

Sozial selektive Erreichungsgrade in der gemeindeorientierten Intervention – Eine Analyse der Beteiligung an Gesundheitsaktionen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)

G. Tempel, M. Hoopmann, U. Maschewsky-Schneider

Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Bremen

Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) ist eine multizentrisch organisierte Gemeindeinterventionsstudie mit dem Ziel, die Prävalenz Herz-Kreislauf-relevanter Risikofaktoren (Rauchen, Bewegungsmangel, Hypertonie, Übergewicht, Hypercholesterinämie) sowie die Inzidenz cardio-vasculär bedingter Todesfälle (ICD-Codes 410-414/430-438) in der Bevölkerung der Studiengemeinden zu senken. Ein Interventionsprogramm, das u. a. die Durchführung von Herz-Kreislauf-bezogenen Aktionen und Kursen beinhaltet, soll die lokal ansässige Bevölkerung zu gesundheitsbewussterem Verhalten motivieren und somit die Reduktion der genannten Risikofaktoren bewirken.

Das Interventionskonzept sieht in der Gemeinde einen idealen Ansatzpunkt für die Durchführung von bevölkerungsweit wirksamen Interventionsmassnahmen, da sich „auf Gemeindeebene (...) spezifische verhaltensauslösende und -unterstützende Bedingungen für die gesundheitsbezogenen Verhaltenweisen der Bürger dieser Gebietskörperschaft (finden lassen)“¹. Dieser Vorstellung liegt das humanökologische Konzept der „community“ zugrunde, in dem die community u. a. als eine relativ geschlossene Sozialeinheit beschrieben wird^{2,3}. In diesem Sinne definiert das Studienhandbuch der DHP die Gemeinde als „das Gesamt einer sesshaften, lokal gebundenen Bevölkerung, deren Mitglieder aufgrund ökonomischer und sozialer Bindungen sowie ihrer Identifikation mit der Gemeinde eine Einheit bilden“¹. Die Gemeinde wird demnach als Sozialisationsinstanz begriffen, die das Denken und Handeln der Bewohner in vielen Bereichen prägt⁴. Ausgehend von dieser grundlegenden Annahme sieht die Interventionsstrategie vor, über die Integration in die Gemeinde gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltenweisen der ortsansässigen Bevölkerung zu beeinflussen.

Das Anliegen dieses Artikels ist die Problematisierung dieses Aspekts gemeindeorientierter Intervention. Im Mittelpunkt der Erörterungen steht die Frage, inwieweit der Gemeindeinterventionsansatz geeignet ist, breite Teile der Bevölkerung zu mobilisieren. Die Argumentation stützt sich dabei auf eine Analyse der Beteiligung an DHP-Gesundheitsaktionen. Aus der Diskus-

sion ausgeklammert bleiben die sich mit der Gemeindeintervention ergebenden Möglichkeiten struktureller Veränderungen.

Datenbasis und Methoden

Die Bremer Stadtbezirke Nord und West mit insgesamt ca. 188 000 Einwohnern bilden zusammengefasst eine der fünf Interventionsgemeinden der DHP.

Die epidemiologischen Erfolge der Studie werden u. a. gemessen an der Prävalenzveränderung der Risikofaktoren, erhoben über drei repräsentative Surveys zu Beginn (1984), in der Mitte (1988) und nach Abschluss (1991) der Intervention. Die erhobenen Daten beziehen sich auf die deutsche Bevölkerung in der Studienregion Bremen-Nord und -West im Alter zwischen 25–69 Jahre. Als Referenz zur relativen Einschätzung des Studienerfolges dienen zeitgleich stattfindende und methodisch vergleichbare Erhebungen aus der gesamten Bundesrepublik. 1988 wurden in der Stadt Bremen zwei epidemiologische Surveys durchgeführt: In der DHP-Studienregion Bremen-Nord und -West der DHP-Survey, in den drei übrigen Stadtbezirken Mitte, Süd und Ost der WHO MONICA Survey.

Die Interventionsaktivitäten werden evaluativ begleitet in der Absicht, Interventionsmassnahmen zu dokumentieren und Erkenntnisse über die Bekanntheit und Akzeptanz des Interventionsprogramms zu gewinnen. Im Rahmen der prozess-evaluativen Teilnehmeranalysen wurden bislang Telefoninterviews mit Teilnehmern an verschiedenen Aktionen durchgeführt. Unter methodischen Aspekten mussten die Ergebnisse allerdings mit Vorsicht interpretiert werden, da zum einen Autoselektionseffekte beim Zustandekommen des Samples nicht ausgeschlossen werden konnten und zum anderen Telefoninterviews statusniedrige Bevölkerungsgruppen systematisch untererfassen⁵. Mit einer im DHP-Survey 1988 in der Studienregion Bremen sowie im WHO MONICA-Survey Bremen 1988 eingesetzten Zusatzbefragung konnten die Teilnehmeranalysen erstmals auf eine für das gesamte Stadtgebiet repräsentative Basis gestellt werden. Neben den im Hauptfragebogen enthaltenen Items zu gesundheitsrelevanten Ver-

haltensweisen und Einstellungen wurde mit dieser Zusatzbefragung die Kenntnis von sowie die Teilnahme an den Interventionsaktivitäten der DHP erhoben. Im folgenden wird eine Übersicht über die beiden Befragungssamples gegeben.

Datenübersicht

DHP-Survey 1988 in der Studienregion Bremen

- Grundgesamtheit: Deutsche Bevölkerung (25–69 Jahre) in den Stadtbezirken Bremen-Nord und -West.
- Auswahlmodus: einfache Zufallsauswahl aus der Einwohnermeldekartei
- Stichprobenausschöpfung: 66,7%
- Samplegrösse: N = 1270
- Form der Befragung: schriftliche Befragung mit Interviewerunterstützung.

MONICA-Survey 1988 Bremen

- Grundgesamtheit: Deutsche Bevölkerung (25–69 Jahre) in den Stadtbezirken Bremen-Mitte, -Süd und -Ost.
- Auswahlmodus: einfache Zufallsauswahl aus der Einwohnermeldekartei
- Stichprobenausschöpfung: 61,5%
- Samplegrösse: N = 1090
- Form der Befragung: schriftliche Befragung mit Interviewerunterstützung.

Für die Analyse von Aktionsteilnehmercharakteristika und zur Bestimmung von relevanten Einflussfaktoren auf die Teilnahmebereitschaft wurden beide Samples zusammengefasst und innerhalb des Gesamtamples nach dem Kriterium der Aktionsteilnahme in die Gruppe der Teilnehmer (N = 149) und die der Nichtteilnehmer (N = 2211) unterschieden. Bei Zugrundelegung eines 95%-Konfidenzintervalls haben somit zwischen 5,3% und 7,3% der 25–69jährigen deutschen Bevölkerung an mindestens einer Aktion der Studie teilgenommen. Das kann z.B. eine Sportaktion oder ein Kochkurs für Herz-Kreislauf-gesünderes Essen gewesen sein.

Mit dem ersten Analyseschritt wurden Unterschiede zwischen Aktionsteilnehmern und Nichtteilnehmern hinsichtlich soziodemographischer Merkmale sowie gesundheitsrelevantem Verhalten bzw. gesundheitsbezogener Einstellungen herausgearbeitet. Daran anschliessend wurde mit Hilfe einer multivariaten logistischen Regression untersucht, welche Faktoren massgeblich die Teilnahmebereitschaft bedingen. Als unabhängige Variablen wurden die Merkmale „wohnhaft im Interventionsgebiet“, „sozio-ökonomischer Status (soziale Schicht)“, „Teilnahme an Gesundheitsaktionen ausserhalb der DHP“ sowie das „Lebensalter“ eingesetzt. Das Konstrukt „soziale Schicht“ wurde durch die Variablen „Schulbildung“, „berufliche Position“ und „Haushaltseinkommen“ operationalisiert. Ein additiver Punkteindex fasste diese drei Grössen zu einer neuen Variablen mit den fünf Ausprägungen Oberschicht, obere Mittelschicht, mittlere Mittelschicht, untere Mittelschicht

sowie Unterschicht zusammen. Dieser Schichtindex ging in Form vierer (k – 1) Dummy-Variablen in das gewählte Logit-Modell ein. Als Referenz wurde die Kategorie Oberschicht festgelegt.

Ergebnisse

Unterschiede zwischen DHP-Aktionsteilnehmern und Nichtteilnehmern

In der Gruppe der Teilnehmer sind Personen mit hohen formalen Schulabschlüssen (Tabelle 1) sowie mit gehobener beruflicher Position überrepräsentiert (Tabelle 2). Zusammengenommen verweisen diese Indikatoren auf einen höheren sozialen Status der Aktionsteilnehmer. Darüberhinaus ist der Anteil der Berufstätigen bei den Teilnehmern deutlich höher als bei den Nichtteilnehmern.

Weniger eindeutig ist das Bild bei den demographischen Merkmalen Alterskohorte und Geschlecht. Zwar zeigen sich in der Teilnehmergruppe relativ starke Besetzungen der mittleren Altersklassen (Altersgruppe 30–39 Jahre: 26,8% vs. 21,9%; Altersgruppe 40–49 Jahre: 29,5% vs. 24,9%) bzw. schwache der höchsten Alterskategorie (Altersgruppe 60–69 Jahre: 8,7% vs. 16,7%) sowie ein überproportional hoher Anteil an Frauen (Anteil Frauen: 58,4%, Anteil Männer: 41,6%). Diese Ungleichverteilungen sind

Tab. 1. Höchster erreichter Schulabschluss nach Teilnahmezustand.

	Teilnehmer		Nichtteilnehmer	
	%	N	%	N
Volks-/Hauptschule	37,6	(56)	54,8	(1210)
Realschule	30,9	(46)	23,4	(518)
Fachoberschule	8,1	(12)	7,2	(160)
Abitur	22,8	(34)	12,2	(269)
anderer Abschluss	0,0	(0)	1,1	(25)
kein Abschluss	0,7	(1)	1,2	(27)

df = 5 $\chi^2 = 25,37$ p < 0,001.

Tab. 2. Berufliche Position nach Teilnahmezustand.

	Teilnehmer		Nichtteilnehmer	
	%	N	%	N
Arbeiter	15,1	(22)	18,7	(406)
Selbständig	7,5	(11)	6,4	(138)
Angestellt	45,2	(66)	31,7	(688)
Beamter	11,6	(17)	6,0	(130)
Berufstätig	79,5	(116)	62,8	(1362)
Rentner	6,2	(9)	12,9	(280)
Arbeitslos	0,7	(1)	5,6	(122)
Hausfrau-/mann	11,6	(17)	15,3	(336)
in Ausbildung	2,1	(3)	3,1	(68)

df = 7 $\chi^2 = 28,90$ p < 0,001.

Tab. 3. Teilnahme an Gesundheitsaktionen ausserhalb der DHP nach Teilnahmestatus.

	Teilnehmer		Nichtteilnehmer	
	%	N	%	N
Teilnahme	22,4	(33)	6,7	(143)
keine Teilnahme	77,6	(114)	93,3	(2000)

df = 1 $\chi^2 = 48,26$ $p < 0,001$.

Tab. 4. Sportliche Betätigung nach Teilnahmestatus.

	Teilnehmer		Nichtteilnehmer	
	%	N	%	N
sportlich aktiv	51,4	(76)	39,2	(863)
sportlich inaktiv	48,6	(72)	60,8	(1336)

df = 1 $\chi^2 = 8,47$ $p < 0,01$.

Tab. 5. Rauchgewohnheiten nach Teilnahmestatus.

	Teilnehmer		Nichtteilnehmer	
	%	N	%	N
früher geraucht	34,2	(51)	26,1	(577)
rauche zur Zeit	23,5	(35)	40,4	(894)
noch nie geraucht	42,3	(63)	33,5	(740)

df = 2 $\chi^2 = 16,84$ $p < 0,01$.

jedoch auf einem Niveau von Alpha = 0,05 statistisch nicht signifikant.

Ein Ausdruck für gesundheitsbezogenes Engagement ist die Teilnahme an weiteren, nicht im Rahmen der DHP-Intervention stattgefundenen Gesundheitsaktionen. Aus Tabelle 3 ist ersichtlich, dass sich die Teilnehmer an DHP-Aktionen häufig noch an solchen anderen Gesundheitsaktionen beteiligen.

Die Analyse gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen bestätigt den gewonnenen Eindruck. Teilnehmer sind sportlich aktiver (Tabelle 4); die Nie- und Ex-Raucher sind unter ihnen deutlich häufiger vertreten als bei den Nichtteilnehmern (Tabelle 5).

Einflussfaktoren auf die Teilnahmebereitschaft

Die Häufigkeitsauszählungen zeigen auf verschiedenen Ebenen deutliche Unterschiede zwischen der Gruppe der Teilnehmer an DHP-Aktionen und der der Nichtteilnehmer.

Kennzeichnend für die Aktionsteilnehmer sind gesundheitsbewusstere bzw. gesundheitsförderliche Verhaltensweisen. Hervorzuheben ist, dass neben den DHP-Aktionen häufig noch an anderen, nicht von der DHP organisierten gesundheitsbezogenen Aktionen teilgenommen wurde. Ein weiteres Teilnehmermerkmal ist – indiziert durch höhere Schulabschlüsse und höhere berufliche Positionen – ein höherer sozialer Status. Keinen erkennbaren Einfluss hat dagegen der Wohnort des Befragten. Differenziert man in der Analyse nach dem Kriterium „Wohnen im Interventionsgebiet“ bzw. „im Nichtinterventionsgebiet“, so ergeben sich für beide Areale nahezu identische Beteiligungsrate: 6,2% (N = 78) für das Interventionsgebiet und 6,8% (N = 71) für das restliche Stadtgebiet.

Mit dem folgenden multivariaten Analyseschritt soll der relative Einfluss verschiedener Variablen auf das Zustandekommen einer Teilnahme an DHP-Aktionen abgeschätzt werden.

Innerhalb eines logistischen Logit-Modells wurden die Variablen „Interventionsgebiet“, „sozio-ökonomischer Status“, „Teilnahme an Gesundheitsaktionen ausserhalb der DHP“ und „Lebensalter“ als Regressoren auf die abhängige Variable „Teilnahme an DHP-Aktionen“ eingesetzt. Mit der Variablen „Interventionsgebiet“ wurden das DHP- und das MONICA-Sample gekennzeichnet. Das DHP-Sample erhielt die Kodierung 1, das MONICA-Sample die Kodierung 0.

Tabelle 6 präsentiert die Ergebnisse der logistischen Regression. Das Gütemass R gibt analog zum R^2 der linear-additiven Regression Auskunft über den Grad der Modellanpassung⁶.

Wie bereits beschrieben wurden die fünf Schichtkategorien durch vier 0/1-Dummy-Variablen mit der Kategorie „Oberschicht“ als Referenz para-

Tab. 6. Einflussfaktoren auf die Teilnahme: Ergebnisse der logistischen Regression.

Variable	Beta	Std.-Error	odds ratio	95%-C.I.	p
Interzept	- 2,096	0,367			
oberste Mittelschicht	- 0,043	0,223	0,96	1,48–0,62	n. s.
mittlere Mittelschicht	- 0,281	0,241	0,76	1,21–0,47	n. s.
unterste Mittelschicht	- 0,781	0,342	0,46	0,90–0,23	< 0,05
Unterschicht	- 1,381	0,485	0,25	0,65–0,10	< 0,01
Stadtgebiet	0,108	0,177	1,11	1,58–0,79	n. s.
Lebensalter	- 0,012	0,007			n. s.
Teilnahme an anderen Gesundheitsaktionen	1,295	0,219	3,65	5,61–2,38	< 0,001

Modellgüte: R = 0,197.

metrisiert. Das Odds-Ratio drückt in diesem Fall die Teilnahmewahrscheinlichkeit für eine der entsprechenden sozialen Schicht zugeordneten Personen gegenüber einer der Oberschicht zugehörigen aus^{7,8}. Dabei werden alle anderen Grössen konstant gehalten. Es zeigt sich eine monotone Beziehung zwischen Aktionsteilnahme und der Schichtzugehörigkeit in der Form, dass mit geringerem sozio-ökonomischen Status die Teilnahmewahrscheinlichkeit abnimmt. Sie beträgt in dem gewählten Modell für die Unterschicht nur noch rund ein Viertel im Vergleich zur Referenz Oberschicht. Noch stärker ausgeprägt ist die Beziehung zwischen der Teilnahme an DHP-Aktionen und der Teilnahme an anderen Gesundheitsaktionen. Die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an einer DHP-Aktion ist für jemanden, der an einer anderen Gesundheitsaktion teilgenommen hat, bei ansonsten gleichen Ausprägungen der übrigen Variablen mehr als dreieinhalbmal so gross im Vergleich zu Personen, die nicht an anderen Programmen teilgenommen haben. Für die Variablen „Interventionsgebiet“ und „Lebensalter“ ergeben sich dagegen keine signifikanten Werte.

Diskussion

Für die Interpretation der vorgestellten Analyseergebnisse ist zunächst die Tatsache bedeutsam, dass die DHP-Intervention ihre Ressourcen nicht konsequent auf das Studiengebiet focusieren konnte⁹. Die Interventionsaktivitäten verteilten sich vielmehr dispers über das ganze Stadtgebiet. Derartige Streuungen waren schon deshalb kaum vermeidbar, weil z.B. durch den Einsatz von Massenmedien Aktionsankündigungen weit über das Studiengebiet hinaus bekannt wurden oder weil mit Screening-Aktionen in Produktionsbetrieben vielfach auch Beschäftigte erfasst wurden, die ausserhalb der Interventionsregion wohnen. Die praktische Arbeit der Studie zeigt somit, dass Interventionsprogramme die politisch-administrativen bzw. infrastrukturellen Rahmenbedingungen einer Kommune zu berücksichtigen haben und nicht auf eine künstlich abgegrenzte Region reduziert werden können. Allerdings erklären diese „Streueffekte“ nicht die sozial unterschiedlichen Erreichungsgrade der DHP-Intervention.

Das Aufzeigen dieser sozialen Selektivität führt zu einer Auseinandersetzung mit dem eingangs skizzierten Gemeindeinterventionsansatz. Ausgangspunkt der DHP-Intervention ist die Annahme einer in wesentlichen Lebensbereichen wirksamen, auf die Wohngemeinde hin ausgerichteten Orientierung des Individuums, an der bestimmte Massnahmen anknüpfen können: „In der DHP wird davon ausgegangen, dass die Gemeinde einen wesentlichen Bezugsrahmen für das Alltagsleben bildet und auf Wissen, Einstellungen und Realisierungschancen einwirkt.“¹ Bei

dieser zentralen Prämisse handelt es sich jedoch um eine sehr problematische Annahme: Verschiedene stadtsoziologische Studien ergaben keinerlei Hinweise auf generell vorhandene lokale Bindungen; sie belegen eher das Gegenteil. Pfeil konnte z.B. in einer Untersuchung nachweisen, dass sich soziale Kontakte über den ganzen städtischen Raum erstrecken¹⁰. Somit wurde das in der Stadtplanung lange Zeit populäre Nachbarschaftenkonzept praktisch gegenstandslos¹¹. In der Literatur wird auf Zusammenhänge zwischen der Existenz lokaler Verkehrskreise (mit allerdings relativ niedriger Interaktionsintensität) und der demographischen bzw. sozialstrukturellen Zusammensetzung eines Wohnquartiers hingewiesen^{12,13}. Eine neuere Studie ergab, dass raumgebundene Interaktionssysteme in der Stadt nur noch rudimentär für bestimmte Bevölkerungsgruppen nachweisbar sind und sich dann bestenfalls über einzelne Strassenzüge erstrecken¹⁴. Selbst in ländlichen Gemeinden ist die häufig pauschal angenommene Ortsverbundenheit („dörfliche Gemeinschaft“) im wesentlichen vom Wohneigentum und der Wohndauer abhängig¹⁵. Zurückzuführen ist diese „Enträumlichung“ sozialen Verhaltens auf die inzwischen überlokale Organisation von Wirtschaft und Gesellschaft, die eine weiträumigere Orientierung der Individuen bewirkte und somit die Wohngemeinde als Kristallisationspunkt verschiedener Lebensbereiche immer bedeutungsloser werden liess¹⁶. In der Stadtsoziologie gilt daher ein eigenständiger Forschungsgegenstand Gemeinde als mittlerweile überholtes Konzept¹⁷.

Diese gedrängte Darstellung sollte verdeutlichen, dass der Gemeindeinterventionsansatz der DHP im Kern auf stark idealisierenden Annahmen beruht¹⁸. Die unterstellten lokalen Bindungen existieren, wenn überhaupt, nur unter bestimmten Voraussetzungen und haben nur für wenige Teilbereiche des Alltags eine gewisse Bedeutung. Lokal eingrenzbare und bevölkerungsumfassende Erreichungsgrade der Intervention erscheinen demnach wenig plausibel und sind auch nicht beobachtbar. Sozial unterschiedliche Beteiligungen werden auch von anderen Gesundheitsaktionen berichtet¹⁹; wahrscheinlich spielen sozial-gruppenspezifische Mentalitäten bzw. Lebensstile für die Teilnahmebereitschaft eine massgebliche Rolle²⁰. Es ist zu vermuten, dass die DHP vielfach Angebote für relativ eng umgrenzte, für Gesundheitsthemen sensibilisierte Bevölkerungsgruppen schuf. Künftige Interventionsmassnahmen sollten sich daher verstärkt und in gezielter Form an benachteiligte Bevölkerungsschichten wenden.

Zusammenfassung

Gegenstand dieses Artikels ist eine Analyse der Beteiligung an Gesundheitsaktionen der Deut-

schen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). Datenbasis sind zwei 1988 in Bremen (Stadt) durchgeführte repräsentative Surveys mit insgesamt 2360 Befragten, von denen 149 angaben, an Aktionen der DHP teilgenommen zu haben. Eine multivariate Analyse zeigte eindeutige Zusammenhänge zwischen der Schichtzugehörigkeit, gesundheitsbezogenem Engagement und der Teilnahmewahrscheinlichkeit. Offenbar sprach die DHP mit vielen Aktionen im wesentlichen statushöhere Bevölkerungsgruppen bzw. solche mit bereits vorhandenem Interesse an Gesundheitsthemen an. Die anschließende Diskussion dieses Befundes problematisiert die im Gemeindeinterventionskonzept enthaltene Annahme lokaler Bindungen.

Résumé

Degrés sélectifs d'impact social de l'action sanitaire au niveau de la collectivité – Analyse de la participation aux campagnes du DHP (Etude allemande de la Prévention cardiovasculaire)

Cet article se propose d'analyser la participation à des campagnes initiées par le DHP (Etude allemande de la Prévention cardiovasculaire). La base de données est constituée par deux enquêtes représentatives, effectuées en 1988 dans la ville de Brême. Au total, 2360 personnes ont été interrogées; 149 d'entre elles ont indiqué avoir pris part aux campagnes du DHP. Une étude statistique selon plusieurs critères a mis en évidence la relation existant entre l'appartenance sociale, l'engagement en matière de santé et la probabilité de participation. Il apparaît que les diverses campagnes du DHP ont touché essentiellement des groupes sociaux à statut élevé et/ou manifestant déjà un intérêt pour les thèmes de santé. La critique consécutive à ce rapport pose le problème du facteur local dans le concept d'action au niveau de la collectivité.

Summary

Social selectivity in community-based intervention – an analysis of participation in campaigns of the German Cardio-Vascular-Prevention Study (GCP)

The subject of this article is an analysis of participation in campaigns of the German Cardio-Vascular-Prevention Study (GCP). In 1988 two representative surveys were carried out in the City of Bremen. Altogether, 2360 persons were questioned. Of these, 149 stated that they had participated in campaigns of the GCP. A multivariate analysis shows that the probability of participation was highest for people with an interest in health-related issues and for members of higher social classes. The discussion of these result emphasizes some problem areas in the use of such community-based intervention concepts.

Literaturverzeichnis

- 1 Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Studienhandbuch, 1983.
- 2 Park RE. The Urban Community as a spatial Pattern and a moral Order. In: Burgess EW, ed. The Urban Community. Selected Papers from The Proceedings of the American Sociological Society 1925. Reprint der Ausgabe 1926. New York: Greenwood Press, 1968: 3–18.
- 3 McKenzie RD. The Scope of Human Ecology. In: Burgess EW, ed. The Urban Community. Selected Papers from The Proceedings of the American Sociological Society 1925. Reprint der Ausgabe 1926. New York: Greenwood Press, 1968: 167–182.
- 4 Troschke J. Das soziale System der Gemeinde als Ansatz für wirkungsvolle Massnahmen zur Prävention. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V., Hg. Gemeindefür Gesundheitserziehung (Tagungsbericht). Köln, 1986: 12–25.
- 5 Trometer R. Zur Durchführbarkeit von allgemeinen Bevölkerungsumfragen als telefonische Befragung: Eine Analyse am Beispiel des ALLBUS 1988. ZUMA-Nachrichten 1990; 26: 72–78.
- 6 SAS Institute Inc. SUGI Supplemental Library User's Guide, 1983 Edition, Cary, NC. 1983: 182 pp.
- 7 Freeman DH. Applied Categorical Data Analysis. New York and Basel, 1987: 251 pp.
- 8 Neter J, Wasserman W, Kuntner MH. Applied Linear Regression Models. 2nd ed. Homewood and Boston: Irwin, 1989: 597 pp.
- 9 Lüsebrink K, Maschewsky-Schneider U. Gemeindeintervention und epidemiologische Bewertung – zum Widerspruch zweier Konzepte (in Veröffentlichung: Tagungsband „Evaluation“, 25. Jahrestagung der DGSM, Berlin 1989).
- 10 Pfeil E. Die Familie im Gefüge der Grossstadt. Zur Sozialtopographie der Stadt. Hamburg, 1965.
- 11 Korte H. Soziologie der Stadt – Entwicklungen und Perspektiven. In: Korte H, Hg. Soziologie der Stadt. München, 1972: 9–36.
- 12 Castells M. Is there an urban sociology? In: Pickvance CG, ed. Urban sociology: Critical essays. New York: St. Martin's Press, 1976: 33–59.
- 13 Hahn A, Schubert H-A, Siewert H-J. Gemeindeforschung. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz: Kohlhammer, 1979: 110 ff.
- 14 Göschel A. Lokale Identität: Hypothesen und Befunde über Stadtteilbindungen in Grossstädten. Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, 1987: 91–107 (Informationen zur Raumentwicklung, 3).
- 15 Schmied W. Ortsverbundenheit – eine Triebkraft zur Entwicklung ländlicher Räume? Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, 1987: 131–139 (Informationen zur Raumentwicklung, 3).
- 16 Böltken F. Ortsgebundenheit und Ortsverbundenheit. Empirische Befunde im Zeit- und Regionalvergleich. Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, 1987: 147–156 (Informationen zur Raumentwicklung, 3).
- 17 Häussermann H, Siebel W. Thesen zur Soziologie der Stadt. Leviathan 1978; 4: 485–500.
- 18 Wenzel E. Gemeindeorientierung und Gesundheitserziehung. Soziale Kontrolle über das „richtige Leben“? Psychosozial 1990; 42: 21–29.
- 19 Watts M, Johnson IS. Screening for ischaemic heart disease risk factors at a health fair: low attendance by those at highest risk. J Epid Com Health 1989; 43: 234–236.
- 20 Tempel G, Kruse M, Maschewsky-Schneider U. Erklärungsansätze für die (Nicht-)Erreichung von Zielgruppen der Intervention in der DHP (in Veröffentlichung: Tagungsband „Evaluation“, 25. Jahrestagung der DGSM, Berlin 1989).

Korrespondenzadresse:

Dr. Günter Tempel
Bremer Institut für Präventionsforschung
und Sozialmedizin (BIPS)
Grünenstrasse 120, D-2800 Bremen