

Gemeindemedizin: Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung im Östringer Modell

Armin Wiesemann, Wolfgang Braunecker, Reginald Scheidt

Zusammenfassung

In einigen europäischen und nordamerikanischen Ländern wird an der Schnittstelle zwischen hausärztlicher Primärversorgung und Public Health eine neue medizinische Versorgungseinrichtung erprobt, die Gemeindemedizin. Gemeindemedizin ist als humanökologischer Ansatz u.a. durch verhaltensmedizinische Interventionen auf Gemeinde- bzw. Stadtebene in Kooperation mit Sportvereinen, Schulen und Betrieben und Einrichtungen der Universität gekennzeichnet. Hausärztlich verantwortete gesundheitsfördernde Gruppenangebote werden in Praxis und auf Gemeindeebene durchgeführt und evaluiert und ermöglichen Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung. Von 1992–1999 wurden in der Kleinstadt Östringen sechs Erhebungen in Form von Praxisstichproben durchgeführt und 22 Übungsgruppen evaluiert. Die Zahl der Raucher und Hypertoniker konnte um 15–65% reduziert werden. Das Gesundheitsklima lässt sich auf diese Art und Weise verbessern.

Summary

Community medicine: health promotion and research in the Östringen Model

In some European and American countries, »community medicine« has been developed e.g. for improving local health care by promoting active life style. Family medicine is concerned as well as Public Health. A special strategy of GPs includes working with patient groups as well as behavioural medicine on community level (3-level-strategy of primary care physicians). Co-operation of the citizens, the sports clubs, the town administration, the schools, home care providers and the local doctors is an integrated part of this Community Medicine. Quality assurance supports better health outcomes and an insight into the risk profile of the local population is won. From 1992-99, six surveys during 8 years show e.g. that smoking and hypertension decreased by 15 to 65%. Thus, a health promoting atmosphere has been created.

Key words:

Community medicine, primary care, health promotion

Internationale Beispiele (4, 7, 10) und die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der besonders erfolgreichen Arbeit der Praxisärzte in Eberbach und Wiesloch (8) und der Deutschen Herz-Kreislaufpräventionstudie (13) haben 1991 zur Etablierung des hausärztlich verantwor-

ten gemeindemedizinischen »Östringer Modells« geführt, das – neben der Ausbildung von Medizinstudenten – vor allem die folgenden Ziele hat:

- 1. Verbesserung der Gesundheitsversorgung der lokalen Bevölkerung durch kooperative verhaltensmedizinische Gesundheitsförderung in Praxis und Gemeinde.
- 2. Modellhafte Verbesserung der gesundheitsbezogenen Kommunikation und Kompetenz aller Einwohner und Institutionen (einschließlich Heilberufe).

Methodik

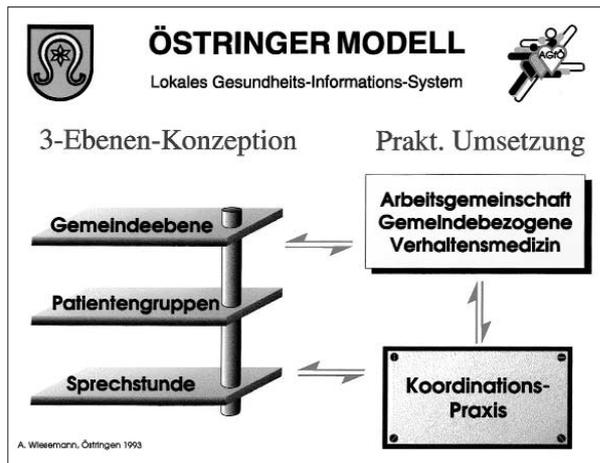
Die genannten Ziele sollten mit der von Bergdolt, Wiesemann, Nüssel und Mitarbeitern in Baden-Württemberg in den 70-er und 80-er Jahren entwickelten »Drei-Ebenen-Konzeption der Praxisärzte« erreicht werden (8, 14).

Die »Drei-Ebenen-Konzeption der Praxisärzte« besagt, dass die in der ambulanten Medizin praktizierenden Ärzte, und hier besonders Hausärzte, ihre verhaltensmedizinische (überwiegend präventiv orientierte) Tätigkeit in der Sprechstunde (1.Ebene) zur Verbesserung der Ergebnisqualität um Therapiegruppen mit Praxisanbindung (2. Ebene) und die Tätigkeit auf Gemeindeebene (3. Ebene) erweitern. Die drei Tätigkeitsebenen bilden eine funktionale Einheit, wobei die praktische Umsetzung durch eine Arbeitsgemeinschaft und eine Koordinationspraxis erfolgt, wie in *Abbildung 1* dargestellt.

Beispielsweise stellt die Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung Östringen die Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe auf dem Gesundheitssektor sicher und entwickelt und/oder beurteilt qualitativ Gesundheitsan-

Sektion Allgemeinmedizin der Universität Heidelberg, Berger Straße 147, 69115 Heidelberg

PD Dr. med. Armin Wiesemann, Praxis: Kirchstraße 44, 76684 Östringen, E-Mail: Armin.Wiesemann@t-online.de
Internet: www.dr-wiesemann.de



■ **Abb.1: Das Östringer Modell**

gebote nach medizinischen Gesichtspunkten. Ärzte und ÜbungsleiterInnen spielen dabei neben interessierten Bürgern die wesentliche Rolle. Im Sinne von Public Health und Agenda 21 wird die Kommunikation aller am Thema Gesundheit Interessierter gefördert.

Eine Koordinationspraxis übernimmt die Vermittlung von Angeboten, die Bereitstellung von Daten zur Bedarfsdeckung und Nachfrage, das Daten-Pooling der einzelnen Praxis-Dokumentationen, statistische Analysen und die Aktualisierung eines lokalen Gesundheitsführers, der auch im Internet verfügbar ist (www.dr-wiesemann.de mit Link AGFÖ).

Projekte und Interventionsmaßnahmen

Einem ganzheitlich-primärärztlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit entsprechend werden auf den drei Ebenen ärztlicher Tätigkeit primär- und sekundär-präventive Behandlungsmaßnahmen angeboten. Dabei stehen die kardiovaskulären Zielkrankheiten (z.B. koronare Herzkrankheit), die Stoffwechselleiden (z.B. Diabetes mellitus) und die muskulo-skelettalen Probleme (z.B. Rückenschmerzen oder Arthrosen) im Vordergrund.

Beispiel: der adipöse Hypertoniker

Diagnostik und Gesundheitsberatung in der Sprechstunde (1. Ebene), bei Ausbleiben des gemeinsam vereinbarten Behandlungszieles Angebot der weiteren Behandlung in einer Patientengruppe (2. Ebene), nach Eintreten der möglichst nicht-medikamentös durch Gewichtsabnahme und Bewegung erreichten Blutdrucknormalisierung Stabilisierung in einer Trainingsgruppe auf Gemeindeebene (sportärztlich verantworteter Lauftreff, 3. Ebene). Zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgt immer die

Dokumentation der relevanten sozial- und bio-medizinischen Parameter.

Während die 1. und 2. Ebene auch bei interdisziplinärer Kooperation fast ausschließlich durch Angebote der Arztpraxen charakterisiert ist, z.B. Diabetiker-Schulung, Herzinfarktrehabilitation, Raucherentwöhnung von AVK-Kranken, erfolgt die praktische Durchführung von Gesundheitsangeboten wie Osteoporosegruppen, AKTIV-Treff zur Herz-Kreislauf-Prävention oder Gymnastik mit Stressberatung für Rückenranke durch speziell ausgebildete ÜbungsleiterInnen auf Gemeindeebene. Hier werden auch die Aktivitäten an Schulen, in Kindergärten, Betrieben und Vereinen in Gang gesetzt.

Besondere Projekte: Akzeptanz und Teilnehmerzufriedenheit, »Gesunde Schule«, Motivation zur Gesundheitsförderung, Risikofaktoren und sozio-ökonomischer Status.

Die Gruppen und eine umfangreiche, weitgehend repräsentative Stichprobe von Praxispatienten (ca. 10% der Bevölkerung) werden im Sinne einer Qualitätssicherung alle 1– 2 Jahre mit einer Standarddokumentation erfasst (Gesundheitszustand, Beschwerden, Gesundheitsverhalten, Blutdruck, Rauchen Body-Mass-Index, Cholesterin u.a.). Seit 1991 wurde in Östringen etwa 1/4 der Bevölkerung unter präventivmedizinischen Zielen in den langfristig eingerichteten 20–24 Übungsgruppen und im Rahmen begrenzter Aktionen erreicht, z.B. gab es

- Laufgruppen , Rückenschulen, Gymnastik mit Stressberatung/Entspannungsverfahren,
- Schwimmgruppen bei Rückenschmerzen, Offene Präventionsgruppen,
- Arthrosegruppen, Osteoporose-Gruppen,
- Beratungs- und Übungsangebote für Patientengruppen (2. Ebene), z.B. für Hypertoniker, Schlaganfallpatienten, Diabetiker, Übergewichtige, Koronarkranke (Regional: Herzsport-Gruppen zur Rehabilitation, »Ornish-Lifestyle«-Gruppen)
- Gesundheitsförderung an Schulen: (siehe Artikel Forsthoff auf Seite 20)
- Forum im Rahmen der Agenda 21 (Gesundheitsleistungen in der Gemeinde).

Organisation und Finanzierung

Mit 60,-DM/18 Stunden im Halbjahr finanzieren die Gruppen-Teilnehmer die speziell ausgebildeten 17 Übungsleiter und Übungsleiterinnen. Die Stadtverwaltung stellt die Übungsstätten kostenlos zur Verfügung und koordiniert administrativ, die Ärzte arbeiten und koordinieren verhaltensmedizinisch (ganz überwiegend ehrenamtlich).

Tabelle 1: Kollektive von 1992–1999 (Praxispatienten-Stichproben)

	1992		1993		1994		1995		1997		1999	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Männer	57,2	48,6	47,9	45,3	65,1	47,1	60,8	48,0	50,8	49,8	53,8	44,9
Frauen	60,4	51,3	57,8	54,7	73,0	52,9	65,9	52,0	51,2	50,2	66,1	55,1
Gesamt	117,6		105,7		138,1		126,7		102,0		119,9	

Die Bürger können sich während der in einem jährlichen Gesundheitsführer bekannt gemachten Übungsstunden oder bei ihrem Hausarzt informieren, der die Verlaufsuntersuchungen und Beratungen (auf allen drei Ebenen) durchführt bzw. individuelle Empfehlungen ausspricht.

Statistische Verfahren

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

Beispielhafte (ausgewählte) Ergebnisse

Da die Gemeindemedizin unserer Prägung im Rahmen einer kommunalen Kooperation neben einzelnen Aktionen vor allem gesundheitsfördernde zielgruppenorientierte Angebote »vor der Haustür« liefert und deren Akzeptanz, Erfolg und mögliche Auswirkung auf den »Gesundheitszustand der gesamten Gemeinde« untersucht, beziehen sich die folgenden, ausgewählten Ergebnisse auf diese vielfältigen Blickwinkel.

Kollektive

An den Übungsgruppen nahmen von 1991–2000 insgesamt 700 Personen teil, 2/3 davon mehrfach, 75–80% Frauen in 20–22 Gesundheitsgruppen. Pro Halbjahr nehmen ca. 350 Personen teil, die meisten also über einen längeren Zeitraum.

Die Praxisstichproben ergaben die in Tabelle 1 dargestellten Werte (1020–1381 Praxispatienten aus fünf Hausarztpraxen).

Genauere Daten über die teilnehmenden Schüler finden sich im Beitrag von Forsthoff in diesem Heft auf Seite 20.

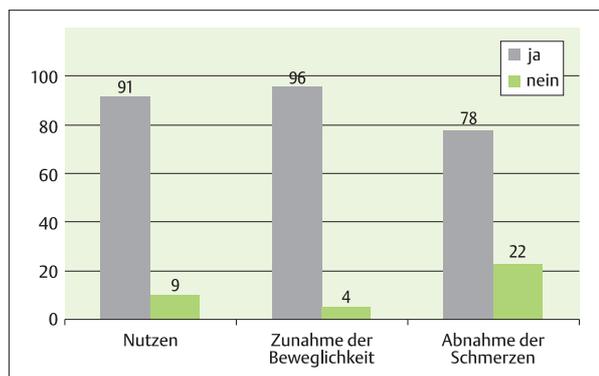


Abb. 2: Osteoporosegruppen (n=59)

Beispiele

Akzeptanz und Zufriedenheit der Gruppenteilnehmer.

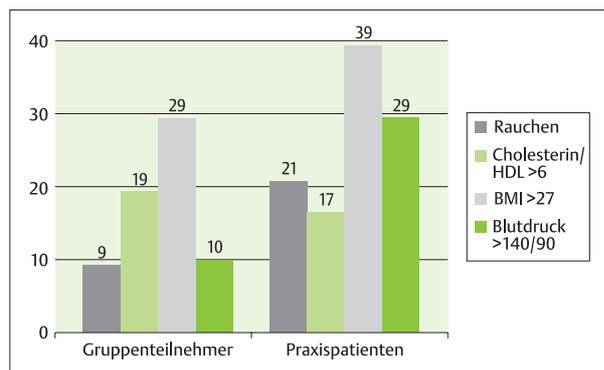
Tabelle 2 informiert über die Ziele der Teilnehmer in den Gesundheitsgruppen und inwieweit sie subjektiv erfolgreich waren. (n=600, Angaben in %).

Gruppenerfolg. Abbildung 2 zeigt den hohen Nutzen der Maßnahme für die 59 Teilnehmer, obwohl sich die Schmerzen bei 22% nicht gebessert hatten. Das Durchschnittsalter betrug 65 Jahre, der Frauenanteil in den sechs Gruppen lag bei 83,3%.

Kardiovaskuläre Risikofaktoren. Abbildung 3 zeigt, dass die Teilnehmer an Gesundheitsangeboten (n=600) bereits primär weniger kardiovaskuläre Risiken hatten als die Praxispatienten (n=1167, Angaben in %).

Tabelle 2: Ziele der Teilnehmer und Einschätzung des persönlichen Erfolges

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

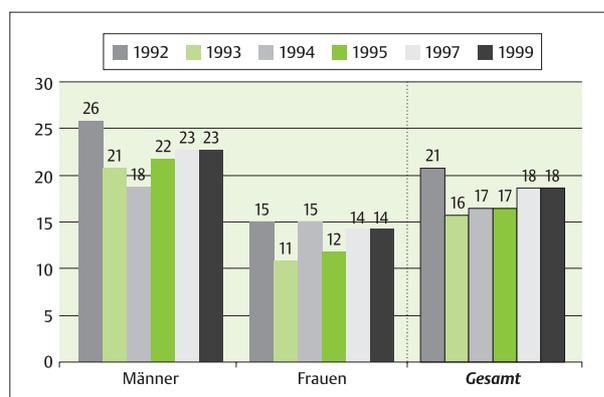


■ Abb. 3: Kardiovaskuläre Risikofaktoren im Vergleich

Risikofaktoren und sozio-ökonomischer Status. In diesem Projekt (n=1020 Praxispatienten, 1997) konnte z.B. gezeigt werden, dass sich erhöhte Blutdruckwerte mit höherem Bildungsgrad weniger häufig finden (minus 25%) und Schulungsmaßnahmen sich günstig auf Umfang und Art der privaten Gesundheitsvorsorge(inklusive finanzieller Aufwendungen) auswirken.

Motivation zu gesunder Lebensführung. In diesem Projekt (n=1199 Praxispatienten, Stichprobe 1999) konnte z.B. aufgedeckt werden, dass 72% der Befragten angaben, aktiv etwas für die eigenen Gesundheit zu tun und 66% bzw. 88% dieser Personen dies aus Gründen der persönlichen Lebensziele bzw. Fitness taten, 63% aber auch aus Sorge wegen (drohender) Krankheit (Mehrfachantworten möglich).

Prävalenz der Raucher. Abbildung 4 zeigt die Anzahl der Raucher in der für die gesamte Östringer Bevölkerung weitgehend repräsentativen Praxispatientenstichproben von 1992-1999 (N entspricht jeweils nahezu vollständig den Angaben in Tabelle 1). Erhöhte Blutdruckwerte wurden um 65% reduziert! Für BMI und Cholesterin ergab sich ein günstiger Trend.



■ Abb. 4: Prävalenz der Raucher

Diskussion und Schlussfolgerungen

Das methodische Vorgehen hat sich bewährt (14, 15), problematisch bleiben die nicht immer kontinuierliche Beteiligung aller lokalen Hausärzte und die ehrenamtliche ärztliche Qualitätssicherung. Das Bewusstsein für die gleichartig von Pathman und Mitarbeitern (10) beschriebenen Charakteristika der Gemeindemedizin kann noch verbessert werden. Das Engagement der Übungsleiter und die Effizienz des Modells im Rahmen der kommunalen Kooperation, z.B. mit der Stadtverwaltung, wirken jedoch nachhaltig. Auch das evaluative Vorgehen scheint uns angemessen zu sein, da einerseits Zufriedenheit, Akzeptanz und das Verhalten Rauchen, andererseits biomedizinische Parameter wie Blutdruck, Body-Mass-Index und Cholesterin erfasst wurden, ähnlich wie in großen Studien (6, 11).

Das Interesse von Frauen am Thema Gesundheit ist deutlich größer als das der Männer, eine wesentliche Zielgruppe für Prävention und Gesundheitsförderung wäre aber eigentlich gerade die werktätige Schicht der Männer zwischen 35 und 50 Jahren. Doch sorgen die Übungsgruppen für ein günstiges Gesundheitsklima, wovon alle Bürger bzw. Familien profitieren könnten. Die Praxisstichproben dürften im Hinblick auf ihren großen Umfang und eine weitgehende Vergleichbarkeit mit der Normalbevölkerung (15) repräsentativ sein.

Der psychosoziale Nutzen einzelner Gruppenangebote in Praxis und Gemeinderahmen (Rückenschule, Arthrosegruppe, AKTIV-Treff, Schwimm-Treff, Seniorengymnastik mit Ernährungsberatung) dürfte unbestritten sein, ebenso die Effektivität von Osteoporosegruppen und Laufgruppen; Herzgruppen und Gruppen mit Praxisanbindung (2. Ebene) wurden an anderer Stelle diskutiert (2, 12). Hier spielt die Zunahme von Selbsthilfemöglichkeiten und Lebensqualität die Hauptrolle (Bewegung als Motivationsträger). Rückenskurse haben inzwischen einen festen Platz in der Prävention, vor allem weil es sich bei Rückenschmerzen um eine Gesundheitsstörung mit hohen Arbeitsausfallzeiten handelt (5). Über die Arthrose-Progression unter sportlicher Belastung herrscht Uneinigkeit, Bewegung ohne wesentliche Belastung scheint dagegen konsensfähig zu sein (1). Nachdem die »Beweg«-Gründe zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten bekannt sind, sind sie zukünftig auch vermehrt zu berücksichtigen.

Die klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren konnten ebenfalls im Rahmen dieser ganzheitlich-orientierten Gemeindemedizin reduziert werden: zwar kam es zuletzt wieder zu einem leichten Anstieg der Raucher auf 18% (bundesweite Prävalenz ca. 30%), doch beträgt

Fazit

1. Gemeindemedizin ist eine effiziente, hier primärärztlich geprägte, zusätzliche Versorgungsform für größere Bevölkerungsgruppen im Sinne eines humanökologischen Ansatzes; sie ermöglicht eine praxisrelevante lokale Versorgungsforschung.
2. Risikofaktoren werden reduziert, Gesundheitsfaktoren und Lebensqualität gefördert.
3. Die kommunale Kooperation und das Angebot von sowie die Teilnahme an Übungsgruppen fördert positiv das lokale, präventiv orientierte Gesundheitsklima und ist eine Triebkraft für die aktuelle Agenda 21.

die Reduktion hier immer noch 15%, beim erhöhten Blutdruck sind es 65%.

Die Schule als Ort frühzeitiger Gesundheitserziehung ist gefordert; ohne ärztliche Kooperation besteht jedoch kaum Aussicht auf kontinuierliche gesundheitserzieherische Maßnahmen, zumal der Öffentliche Gesundheitsdienst leider kaum noch eine Rolle spielt.

Im Vergleich mit einigen groß angelegten amerikanischen und Skandinavischen Studien (6, 11) fällt auf, dass es sich bei der Gemeindemedizin in Östringen um ein in die Regelversorgung integrierbares, weitgehend kostenneutrales Modell handelt. Vorbedingungen für das Gelingen der Gemeindebezogenen Verhaltensmedizin sind allein verhaltens-, bzw. sportmedizinisches Interesse einer Koordinationspraxis und die Kooperation mehrerer Arztpraxen der lokalen Primärversorgung untereinander und mit der Stadtverwaltung (16). Kritische Schwachstellen bleiben, wie auch in anderen Präventionsprojekten, die geringere Beteiligung von (riskierten) Männern sozial Benachteiligten und Schichtarbeitern. Hier scheint die selektive Ansprache des Hausarztes unter salutogenetischem Aspekt (3) zukünftig am ehesten erfolgversprechend.

Literatur

1. Allegrante JP, Kovar PA, MacKenzie CR et al: A walking education program for patients with osteoarthritis of the knee: theory and intervention strategies. *Health Educ* 1993; Q 20: 63–81.
2. Basler H-D, Unnewehr S, Gluth G. Follow-up of a group treatment for obese essential hypertensives in a primary care setting. *Patient Education and Counseling* 1991; 17: 217–26, Elsevier
3. Bengel J, Schrittmacher R, Willmann H: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1998
4. Brekke D: Training specialists in community medicine in Norway. *Scand J Prim Health Care* 1989; 7: 119–21.
5. Lenhardt U, Elkeles T, Rosenbrock R: Rückenschmerzen – Befunde epidemiologischer Forschung. *Z Allg Med* 1994; 70: 561–65.
6. Luepker RV: Community trials. *Prev Med* 1994; 23: 602–05.
7. Mant D, Anderson P: Community general practitioner. *Lancet* 1985; 16: 1114–7.
8. Nüssel E, Bergdolt H, Große-Ruyken F-J, Wiesemann A, Scheuermann W, Topf G: Die »3-Ebenen-Konzeption der Praxisärzte« – ein pragmatisches, vom Ärztetag empfohlenes Leitprogramm der niedergelassenen Ärzte. In: Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. (Hrsg.): *Lebe mit Herz – 1. Sächsische Gesundheitstage*, Dresden, Symposiumbericht 1992: 31–35.
9. Nüssel E, Lamm G: *Prävention im Gemeinderahmen*. München, Bern; Zuckschwerdt Verlag; 1983.
10. Pathman DE, Steiner BD, Williams E, Riggins T: The four community dimensions of primary care. *J Fam Pract* 1998; 46: 293–303
11. Puska P, Nissinen A, Tuomiletho J et al.: The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Am Ann Rev Public Health* 1985; 6: 147–93.
12. Scheidt R, Wiesemann A: Brauchen Präventions- und Herzgruppen qualitätsfördernde Maßnahmen? *Z Allg Med* 1999; 75: 280–85.
13. Scheuermann W, Razum O, Scheidt R, Wiesemann A et al: Effectiveness of decentralized, community-related approach to reduce cardiovascular disease risk factor levels in Germany. *Eur Heart J* 2000; 21: 1591–97.
14. Wiesemann A, Morgenstern W, Nüssel E, Topf G: Considerations on quality assurance in community-related behavioural medicine of the Oestrigen Model, 341–52. In: Laaser U, Leeuw E d, Stock C (ed.) *Scientific Foundations for a Public Health Policy in Europe*. Juventa, Weinheim München, 1995
15. Wiesemann A, Nuessel E, Scheuermann W, Topf G: Improving cardiovascular health in the German CINDI area: methods and results of the practice-based »Three-Level-Strategy« . *Eur J Gen Pract* 1996 ; 2: 117–25.
16. Wiesemann A, Wilm S: Die Rolle der niedergelassenen Ärzte in der kommunalen Gesundheitsförderung, 136-41. In: Bös K, Woll A et al.(Hrsg.) *Gesundheitsförderung in der Gemeinde*, Karl Hoffmann , Schorndorf, 1994.

Zur Person**PD Dr. med. Armin Wiesemann**

Jahrgang 1944, verheiratet, zwei Kinder, Medizinstudium in Erlangen, Wien und Heidelberg, 1997 Habilitation/Priv.Do. für Allgemeinmedizin in Heidelberg.

Als Allgemeinarzt in Gemeinschaftspraxis in Östringen tätig, Arbeitsschwerpunkte: Präventivmedizin, Patientenschulung, Herz-Kreislaufkrankheiten, Gesundheitsförderung im Gemeinderahmen.

Co-Autoren:**Wolfgang Braunecker**

Hauptamtsleiter der Stadt Östringen,

Dr. med Reginald Scheidt

Abteilung Klinische Sozialmedizin der Universität Heidelberg