

Katrin Wild

Dr. med.

Vier-Stufen-Modell zur Evaluation der primärärztlichen Risikofaktoren-Intervention – am Beispiel der Arteriosklerose und ihrer Folgen

Geboren am 19.07.1977 in Stuttgart

Staatsexamen am 29.11.2005 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Klinische Sozialmedizin

Doktorvater: Prof. Dr. med. E. Nüssel

Herzinfarkt, Schlaganfall und Beindurchblutungsstörungen werden häufig durch die „vier klassischen Risikofaktoren“ Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck und Hypercholesterinämie verursacht. Diese Risikofaktoren sind abhängig vom Lebensstil. Daher haben die niedergelassenen Ärzte und Gemeinderäte zusammen mit zahlreichen Gruppierungen der Bürgerschaft in Eberbach/Wiesloch von 1972 bis 1983 das primärärztliche Risikofaktoren-Interventionsmodell *Gemeindebezogene Verhaltensmedizin* entwickelt. Die Erfolge dieses Modells wurden zunächst von einer universitären Forschergruppe bestätigt. Eine weitere wissenschaftliche Erprobung dieses Interventionsmodells führte die „Deutsche Herzkreislauf-Präventionsstudie“ (DHP) bei 330.000 Einwohnern in Karlsruhe, Bruchsal und Mosbach von 1985 - 1990 durch. Wiederum waren die Interventionsergebnisse positiv. Seitdem kann das Modell *Gemeindebezogene Verhaltensmedizin* bundesweit eingesetzt werden, zumal sich gezeigt hat, dass ca. 80% der Bevölkerung wenigstens einmal im Jahr mindestens einen der niedergelassenen Ärzte aufsuchen, so dass bezogen auf die Wohnbevölkerung eine hohe Repräsentativität der Resultate gewährleistet ist.

Daraufhin finanzierte der Bund von 1989 - 1991 in Baden-Württemberg und Hessen bei 21 Arztpraxen eine Studie zur Klärung der Frage, ob eine Evaluation der primärärztlichen Risikofaktoren-Intervention innerhalb der Arztpraxen erfolgen kann. Das Ergebnis dieser Studie: Es ist sowohl möglich als auch sinnvoll, die Risikofaktoren-Intervention zusammen mit der Evaluation in die ärztliche Primärversorgung der Bevölkerung zu integrieren. Zugleich entspricht dies dem Anliegen der Patienten, die ihren Arzt häufig nach ihrem

persönlichen Risiko fragen, an einer koronaren Herzkrankheit oder einem Schlaganfall zu erkranken. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurde zur Einführung der Risikofaktoren-Intervention/-Evaluation in die ärztliche Primärversorgung das „Vier-Stufen-Modell“ entwickelt:

- 1. Modellstufe:** Arzt und Patient besprechen, wie die Risikofaktoren abgebaut werden können und überprüfen vor und nach der Behandlung den Erfolg.
Hierzu können die Befunde und deren Verläufe am Bildschirm erläutert und diskutiert werden.
- 2. Modellstufe:** Jeder Arzt bildet regelmäßig eine randomisierte Kohorte seiner Patienten und kontrolliert seinen Erfolg.
Hierzu werden die Prävalenzen der vier klassischen Risikofaktoren vor und nach der Behandlung beurteilt.
- 3. Modellstufe:** Die im Wohnort oder Stadtteil niedergelassenen Ärzte diskutieren und bewerten regelmäßig den von ihnen gemeinsam erbrachten Beitrag zur Risikofaktoren-Intervention.
Hierzu werden die auf der zweiten Modellstufe in den Praxen festgestellten Prävalenzen gepoolt. Die gepoolten Ergebnisse werden im Sinne der gesetzlichen *Kommunalen Daseinsvorsorge* an die kommunalen Verwaltungen weitergegeben und dort veröffentlicht.
- 4. Modellstufe:** Die Städte oder Stadtteile vergleichen die jährlich dokumentierten Prävalenzen der Risikofaktoren, um die Maßnahmen der gesetzlichen *Kommunalen Daseinsvorsorge* aufeinander abzustimmen.
Hierzu soll zunächst im Raum Ansbach, Heidelberg und Mannheim eine „risk map“ modellhaft entwickelt werden.

Insgesamt wurden 46 Praxen um ihre Teilnahme am Projekt gebeten. Keine Praxis hat abgelehnt. Bei ca. 8.000 männlichen und weiblichen Patienten lag die Vollständigkeit der Daten für Rauchen, BMI, Blutdruck und Cholesterin nahezu immer über 90%.

Diese Ergebnisse bestätigen, dass eine Evaluation der primärärztlichen Risikofaktoren-Intervention auf wissenschaftlicher Grundlage mithilfe des Vier-Stufen-Modells möglich ist.

Der Aufwand ist gerechtfertigt, da die Prävalenzen der vier klassischen Risikofaktoren, die im Rahmen des Vier-Stufen-Modells festgestellt wurden, auf eine erhebliche Gefährdung der Bevölkerung hinweisen – wie z. B. die Zahlen des Teilprojektes Praktikabilität zeigen:

Bei Männern: Raucher 30%, BMI ≥ 30 16%, Blutdruckwerte ≥ 160 u./o. ≥ 95 mmHg 15%,
Cholesterin ≥ 250 mg/dl 19%

Bei Frauen: Raucher 20%, BMI ≥ 30 15%, Blutdruckwerte ≥ 160 u./o. ≥ 95 mmHg 15%,
Cholesterin ≥ 250 mg/dl 26%

Innerhalb des WHO-Programmes CINDI (33 Teilnehmerstaaten) soll das Vier-Stufen-Modell zunächst in Litauen und Polen unter universitären Bedingungen mit dem Ziel einer „European risk map“ erprobt werden.