umwelt- und sozialbezogene Gesundheitsberichterstattung - Konzeption für das Bundesland Berlin, Berlin 1992

5.5 Evaluation

Ein Präventionsprogramm bedarf der wissenschaftlichen Evaluation nach Produkt, Prozeß und Ergebnis, die allerdings sowohl in bezug auf die theoretische Fundierung von Gesundheitsverhalten generell als auch in Hinblick auf die einzelnen Zielebenen der Prävention (vgl. Kap. 5.1.) z.T. deutlichen Limitierungen unterliegt

V.a. in Hinblick auf die Zielebene „Erhöhung der Lebensqualität“ fehlt es weitgehend an zuverlässigen Indikatoren, mit denen eine entsprechende Evaluation durchgeführt werden könnte

Für die unterschiedlichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Kap. 5.3) ist der Nachweis ihrer Effektivität nur z.T. erbracht. Hier besteht in einigen Bereichen Forschungsbedarf, bevor diese in ein bevölkerungsbezogenes Präventionsprogramm integriert werden können.

Bezüglich der Zuständigkeit und Trägerschaft der Evaluation im Rahmen eines Präventionsprogramms sollten:

- die Träger (Anbieter) der entsprechenden Maßnahmen bei ihren Klienten Basisdaten zum

Gesundheitszustand, zur Teilnahmemotivation und zur Bewertung der Programme möglichst standardisiert (d.h. vergleichbar) erheben;

- die Ergebnisevaluation der Maßnahmen gehört in die Zuständigkeit der Programmorganisation, d.h. der Koordinations- und Leitstelle und kann ggf. an die Abteilung Gesundheitsberichterstattung und/oder externe Institutionen delegiert werden. Auf die entsprechend notwendige innovative Neuentwicklung und Weiterentwicklung von Instrumenten und Methoden ist dabei nochmals hinzuweisen (z.B. predictive indicators for positive health). Dazu besteht Forschungsbedarf

Dasselbe gilt für die Frage der Cost-Effectiveness der Prävention.

Bei der Operationalisierung eines Präventionsprogramms ist in Hinblick auf die gesetzten Ziele im einzelnen zu prüfen, ob diese im Rahmen der vorliegenden Daten der GBE bevölkerungsbezogen überprüft werden können

6. Schlußfolgerungen und Empfehlungen

In der wissenschaftlichen und auch politischen Diskussion werden seit Mitte der achtziger Jahre verstärkt sowohl die Fragen einer präventiv und final orientierten Gesundheitspolitik als auch die Fragen verbesserter Steuerungsinstrumente erörtert.

Maßnahmen der Verbesserung der gesundheitsstatistischen und epidemiologischen Datenlage (Gesundheitsberichterstattung), zur Institutionalisierung von Gesundheitsplanung und zur Neustrukturierung des ÖGD sowie zur Verstärkung von Gesundheitsförderung und Prävention (§ 20 SGB V, § 25 SGB V) sind Ausdruck und erste Resultate dieser Entwicklung

Nach wie vor Defizite bestehen sowohl hinsichtlich definierter Gesundheitsziele als auch hinsichtlich

einer daraufhin ausgerichteten konsequent präventiv orientierten, programmatischen Gesundheitspolitik

Die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen und Programme zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs und anderen bedeutsamen chronisch-degenerativen Erkrankungen sowie die im Rahmen des vorliegenden Gutachtens durchgeführten Analysen haben gezeigt, ohne daß sie in dieser Zusammenfassung i.e. erörtert wurden, daß

- sich aus verschiedenen internationalen und nationalen Interventionsstudien *belastbare Hinweise zur Wirksamkeit einzelner Präventionsmaßnahmen* ableiten lassen, „Prävention“ also möglich ist und wirkt;

- *in der Berliner Bevölkerung insgesamt (mit z.T. erheblichen Unterschieden nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage) gemessen an der Ausprägung von Krankheiten, Beschwerden und gesundheitlichen Risiken und Risikoexpositionen ein hoher Bedarf an präventiven Maßnahmen besteht*
- *die vorhandenen Angebots- und Trägerstrukturen präventiver Maßnahmen auf der Grundlage einer relativ geringen Inanspruchnahme der Bevölkerung nur den Bedarf einer hochselektierten und kleinen Bevölkerungsgruppe decken (können). Gleichzeitig ist von einer hohen Akzeptanz präventiver Maßnahmen in großen Teilen der Bevölkerung auszugehen.*

Wenn es ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel ist, den Gesundheitszustand der Berliner Bevölkerung schrittweise zu verbessern, so ist die *Entwicklung und Etablierung eines Präventionsprogramms epidemiologisch begründet und gesundheitspolitisch folgerichtig*

Es wird deshalb empfohlen, auf der Grundlage der vorliegenden Konzeption ein konkretes Präventionsprogramm hinsichtlich:

- Zielen, Inhalten, Zielgruppen
- Maßnahmen

- Trägern und
- Multiplikatoren

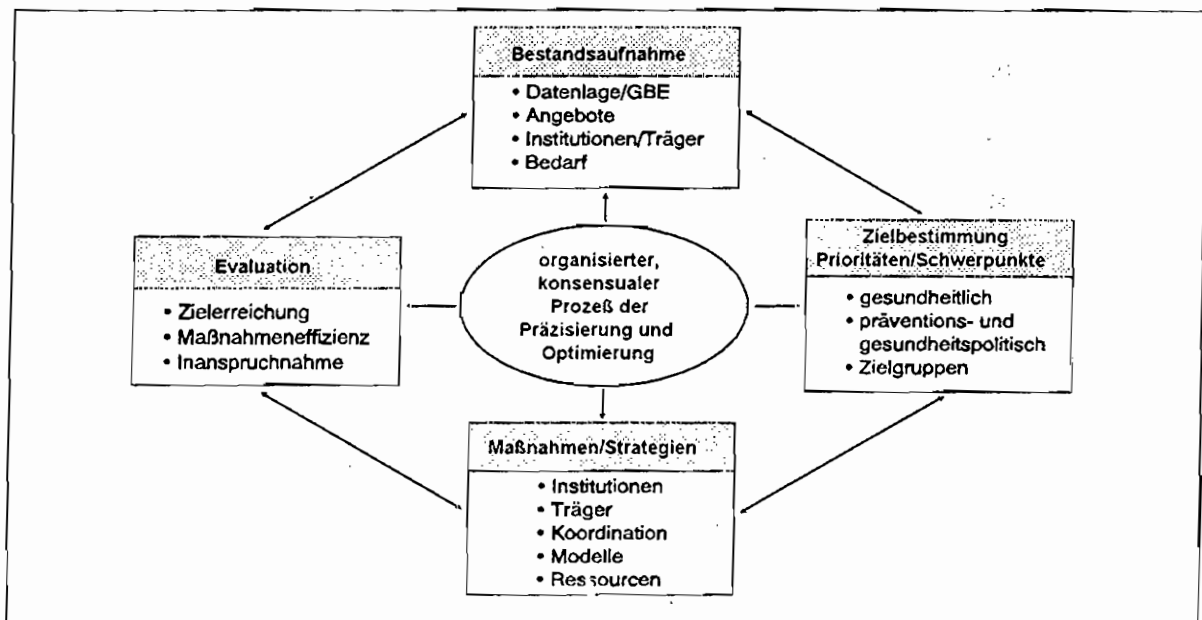
sowie Organisations-, Finanzierungsformen und Evaluationsmaßnahmen zu entwickeln.

Die Programmentwicklung, die als schrittweiser Prozeß der Präzisierung und Optimierung der einzelnen Bausteine der Intervention (vgl. Abb. 15) zu verstehen ist, kann sich gerade in Berlin hinsichtlich:

- der Neustrukturierung des ÖGD
- der zu erwartenden, stärkeren Diskussion über die Bedeutung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Rahmen von § 20 SGB V der Krankenkassen
- sowie der Diskussion über die notwendige Verstärkung und Vernetzung präventiver Aktivitäten z.B. im Rahmen von „Gesundheit Berlin e.V.“

auf in Entwicklung und Diskussion befindliche Aktivitäten stützen und diese zielführend aufgreifen. Hauptziel der Programmentwicklung ist neben den genannten Einzelzielen (s.o.) die Weiterentwicklung und Bestimmung von Konsensfeldern

Abbildung 15: Prozeß der Programmentwicklung und -implementation



Abkürzungskatalog

BGA	= Bundesgesundheitsamt
BGA-WaBoLu	= BGA - Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene
BLK	= Bund-Länder-Kommission
DHP	= Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie
EG	= Europäische Gemeinschaft
GBE	= Gesundheitsberichterstattung
GMK	= Gesundheitsminister-Konferenz
GRG	= Gesundheitsreformgesetz
HKK	= Herz-Kreislauf-Krankheiten
LVG	= Landesvereinigung für Gesundheit
ÖGD	= Öffentlicher Gesundheitsdienst
SGB V	= Sozialgesetzbuch V
VHS	= Volkshochschule
WHO	= World Health Organisation

Anlagen

Anlage 1: Literaturverzeichnis (des Gesamt-Konzeptes)

Anlage 2: Mitglieder des projektbegleitenden Beirates

Anlage 1: Literaturverzeichnis (des Gesamt-Konzeptes)

- Achilles, K ; Maschewsky-Schneider, U : Implementationserfahrungen in einer Studiengemeinde (Bremen) und Konsequenzen für den Transfer. In: Troschke, J. v ; Klaes, L.; Maschewsky-Schneider, U.: Erfolge gemeindebezogener Prävention Asgard-Verlag St. Augustin 1991
- Annuß, R.: Das Modellprogramm „Hab' ein Herz für Dein Herz“ - Evaluationsbericht zum Abschluß der Pilotphase des betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms In: Gesundheitsförderung, Bd. 4. IDIS-Bielefeld 1992
- Arnold, M.: Grenzen der Prävention - Anspruch und Wirklichkeit eines Programms zur Vermeidung von Herz-Kreislaufkrankheiten In: Ökonomie der Prävention Beiträge zur Gesundheitsökonomie 22. Schriftenreihe der Robert-Posch-Stiftung Bleicher-Verlag 1990
- Assmann, G.; Schulte, H.: Ergebnisse der Prospektiven Cardiovasculären Münster (PROCAM)-Studie, Dt. Ärztebl 90 (1993), H 42, 2828-2836
- Becker, P.: Primäre Prävention In: Schmidt, L. R. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Stuttgart 1984
- Bengel, J.; Strittmatter, R.: In: Allhoff, P.; Flatten, G.; Laaser, U. (Hrsg.): Krankheitsverhütung und Früherkennung - Handbuch der Prävention, Springer-Verlag 1993
- Bengel, J.: Evaluation und Forschung in der Prävention In: Allhoff, P.; Flatten, G.; Laaser, U. (Hrsg.): Krankheitsverhütung und Früherkennung - Handbuch der Prävention. Springer-Verlag 1993
- Berkling, J.; Krasemann, E. O.: Beeinflußt Gesundheitswissen das Verhalten? Öffentliches Gesundheitswesen 52 (1990), H. 10, 580-584
- BKK-Gesundheitszentrum: Zahlen und Daten, 1992 (Stand: Februar 1993)
- BKK-Gesundheitszentrum: Zahlen und Ergebnisse Eine vorläufige statistische Auswertung, 1992 (Stand: Januar 1993)
- BLK-Modellversuch - Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen, Info Nr. 1
- Brand, H.; Hellmeier, W.: Epidemiologische Grundlagen der Prävention In: Allhoff, P.; Flatten, G.; Laaser, U. (Hrsg.): Krankheitsverhütung und Früherkennung - Handbuch der Prävention: Springer-Verlag Berlin/Heidelberg 1993
- Charlton, J. R. u.a.: Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales In: The Lancet, March 1983: 691-696
- Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung. Adelaide 1988
- Cohen, S.; Syme, S. L. (Hrsg.): Social support and Health New York. Academic Press, 1985
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Sektion Berlin: Bericht über die Tätigkeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1992
- Downey, A. M. u.a.: Development and implication of a school health promotion program for reduction of cardiovascular risk factors in children and prevention of adult coronary heart disease: „Heart-Smart“. In: Cardiovascular Risk Factors in Childhood: Epidemiology and Prevention; Elsevier 1987
- Eimeren, W. van; Faus-Kessler, T.; König, K.; Lasser, R.; Rediske, G.; Scherb, H.; Tritschler, J.; Weigelt, E.; Welzl, G.: Umwelt und Gesundheit - Statistisch-methodische Aspekte von epidemiologischen Studien über die Wirkung von Umweltfaktoren auf die menschliche Gesundheit; Springer-Verlag, 1987
- Eimeren, W. van: Zur Frage der Übertragbarkeit von Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf nichtstaatliche Einrichtungen, München 1989 (im Auftrag des MAGFS BAWÜ)
- Engel, U.; Hurrelmann, K.: Was Jugendliche wagen Jugendforschung. Juventa Verlag Weinheim und München 1993
- Entschließung der 64. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) Wiesbaden 1991
- Epidemiologische Forschung Berlin: Evaluierungsforschung der Beratungstätigkeiten der Gesundheitsberatungsstellen für Erwachsene im Vergleich zu freien Trägern bezüglich der Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention. Bericht Berlin. April 1990
- Epidemiologische Forschung Berlin: Gesundheit, Umwelt und soziale Lage in Berlin 1991. Ergebnisbericht (unveröffentlicht)

- Fargel, M.: Methoden und Probleme der externen Evaluierung sozialer Programme am Beispiel der Krebsfrüherkennungsuntersuchung in der Bundesrepublik Deutschland - eine methodologische und empirische Untersuchung, Frankfurt/Main. 1976
- Flatten, G. u.a.: Monitoring der Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 SGB V. Köln, März 1993
- Franzkowiak, P.; Sabo, P. (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung, Reihe Blickpunkt Gesundheit. Verlag Peter Sabo, Mainz 1993
- Fries, I. F.: Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. *New Engl. J. Med.* 303 (1980) 131
- Gerber, U.; Häberlein, U.; Kluge, M. u.a.: Zur Entwicklung präventiver Versorgungssysteme in den Studiengemeinden der DHP. Freiburg, o.J.
- Gesundheitsförderung „Hab' ein Herz für Dein Herz“ - Der Betrieb als Interventionsort für Prävention und gesundheitsfördernde Maßnahmen; Gesundheitsförderung Bd. 2, IDIS Bielefeld 1990
- Greiser, E.: Soziale und institutionelle Prävention von Risikofaktoren. In: Abholz, H.-H.; Borgers, D.; Karmaus, W.; Korporal, J. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin - Konzept und Kontroverse; Walter de Gruyter Berlin - New York 1982
- Gross, R.: Die Lebensverlängerung und ihre Grenzen. *Dt. Ärztebl.* 88 (1991), H. 17, S. 1264-1265
- Große-Ruyken, F.-J.: Tabakrauch - Ursachen, Wirkungen, Auswege. In: Allhoff, P., Flatten, G., Laaser, U. (Hrsg.): Krankheitsverhütung und Früherkennung. Handbuch der Prävention, Springer-Verlag 1993
- Grünewald, H.; Wolf, M.: Die Gesundheitsberatung für Erwachsene in Berlin (im Auftrag der BZgA) August 1985
- Gutzwiller, F. u.a.: Community - based primary prevention of cardiovascular disease in Switzerland: methods and results of the National Research Programme (NRP1A). *Preventive medicine*, 14 (1985) 482-491
- Härte, R.: Kritik der gesetzlichen Vorsorgemaßnahmen. In: Autorenkollektiv. Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973
- Heinemann, L. et al (Hrsg.): Epidemiologie und Gesundheitsforschung - Methodeneinführung und Repetitorium; Infratest Gesundheitsforschung, München 1989
- Henke, K.-D.: Zur ökonomischen Evaluation der Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten. In: Ökonomie der Prävention Beiträge zur Gesundheitsökonomie 22. Schriftenreihe der Robert-Bosch-Stiftung Bleicher-Verlag 1990
- Henke, K.-D.; Behrens, C.; Arab, L.; Schlierf, G.: Die Kosten ernährungsbedingter Krankheiten. Schriftenreihe des BMJFG. Band 179. Verlag W Kohlhammer/Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1986
- Hildebrandt, H.; Trojan, A. (Hrsg.): Gesundere Städte/Kommunale Gesundheitsförderung. Materialien und Ideen zum „Healthy Cities“-Projekt der WHO. Eigenverlag 1987
- Hoffmeister, H. u.a.: Gesünder leben - Herzenssache; Bericht über die Interventionsmaßnahmen der Deutschen Herzkreislauf-Präventionsstudie (DHP) und deren Evaluation in der Teilstudie Berlin-Spandau 1984-1991; Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des BGA 1992
- Hoffmeister, H., Junge, B., Schön, D.: Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten: Bewertung des Erfolgs von Interventionsstudien - Ausgangssituation der DHP - Bundesgesundheitsblatt 27, Nr. 5 (1984) S 141-150
- Holland, W. W. (Ed): European community atlas of avoidable death. Oxford, New York, Tokyo 1988
- Infratest Gesundheitsforschung: Jugendlichenbiogramm*1986 und 1990 im Auftrag der Senatsverwaltung für Jugend und Familie (unveröffentlicht)
- Infratest Gesundheitsforschung: Strukturanalyse vorhandener Angebote von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -beratung in ausgewählten Regionen der BRD. 1990 (unveröffentlicht)
- Jahresgesundheitsbericht 1991: Senatsverwaltung für Gesundheit
- Junge, B.: Vorzeitig verlorene Lebensjahre als objektives Maß zur Festlegung vorrangiger Gesundheitsziele - Vergleich der Bundesrepublik Deutschland mit Japan und Schweden. *Prävention* 1986; 9: 99-102
- Kirschner, W.; Radoschewski, M.: Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin. Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung. Diskussionspapier 17. Senatsverwaltung für Gesundheit. Ref. I D. 1993
- Kirschner, W.; Hoeltz, J. (Hrsg.): Vorschlag für eine epidemiologische, umwelt- und sozialbezogene Gesundheitsberichterstattung - Konzeption für das Bundesland Berlin. München 1992

- Kirschner, W.: HIV-Surveillance. Berlin 1993
- Kirschner, W.: Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland. Gründe der Nichtinanspruchnahme und Möglichkeiten zur Erhöhung der Beteiligung. Köln 1985
- Kiss, A.: Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West). Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung. Diskussionspapier 16. Senatsverwaltung für Gesundheit 1992
- Koch-Malunat, N.; Klausning, M. v.: Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West). Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung. Diskussionspapier 15. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 1990
- Kotek, H.; Troschke, J. v. u.a.: Beschreibung und Analyse präventiver Versorgungsstrukturen in Gemeinden. In: Troschke, J. v., Klaes, L.; Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.): Erfolge gemeindebezogener Prävention. Asgard-Verlag 1991
- Laaser, U.; Hurrelmann, K.; Wolters, P.: Prävention. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz-Verlag 1993
- Laaser, U.; Wenzel, H.: Effektivität und Effizienz in der Prävention. In: Allhoff, P.; Flatten, G.; Laaser, U.: Krankheitsverhütung und Früherkennung - Handbuch der Prävention. Springer-Verlag 1993
- Laaser, U.; Allhoff, P. G.: Aufgabenwahrnehmung durch die Gesundheitsämter in NRW. Stand und Weiterentwicklung. Bielefeld 1990
- Laaser, U.; Murza, G.; Gerdel, W.; Borger, D.: Strategien zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland. Sozial- und Präventivmedizin 33 (1988) S. 226-232
- Lohaus, A.: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Gesundheitspsychologie 2. Hogrefe-Verlag 1993
- Maier, H.: Risikofaktoren für Krebserkrankungen im Kopf-Hals-Bereich, Dt. Ärztebl. 88 (1991), H. 14, S. 970
- Maynard, E. J. u.a.: The development of the lifestyle education program in Australia. In: Cardiovascular Risk Factors in Childhood: Epidemiology and Prevention, Elsevier 1987
- Mellerowies, H.; Dürrwächter, H.: Sport - Gesundheit - Wirtschaft - Zusammenhänge und Folgerungen für das derzeitige Gesundheits- und Krankheitswesen. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Präventivmedizin, 18. Jahrg., Heft 5, Mai 1983, S. 106-111
- Müller, W.; Laaser, U.; Kröger, E.; Murza, G.: Zur Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes - Wertung der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Literatur. Öff. Gesundh.-Wes. 50 (1988) S. 303-313
- Niehoff, J.-V.; Schrader, R.-R.: Gesundheitsleitbilder. - Absichten und Realitäten in der DDR. In: Elkeles, T.; Niehoff, J.-V.; Rosenbrock, R.; Schneider, F. (Hrsg.): Prävention und Prophylaxe. WZB, Edition sigma. Berlin 1991
- Nissinen, A.; Puska, P.: Community control of chronic diseases: a review of cardiovascular programmes. In: Badura, B.; Kickbusch, I.: Health promotion research. WHO Regional Publications. European Series No. 37, 393-420
- Nowak, M.: Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes - neue Perspektiven für Krankenkassen und Kommunen. Öff. Gesundh.-Wes. 52 (1990) S. 243-241
- Nüssel, E. u.a.: Die Gemeindestudie Eberbach/Wiesloch in: Beiträge zur Gesundheitsökonomie 22 - Ökonomie der Prävention am Beispiel der Herz-Kreislaufkrankheiten. Gerlingen; Bleicher-Verlag 1990
- Oeser, H.: Krebs: Schicksal oder Verschulden? Thieme Verlag Stuttgart. 1979
- Ottawa-Charta. In: Grenzen der Prävention. Argument - Sonderband AS 178. Hamburg 1988
- Pratt, L.: The social support functions of the family. In: Badura, B.; Kickbusch, I.: Health promotion research. WHO 1991
- Paquet, R.: „Krankenkassen und Gesundheitsberichterstattung“. in: Thiele, W.; Trojan, A. (Hrsg.): „Lokale Gesundheitsberichterstattung“. St. Augustin 1990
- Puska, P. u.a.: Community control of cardiovascular diseases - Evaluation of a comprehensive community programme for control of cardiovascular diseases in North Karelia, Finland, 1972-1977, Copenhagen. WHO Regional Office for Europe

- Puska, P. u.a.: Comprehensiv cardiovascular community control programmes in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 1988 (EURO Reports and Studies No. 106)
- Raven, U.; Klaes, L.: Methodische Überlegungen zur transfergerechten Aufbereitung von Interventionsleistungen und exemplarische Darstellung einer Handlungsanleitung zur Einrichtung von Präventionsgeschäftsstellen. In: Troschke, J. v.; Klaes, L.; Maschewsky-Schneider, U.: Erfolge gemeindebezogener Prävention. Asgard-Verlag 1991
- Raven, U., Klaes, L., Kreuter, H.: Präventionsgeschäftsstellen in Gesundheitsämtern - Handlungsanleitung für den ÖGD BZGA, Bonn 1989
- Richers, B.: Zehlendorfer Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Öffentliches Gesundheitswesen 52 (1990): H 8/9, S. 551
- Rose, G.: Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. Br. Med. J. 282 (1981): 1847-1851
- Rutstein, D. D. u.a.: Measuring the quality of medical care. A clinical method. In: The New England Journal of medicine. Vol. 294, No. 11 (1976) 583-588
- Schäfer, Th.: Steigerung der Effektivität und bedarfsgerechte Neustrukturierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Berlin Gutachten im Auftrag des Senators für Gesundheit. Erweiterte Zusammenfassung und Empfehlungen, Friedrichshafen, März 1993
- Schmidt, L. R.: Psychologie in der Medizin Stuttgart 1984
- Schröder, W. F.; Diekmann, F.; Neuhaus, R.; Rampelt, I.: Kommunale Gesundheitsplanung, Stuttgart 1986
- Schulte, H.; Assmann, G.: Ergebnisse der Prospective Cardiovascular Münster (Procam)-Studie; Sozial- und Präventivmedizin. H 1 (1988)
- Schulz, C.; Chutsch, M.; Kirschner, R. u.a.: Umwelt-Survey Band II - Umweltinteresse, -wissen und -verhalten. WaBoLu-Hefte 1/1991
- Tell, G. S.; Yellar, D. D.: Nocommunicable disease risk factor intervention in Norwegian adolescents - The Oslo Youth Study. In: Cardiovascular Risk Factors in Childhood: Epidemiology and Prevention; Elsevier 1987
- Trautner, C.; Berger, M.: Medizinische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften - Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz-Verlag 1993
- Trojan, A.; Thiele, W.: Statt Krankheit - Gesundheit. In: Thiele, W.; Trojan, A. (Hrsg.): Lokale Gesundheitsberichterstattung - Hilfen auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik. Asgard Verlag, Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik Bd. 2, St. Augustin 1990
- Troschke, J. v.; Stütznert, W.: Soziale Umwelt und Genußmittelkonsum. Gesomed, Freiburg 1984
- Troschke, J. v.; Stütznert, W.: Erhebungsbogen zur systematischen Beschreibung präventiver Versorgungsstrukturen auf Gemeindeebene. In: Erfolge gemeindebezogener Prävention; Forum Sozial- und Gesundheitspolitik; Asgard-Verlag, St. Augustin 1991
- Troschke, J. v.: Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften - Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz-Verlag 1993
- Troschke, J. v.: Präventive Gemeindestudien in der Bundesrepublik Deutschland. In: Labisch, A. (Hrsg.): Kommunale Gesundheitsförderung - aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven. Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege, Bd. 52. Frankfurt/M. 1989
- Umweltbericht 1990 des Bundesministers für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit. Bundesanzeiger - G 1990 A. Nr. 145a, S. 69
- Vartiainen, E.; Puska, P.: The North Karelia Youth Project 1978-80: effects of two years of educational intervention on cardiovascular risk factors and health behavior in adolescence. In: Cardiovascular Risk Factors in Childhood: Epidemiology and Prevention; Elsevier 1987
- Walter, H. J. u.a.: Primary prevention of cardiovascular disease among children: three year results of a randomized intervention trial. In: Cardiovascular Risk Factors in Childhood: Epidemiology and Prevention; Elsevier 1987
- Weber, I.: Gesunde Städte - eine paradoxe Vorstellung? - Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene. Dt. Ärzteblatt 88, H 33/1991, 2576-2580
- WIAD Präventionsgeschäftsstellen in Gesundheitsämtern. Im Auftrag der BZGA, Bonn Oktober 1989

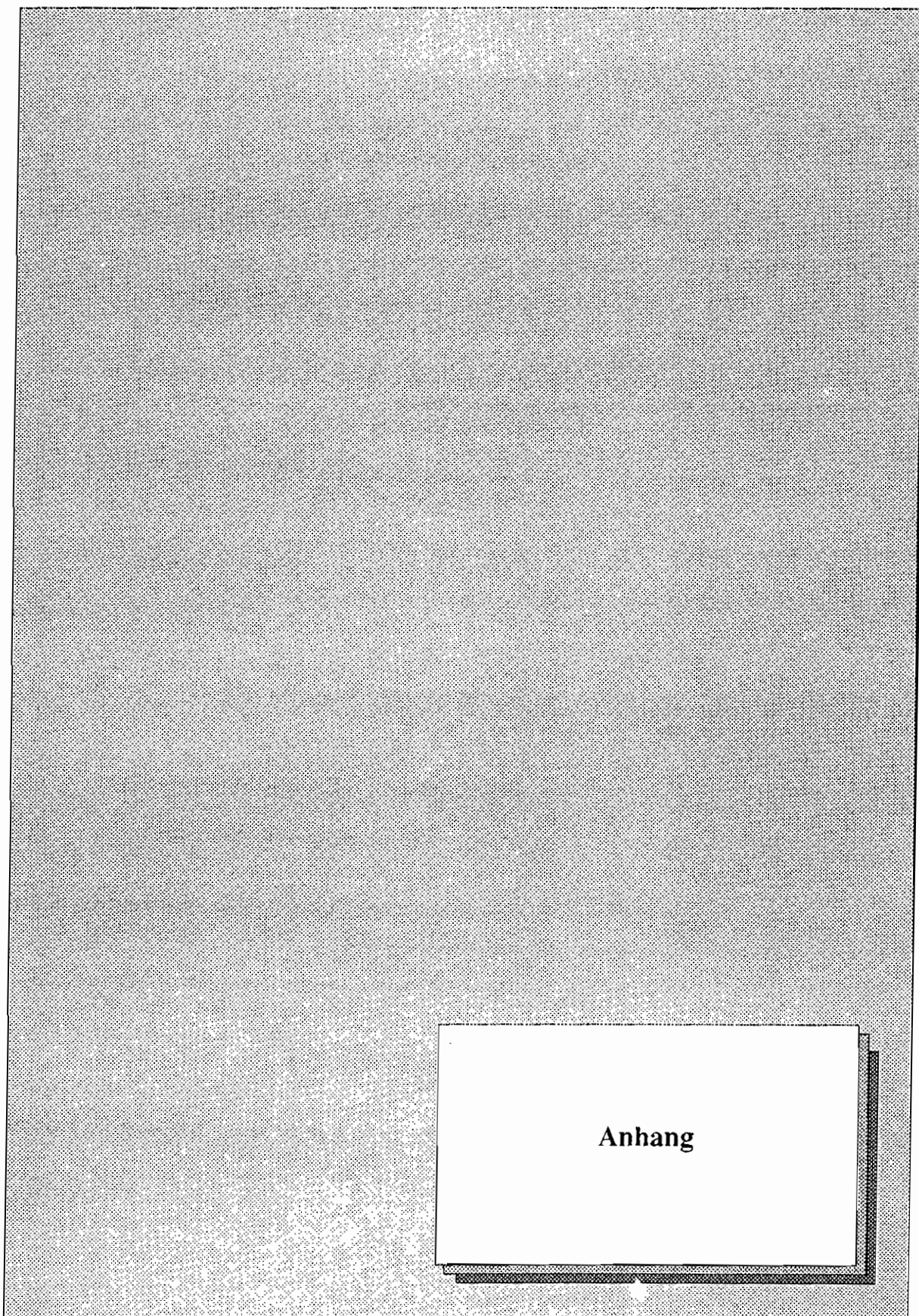
Wodarg W: Stadtgesundheit - oder: Wissen ist Macht! GBE als Instrument sozialer Entscheidungsprozesse In: Thiele W.; Trojan A (Hrsg): Lokale Gesundheitsberichterstattung - Hilfen auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik? Forum Sozial- und Gesundheitspolitik. Bd. 2. St. Augustin 1990

Anlage 2: Mitglieder des projektbegleitenden Beirates

Für die Phase der Erarbeitung des Konzeptes wurde ein projektbegleitender Beirat konstituiert. Diesem Beirat gehörten an:

Frau Dr. Ara	Senatsverwaltung für Gesundheit
Herr Arndt	IFG - Institut für Gesundheitsförderung
Herr Bargstedt	Senatsverwaltung für Gesundheit
Frau Buchholtz-Gorke	SEKIS
Herr Dr. Dürrwächter	Institut für Leistungsmedizin und Sport- und Gesundheitspark
Frau Heydt	EFB
Herr Hoeltz	Infratest IEG
Herr Prof. Dr. Hoffmeister	Bundesgesundheitsamt, Institut für Epidemiologie
Herr Dr. Hüttner	Bundesgesundheitsamt, Institut für Epidemiologie
Herr Kiewe	BKK-Gesundheitszentrum
Herr Dr. Kirschner	EFB
Frau Kirschner	EFB
Frau Koch-Gensecke	Senatsverwaltung für Gesundheit
Herr Dr. Meinschmidt	Senatsverwaltung für Gesundheit
Frau Müller-Heck	Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport
Herr Prof. Dr. Radoschewski	EFB
Herr Dipl.-Päd. Schiffmann	Gesundheitsamt Wedding, Bereich Gesundheitsförderung für Erwachsene
Herr Dr. Vogel	Senatsverwaltung für Gesundheit

Den Mitgliedern des Beirates gebührt Dank für die kritische und konstruktive Diskussion und Unterstützung der Konzeptentwicklung.



Anhang

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

1. Meinschmidt, Gerhard : Ärzte beurteilen Sozialstationen.
Eine statistisch empirische Diagnose. 1986
2. Imme, Uwe : Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen
Meinschmidt, Gerhard : Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht. 1986.
Wanjura, Marlies
3. Imme, Uwe : Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger.
Meinschmidt, Gerhard : Eine statistische Analyse 1986.
4. Meinschmidt, Gerhard : Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer
Völker-Oswald, Ingrid : Menschen in Berlin.
Eine statistische Analyse. 1988.
5. Meinschmidt, Gerhard : Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin.
Eine statistische Analyse 1988.
6. Referat Sozial- und : Die Jugendzahnpflege 1986..
Medizinalstatistik, : Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern
EDV-gestützte Fachin- und Jugendlichen in Berlin (West). 1988
formationssysteme;
7. Referat Sozial- und : Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86
Medizinalstatistik. : in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes,
EDV-gestützte Fachin- 1988
informationssysteme
8. Referat Sozial- und : Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger
Medizinal-statistik, : Beschäftigung
EDV-gestützte Fachin- Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm.
formationssysteme 1988
9. Meinschmidt, Gerhard : Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben
Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von
arbeitslosen Sozialhilfeempfängern.
Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex
bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde. 1988
10. Liedtke, Dieter : Projekt: Beratungspfleger (Teil 1)
Wanjura, Marlies : Dezember 1988
11. Baum, Christiane : Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens
Koch-Malunat, Norbert : ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik
Seeger, Michael : Januar 1989

- 13 Liedtke, Dieter : Projekt: Beratungspfleger (Teil 2)
Wanjura Marlies November 1989.
- 14 Haecker, Gero : Zur "Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern" in Berlin
Kirschner, Wolf (West) April 1990
Meinlschmidt, Gerhard
- 15 Koch-Malunat, Norbert : Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin
Klausing, Michael (West)
Juni 1990
- 16 Kiss, Anita : Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in
Berlin (West)
Februar 1992
- 17 Kirschner, Wolf : Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin.
Radoschewski, Michael Januar 1993
- 18 Hermann, Sabine : Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken
Imme, Uwe Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991
Meinlschmidt, Gerhard - Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktoren-
analyse.
Januar 1993
- 19 Thoeke, Henning : Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern
Katharina Meusel Ergebnisse einer 20-jährigen follow-up Studie in Berlin-Ost.
März 1994
- 20 Koch-Malunat, Norbert : Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990
in Berlin-West
- eine statistische Analyse -
März 1994
- 21 Radoschewski, Michael : Entwicklung eines Präventionskonzeptes
Kirschner, Wolf für das Land Berlin
Kirschner, Renate Juli 1994
Heydt, Kerstin

Außerhalb dieser Reihe wurde veröffentlicht:

- Hermann, Sabine : Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik
Meinlschmidt, Gerhard im allgemeinen und zur Pflegeproblematik
- Gesundheitsbarometer I -
November 1991

Die Broschüren können in der *Senatsverwaltung für Gesundheit - Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung Informations- und Kommunikationstechnik Datenschutz - Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin* angefordert werden

