

Thorsten Kumlehn  
Dr. med.

### **Telefonbefragung zum gesundheitsbezogenen Verhalten in Bruchsal 3 Jahre nach Ende einer Interventionsstudie**

Geboren am 18.07.1960 in Bruchsal  
Reifeprüfung am 10.05.1979 in Bruchsal  
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1981/82 bis SS 1988  
Physikum am 26.03.1985 an der Universität Heidelberg  
Klinisches Studium in Heidelberg  
Praktisches Jahr in Heilbronn  
Staatsexamen am 01.06.1988 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Arbeits- und Sozialmedizin  
Doktorvater: Prof. Dr. med. T. L. Diepgen

Bei der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), die von 1984 bis 1992 in Westdeutschland durchgeführt wurde, sollten zwei Strategien zur Senkung der Prävalenz kardiovaskulärer Risikofaktoren in der Bevölkerung getestet werden:

- die kooperative Prävention, bei der durch expertengeleitete, vorgeplante Maßnahmen eine Verhaltensänderung der Bevölkerung induziert werden soll, und
- die gemeindebezogene Verhaltensmedizin, bei der Bürger unter der Verantwortung niedergelassener Ärzte in einer Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung eigene, gesundheitsfördernde Maßnahmen gestalten und durchführen.

Zusätzlich zu den Untersuchungssurveys der DHP wurde in den Studienregionen der gemeindebezogenen Verhaltensmedizin 1991 eine Telefonbefragung der Bevölkerung zur Prozeßevaluation durchgeführt.

Unter beiden Interventionsstrategien konnte zum Ende der DHP eine Senkung der Risikofaktorenbelastung der Bevölkerung verzeichnet werden. Innerhalb der Studiengemeinden der gemeindebezogenen Verhaltensmedizin (Karlsruhe, Bruchsal und Mosbach) zeigte sich in der Region Bruchsal ein besonders deutlicher Rückgang der Risikofaktoren.

Ziel dieser Arbeit ist es, zu überprüfen, ob diese günstige Entwicklung in der Gemeinde Bruchsal über das Ende der DHP hinaus anhält. Die Untersuchung wurde nach der gleichen Methodik durchgeführt wie die Telefonbefragung zu Ende der DHP. An den nahezu identischen, standardisierten Fragebogen wurde gegenüber 1991 zusätzlich die Frage angehängt, worin die Bevölkerung die größten Risiken für ihre Gesundheit sieht.

Beim Risikofaktor Rauchen war für Männer und Frauen ein gegenläufiger Trend festzustellen. Der Anteil der Raucher war bei den Männern von 32,5% auf 30,3% gefallen, bei den Frauen von 18,9% auf 25,7% gestiegen.

Der durchschnittliche Body-Mass-Index als Maß für Übergewicht hatte sich nicht geändert. Ein

geringer Anstieg des durchschnittlichen Körpergewichts wurde durch einen geringen Anstieg der durchschnittlichen Körpergröße ausgeglichen. Vor dem Hintergrund anderer Interventionsprogramme, die meist sogar eine Zunahme des Übergewichts konstatieren mußten, ist dies fast als Erfolg anzusehen. Übergewicht scheint ein nicht oder nur sehr schwer zu beeinflussender Faktor zu sein. Hierzu müssen verbesserte Interventionskonzepte entwickelt werden.

Deutlich gestiegen war der Anteil der Bevölkerung, dem ein hoher Blutdruck und ein hoher Cholesterinspiegel bekannt war. Es könnte sein, daß die Bevölkerung, möglicherweise aufgrund eines gestiegenen Gesundheitsinteresses, sich an durchgeführte Messungen oder deren Ergebnis in höherem Maße erinnert, ohne daß tatsächliche Prävalenzänderungen stattgefunden haben.

Auch die steigende Zahl der Gesundheitshinweise aus der Familie und dem Freundeskreis zeigen ein gestiegenes Gesundheitsbewußtsein an.

In der subjektiven Risikoeinschätzung der Bevölkerung nehmen die kardiovaskulären Risikofaktoren noch längst nicht den Platz ein, der ihnen nach der Statistik und Expertenmeinung zustehen müßte. Für die Bevölkerung dominieren externe Risiken wie Umweltverschmutzung oder Streß, die vom einzelnen nur schwer zu beeinflussen sind.

Insgesamt kann festgestellt werden, daß es gelungen ist, in der Region Bruchsal bei der Bevölkerung ein gesundheitsförderndes Klima zu schaffen, das die Entscheidung für eine gesunde Lebensweise erleichtert und so zu einer Reduktion der Risikofaktoren führt. Auch wenn ein aktueller Vergleich mit den anderen Studienregionen der DHP noch aussteht, kann dennoch festgestellt werden, daß die kostengünstige, gemeindebezogene Verhaltensmedizin als ein auf lange Zeit wirksames Interventionsmodell empfohlen werden kann.