

Strategien zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland

Ulrich Laaser, Gerhard Murza, Wolfgang Gerdel, Dieter Borgers

Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen, Bielefeld

1. Einleitung

Eine überwiegend kurativ orientierte Medizin ist in vielen Bereichen erkennbar an ihre Grenzen gestossen [1]. Dementsprechend hat der Stellenwert der Gesundheitsvorsorge in den letzten Jahren ständig zugenommen. Die Federführung für die präventive Umgestaltung des Gesundheitswesens wird sowohl für die niedergelassene Ärzteschaft in Anspruch genommen wie für die kommunale und regionale Gesundheitsverwaltung, die dazu allerdings auf ein gemeinschaftliches Vorgehen mit einer Reihe von institutionell unabhängigen Partnern angewiesen bleibt [2].

Da angesichts der föderalen Struktur der Bundesrepublik von einer konsequenten und verbindlichen bundespolitischen Vorgabe nicht gesprochen werden kann, ist zumindest die faktische Entscheidungskompetenz überwiegend dezentral organisiert. So fehlt zum Beispiel eine «präventionspolitische» Vorgabe der Bundesregierung für die laufende Legislaturperiode. Allenfalls ersatzweise können die Empfehlungen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) von 1982 [3] genannt werden.

2. Die epidemiologische Basis

Die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Krankheiten für die allgemeine Mortalität, Morbidität und Invalidität in der deutschen Bevölkerung ist unstrittig, insbeson-

dere insofern die jüngeren und mittleren Altersgruppen wesentlich betroffen sind (Tab. 1).

Als die wissenschaftlich gesicherte Grundlage der kardiovaskulären Prävention ist nach wie vor das klassische Risikofaktorenkonzept anzusehen, wie es sich seit 1948 im Umfeld der Framingham-Studie ausdifferenziert hat. Die Kritik an diesem Konzept richtet sich vor allem darauf, dass soziale Faktoren bisher noch relativ wenig untersucht sind [4] bzw. darauf, dass interven-tive Programme vielfach aus einem engen medizinischen bzw. medizinisch-epidemiologischen Blickwinkel heraus erfolgen, ohne dass psychologische, soziologische und gesundheitspolitische [5] Rahmenbedingungen genügend beachtet werden. Strittig sind also mangels ausreichender empirischer Grundlagen Stellenwert, Methoden und Erfolgchancen kardiovaskulärer Präventionsprogramme (in Europe u. a. Nordkar-elien, Finnland [6], Nationales Forschungsprogramm 1 A, Schweiz [7], Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, Bundesrepublik [8]), kaum jedoch der Stellenwert der drei klassischen, primären Risikofaktoren Zigarettenrauchen, Hypertonie und Hypercholesterinämie.

2.1. Das präventive Potential

Was ist durch eine Kontrolle dieser drei Risikofaktoren günstigstenfalls zu erreichen?

Die Analyse der Mortalitätsentwicklung erlaubt den Schluss [9], dass etwa $\frac{1}{3}$ bis $\frac{2}{3}$ des Abstandes zwischen Ländern mit günstiger und ungünstiger Mortalität durch unterschiedliche Verteilung der primären Risikofaktoren in der jeweiligen Bevölkerung erklärt bzw. durch eine Angleichung dieser Verteilung eliminiert werden könnten. Dies ist zum Beispiel in den Vereinigten Staaten während der letzten beiden Jahrzehnte in Gang gekommen, zumindest wesentlich mitbedingt durch das National High Blood Pressure Education Program (seit 1972) [10] und parallele Bemühungen zur Eliminierung des Rauchens und der erhöhten Cholesterinaufnahme. Dabei verlagern sich allerdings die möglichen Zuwächse bei der Lebenserwartung zunehmend in höhere Altersgruppen (Abb. 1).

So zeigen zum Beispiel die Überlebenskurven amerikanischer Frauen zwischen 1900 und 2020 [11] in Abbildung 1, dass die höchsten Zuwächse bei der Lebenserwartung für die 1900 geborenen Kohorten während der ersten Lebensjahre erreicht, weitere Zuwächse bei den späteren Kohorten aber zunehmend in die Altersgruppen jenseits der Erwerbstätigkeit

Tab. 1. Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vergleich mit anderen Krankheiten (%), Bundesrepublik Deutschland 1980 (nach Henke und Behrendt 1984), Basis in Tausend bei insgesamt 3 371 000 verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren.

ICD-9	Morbidität	Invalidität	Mortalität	Insgesamt
Traumen (800E-999)	11	3	29	21
Herz-Kreisl. (390-459)	9	36	19	15
Skelett (710-739)	20	18	1	9
Atmungsorg. (460-519)	18	5	3	10
Neubild. (140-239)	3	8	18	11
Andere	38	30	30	34
Alle (001-E999)	100	100	100	100
	43	2	55	100
	(1.434)	(74)	(1.863)	(3.371)

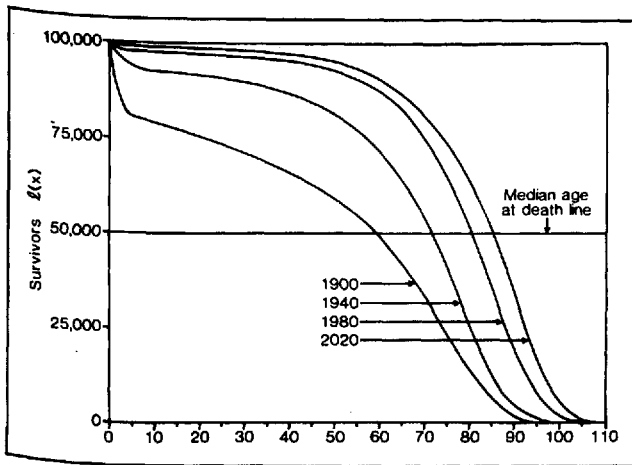


Abb. 1. Überlebenskurven für amerikanische Frauen (1900-2020) (11).

(jenseits 65 Jahren) verlagert werden. Durch die Verschiebung präventiver Potentiale in höhere Altersgruppen relativiert sich auch der Leitbegriff einer Reduktion der vorzeitigen Mortalität als Zielvorstellung, da einerseits die durchschnittliche Lebenserwartung sich weiter verbessert und damit die Spanne vorzeitiger Mortalität breiter wird, andererseits auch jenseits der durchschnittlichen Lebenserwartung wünschbares und befriedigendes Leben möglich wird. Damit ist die Grenze, unterhalb deren der Tod als vorzeitig zu werten ist, nach oben hin offen.

2.2. Das interventive Arsenal

Während die Risikowertigkeit der klassischen Risikofaktoren im wesentlichen nur noch von Interessengruppen (Mineralbrunnenindustrie, Zigarettenindustrie, Landwirtschaft) in Teilen bestritten wird, ist die tatsächliche präventive Reichweite der verfügbaren interventiven Massnahmen weit weniger eindeutig. Dabei sind überwiegend Veränderungen des Lebensstils von Bedeutung, während medikamentöse und damit unmittelbar an das medizinische Versorgungssystem gebundene Techniken nur bei der Hypertoniekontrolle und ansatzweise bei der Reduktion erhöhter Cholesterinwerte eine Rolle spielen. Grundsätzliche Lösungsansätze müssen jedoch primärpräventiv die Gesamtbevölkerung ins Auge fassen und sich von daher auf allgemein anwendbare, in jedem Fall unschädliche Massnahmen beschränken; damit verbieten sich medikamentös gestützte Massnahmen in dieser Dimension aus prinzipiellen Gründen [12].

2.3. Die normative Abwägung

Kritik wird sich an einer auch medizinisch-technologisch induzierten Verlängerung des lebenswerten Lebens nur dann entzündend, wenn die finanziellen, sozialen und persönlichen Kosten eben diesen Lebenswert stärker beeinträchtigen. Um die Lebenserwartung etwa als Folge einer effektiven Hypertoniekontrolle zu steigern, muss aufgrund des gegenwärtigen

Wissensstandes der Behandlungsgrad der Hypertonie erhöht werden, um dadurch zu einer Senkung des Bluthochdrucks und der durch ihn bedingten Herz-Kreislauf-Sterblichkeit zu gelangen. Gewonnene Lebensjahre werden potentiell jedoch nur dann als Gewinn eingeschätzt, wenn die Lebensqualität durch Massnahmen der Hypertoniekontrolle nicht übermässig vermindert wird (Abhängigkeit von medizinischen Dienstleistungen und Institutionen, von Medikamenten und ihren Nebenwirkungen; Angst vor krebserregendem Siechtum anstelle eines schnellen Herztodes). Kardiovaskuläre Prävention kann also auch da, wo sie wissenschaftlich gesichert ist, nicht absolut gesetzt werden, sondern wird bestimmt durch die Erfüllung gemeinschaftlicher Wertsetzungen. Dabei ist die normative Abwägung in einer offenen Gesellschaft letztlich nur partizipativ [13] denkbar.

3. Die Erweiterung des Handlungsspielraumes

Angeht eine Situation, in der die epidemiologisch definierte Risikowertigkeit zwar unstrittig ist, die interventiven Handlungsspielräume jedoch noch wenig gesichert sind, ist die Frage zu beantworten, wie das präventive Potential am ehesten erweitert werden kann. Dabei sind folgende Richtungen denkbar:

1. Suche nach weiteren Risikofaktoren
2. Verbesserung therapeutischer Massnahmen
3. Intensivierung der Früherkennung
4. Veränderung der Lebensweise

Ad 1.:

Angeht eines Erklärungswertes von weit über 50% der Inzidenz und unter Berücksichtigung prinzipieller Einschränkungen [14], die eine deterministische Erklärung von einhundert Prozent nicht zulassen, ist die Suche nach weiteren Risikofaktoren zwar wissenschaftlich von Interesse, bevölkerungsmedizinisch aber eher irrelevant.

Ad 2.:

Auf der Verbesserung therapeutischer Massnahmen liegt heute in jeder Hinsicht das Schwergewicht, obwohl prinzipielle Erfolge aufgrund der vaskulären Vorschädigung nicht erwartet werden können und die sogenannte Fraction of Benefit (also der durch therapeutische Massnahmen reversible Anteil des arteriosklerotischen Prozesses) zum Beispiel für die Hypertonie mit ihrer verhältnismässig guten Datenlage auf maximal 25% geschätzt wird [15].

Ad 3.:

Massnahmen der Früherkennung schliesslich sind in breitem Umfang angewandt worden (zum Beispiel regionale und nationale [16] Hypertonieprogramme). Ein «Nachwachsen» von Risikofaktoren kann jedoch so nicht verhindert werden. Ökologisch gesehen bleibt das bevölkerungsmedizinische Problem in seiner Genese unbeeinflusst.

Ad 4.:

Insofern ist eine Veränderung des Lebensstils ganzer Bevölkerungsgruppen trotz aller Schwierigkeiten die einzige durchgreifende Möglichkeit. Sowohl die Analyse nationaler Entwicklungen [17] wie eine Reihe von gemeindeorientierten Studien [6, 7, 8] haben zumindest Belege geliefert, dass Veränderungen der Lebensweise in der Gesamtbevölkerung möglich und aller Wahrscheinlichkeit nach auch wirksam sind. Da eine gemeindeorientierte Intervention essentiell die wechselseitige soziale Unterstützung einbezieht, kann ihre Wirkung nie eindeutig experimentell belegt, sondern nur mehr oder weniger überzeugend plausibel gemacht werden, etwa im Rahmen von quasi-experimentellen, beobachtenden Studien [18]. Vielfach zeigt auch die historische Erfahrung – etwa bei Ernährungsempfehlungen –, dass sich wissenschaftliche Aussagen wesentlich schneller ändern als die langsamen gesellschaftlichen Prozesse, die zu ihrer Umsetzung erforderlich sind.

A. Ansatzpunkte beim einzelnen:

Für den Erfolg einer bevölkerungsweiten, gemeindeorientierten Prävention spielt die Risikoperzeption des einzelnen wahrscheinlich eine zumindest ebenso wichtige Rolle wie das wissenschaftliche und professionelle Verständnis. Für das Individuum treten kardiovaskuläre Komplikationen letztlich immer mit einer Wahrscheinlichkeit von eins zu eins auf: Das kardiovaskuläre Ereignis tritt ein, oder es tritt (noch) nicht ein. Insofern orientiert sich der einzelne offenbar auch nicht an einer abstrakten, im Falle der kardiovaskulären Risiken auch fernen und zudem quantitativ doch eher geringen Gefahr, sondern an anderen Faktoren. Slovic [19] analysiert als die wesentlichen Dimensionen multifaktorielle Indizes, die er mit den zusammen-

fassenden Begriffen «Unknown Risk» und «Dread Risk» benennt.

Abbildung 2 zeigt die Vier-Felder-Verteilung häufiger Risiken anhand dieser beiden Indizes. Der Kontrollbedarf wird von der Bevölkerung um so höher angesetzt, je unbekannter und je schlimmer (dread) ein Risiko eingeschätzt wird. In dieser Bewertungssystematik spielen die Gefahren zum Beispiel des Zigarettenrauchens (siehe Pfeil in Abb. 2) nur eine geringe Rolle.

Tab. 2. Aufschlüsselung des Faktors 1 «Dread Risk» nach Slovic (11) in 10 zugrunde liegende Charakteristika (in der Ausprägung «geringes Risiko» des bipolar konstruierten Faktors).

Slovic Factor I	Smoking	Hypertension	Cholesterolemia
Controllable	+	+	+
Not dread	+	+	+
Not global catastrophic	+	+	+
Consequences not fatal	bronchial carcinoma	+	+
Equitable	+	+	+
Individual	+	+	+
Low risk to future generations	e.g. low birth weight	+	+
Easily reduced	+	+	+
Risk decreasing	+	+	+
Voluntary	passive smoking	+	+

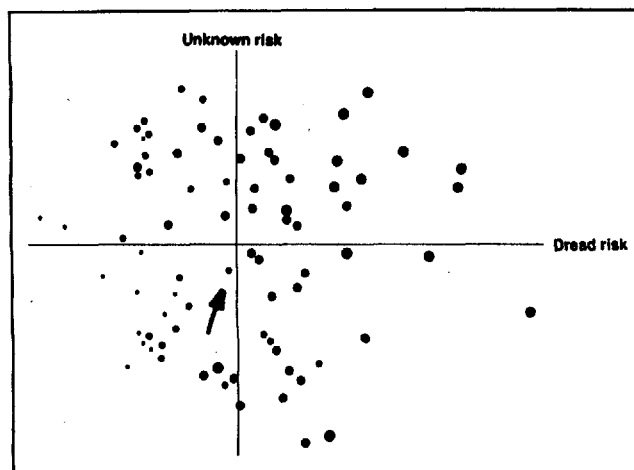


Abb. 2. Einstellungen zur Kontrollbedürftigkeit von Risiken: Die Grösse der Punkte korreliert mit der Forderung nach strikten Regulationen im Sinne einer Risikoreduktion (der Pfeil zeigt die Stellung des Zigarettenrauchens an (11)).

Bei einer Aufschlüsselung des «Dread-Risk-Index» (Tab. 5) zeigt die Überprüfung der Einzelkriterien, dass eine vergleichende, präsumptive Bewertung aller drei primären Risikofaktoren für Hypertonie und Hypercholesterinämie eine noch stärkere Neigung zur Verharmlosung nahelegt, als dies für das Rauchen in der Untersuchung von Slovic gezeigt wird. Kann es doch als Folge des Rauchens immerhin zu einer stigmatisierten Erkrankung ohne wesentliche Heilungschancen (Bronchialkrebs) und zur Schädigung der nächsten Generation (Minderung des Geburtsgewichtes) kommen. Weiterhin treten neuerdings als gravierendes Argument die gut belegten Gefahren durch unfreiwilliges Passivrauchen (20) hinzu. Bei gleichem objektivem, statistischem Risiko werden freiwillige Risiken bis zu eintausendmal niedriger eingestuft als unfreiwillige.

Wenn diese «perzipierte Harmlosigkeit» der epidemiologisch gesicherten klassischen Risikofaktoren so akzeptiert werden muss, dann wären für eine Sensibilisierung der Bevölkerung andere Voraussetzungen zu schaffen als die bisher geübte multilaterale, direkte Aufklärung und Information. Zwei Wege können beschritten werden, um eine angemessenere präventive Strategie zu entwickeln:

- a) Konfligierende wissenschaftliche Positionen müssen vor Beginn interventiver Umsetzungen und präventiver Programme angeglichen werden. Während

dem einzelnen Patienten gegebenenfalls – bei entsprechender Flexibilität und Tragfähigkeit – ein Wechsel des therapeutischen Vorgehens zugemutet werden kann, muss dies unter bevölkerungsmedizinischen Gesichtspunkten zu starken Wirkungseinschränkungen führen, eben weil der sozial gesteuerte Diffusions- und Veränderungsprozess nicht kurzfristig umkehrbar ist. Voraussetzung bevölkerungswweiter Empfehlungen ist daher der Konsens aller relevanten wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Positionen. Methodisch bietet sich die in den Vereinigten Staaten von der National Institutes of Health entwickelte Konsensus-Technik an, wie sie zum Beispiel in Baden-Württemberg erstmals in der Bundesrepublik für die Entwicklung eines baden-württembergischen Nichtraucher-Programms angewandt wurde [21].

b) Insofern das Risikoverhalten für den einzelnen nicht ohne weiteres willkürlich, sondern von individueller und sozialer Funktionalität ist [22], bedarf es des Erwerbs autonomer Kompetenz für die eigene Lebensgestaltung, wenn Risikoverhalten dauerhaft verändert und seine Nutzenkomponenten für das Alltagsleben des einzelnen ersetzt werden sollen. Dies steht aber gegen eine verordnete manipulative Prävention «um des guten Zweckes willen», die sich ausschliesslich an der wissenschaftlichen Risikoanalyse orientiert. Hier bietet sich die Wiederbelebung des alten Begriffes der Generalprävention [23] an, in den zwanziger Jahren der Weimarer Republik im Sinne einer ökologischen Modifikation aller relevanten Lebensumstände verwandt. Heute wird analog von einer ganzheitlichen Instandsetzung des einzelnen zur informierten Entscheidungsfindung gesprochen. Diese muss im Einzelfall auch gegen epidemiologisch/wissenschaftliche «Richtigkeit» möglich sein [24].

B. Ansatzpunkte im Gesundheitswesen:

Eine abstrakt-wissenschaftliche Betrachtungsweise scheint aber auch inkompatibel mit der Struktur des deutschen Gesundheitswesens, denn weder der niedergelassene Praxiseigner noch das Gesundheitsamt können sich primär an der Zielvorstellung einer Reduktion von kardiovaskulären oder sonstigen gesundheitlichen Risiken orientieren. Administrative und strukturelle bzw. soziale Kategorien spielen in der Umsetzung eine grössere Rolle als epidemiologisch-analytische. Der niedergelassene Arzt etwa kann sich einer spezifischen Präventionsprogrammatik nur im Rahmen der Honorarstruktur widmen, wenn er Einkommenseinbussen ausschliessen will. Hier haben aber Veränderungen im Sinne zwendungsorientierter Leistungen bzw. die Einführung der Gesundheitsberatung als honorierte ärztliche Leistung oder die Vereinbarung von Pauschalhonoraren für ärztliche Gruppenarbeit [25] noch keinen wesentlichen Stellenwert erhalten. Ähnlich problematisch ist der öffentliche Gesundheitsdienst in der Entwicklung der letzten Jahrzehnte ent-

gegen seinem ursprünglichen Auftrag auf die Erfüllung eng definierter Dienstleitungen und auf Überwachungsfunktionen beschränkt worden [26]. Seine Ausstattung wird für die Betreuung bevölkerungswweiter Präventionsprogramme als völlig unzureichend beschrieben.

Während Krankenhäuser aufgrund ihrer Klientel für die Prävention vorläufig nur eine beschränkte Rolle spielen, steht die inzwischen neben der primärärztlichen Versorgung, den Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst als «vierte Säule» des Gesundheitswesens apostrophierte Gesundheitsselbsthilfe gerade unter primärpräventiven Gesichtspunkten im Vordergrund. Jedoch fehlt hier vielfach die notwendige stützende Infrastruktur, um Selbsthilfegruppen Kontinuität und Breitenwirkung zu ermöglichen [27].

Tab. 3. Ansatzpunkte im Gesundheitswesen der Bundesrepublik für die Umsetzung präventiver Massnahmen.

Ansatzpunkte im Gesundheitswesen der Bundesrepublik für die Umsetzung präventiver Massnahmen				
	Individuum Familie	Gruppe Nachbarschaft	Region	Staat
Laien	Freiwillig	Selbsthilfe	Förderkreise	
Professionen (z. B. Ärzte)	Honorarstruktur	Pauschalhonorierung	Gremien	(Neo)Korporatismus
		Gesundheitszentren, z. B. der Krankenkassen		
Administration	Masseninformation	Infrastrukturförderung	Kommunales Gesundheitsamt	? Leitinstitution

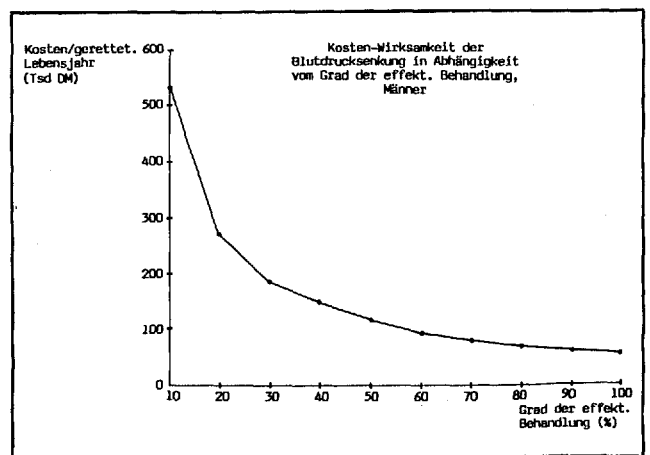


Abb. 3. Kostenwirksamkeit der Blutdrucksenkung in Abhängigkeit vom Grad der effektiven Behandlung für Männer in der Bundesrepublik (Modellrechnung nach Wenzel und Laaser 1987).

Tabelle 3 zeigt in der Übersicht einzelne Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung im Gesundheitswesen. Eine Schlüsselfunktion hat zumindest durch seinen Auftrag der öffentliche Gesundheitsdienst auf kommunaler und Länderebene. Allerdings fehlt eine den amerikanischen National Institutes of Health vergleichbare Leitinstitution auf Bundesebene; sie wird durch das Bundesgesundheitsamt als nachgeordnete Behörde nicht ersetzt.

Hält man sich das in Deutschland herkömmliche Aufgabenspektrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes (etwa nach Hopf [28]) vor Augen, dann wird deutlich, dass vor allem in zwei Bereichen eine Ausweitung nicht nur möglich, sondern sogar zu fordern ist: In der Koordination der Gesundheitsvorsorge und bei der Überwachung (Monitoring) der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Andere traditionelle Aufgabenschwerpunkte konkurrieren dagegen zunehmend mit sonstigen Anbietern von gesundheitsbezogenen Leistungen und unterliegen damit einem für den öffentlichen Gesundheitsdienst wiederholt postulierten Subsidiaritätsprinzip, oder es handelt sich um Bereiche, deren Stellenwert im öffentlichen Bewusstsein geringer geworden ist (was sich wiederum in der verminderten Bereitschaft politischer Entscheidungsträger äußert, den Umfang entsprechender Stellenpläne unverändert aufrechtzuerhalten).

a) Koordinative Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes:

Angesichts des Fehlens integrierter präventiver Leitinstitutionen bietet sich als Ersatzkonstruktion die Bildung von verbindlich organisierten Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung bzw. -förderung etwa nach dem Muster von Baden-Württemberg an [29]. So haben zum Beispiel für Nordrhein-Westfalen führende Vertreter der Hypertonieforschung die Bildung einer solchen Arbeitsgemeinschaft gefordert (sog. Hugenpoet-Erklärung 1987 [30]).

Zu örtlichen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung bzw. -förderung als Kooperationsstruktur zur Umsetzung von Prävention liegen mehrfach Erfahrungen vor (u. a. [2, 31]). In Stuttgart etwa wurde als geschäftsführendes Organ der kommunalen Arbeitsgemeinschaft ein sog. Ständiger Ausschuss gebildet, in dem neben dem federführenden Gesundheitsamt der Sprecher der Ärzteschaft, ein beauftragter Sprecher der Krankenkassen und ein Beauftragter der Wohlfahrtseinrichtungen vertreten sind. Solche Modelle knüpfen an Entwicklungen der Weimarer Zeit an, die mit Beginn der dreissiger Jahre abgebrochen wurden.

b) Bevölkerungsmedizinische Überwachungsaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes:

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst als kommunaler Leitinstitution ist nicht nur im Bereich der Prävention die bevölkerungsmedizinische Sicht und Handlungsstruktur verlorengegangen, auch für die Bevölkerungsdiagnostik als Voraussetzung präventiver Programme

sind vielfach nur noch subsidiäre Restfunktionen vorhanden. Als Beispiel kann die Überwachung des Durchimpfungsgrades in der Bevölkerung genannt werden: eine einschlägige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die nach der weitgehenden faktischen Delegation der Impfungen an die niedergelassene Ärzteschaft nicht mehr sichergestellt werden kann.

Der ursprüngliche Auftrag (1934) an den öffentlichen Gesundheitsdienst [28], sich über den Gesundheitszustand «seiner Bevölkerung» Aufschluss zu verschaffen und den kommunalen und gegebenenfalls höheren Ebenen Vorschläge für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zu machen, wird seit kurzem aufgegriffen in der Diskussion um eine Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung in der Bundesrepublik. Insbesondere Schröder [32] hat Modelle entwickelt, wie das Gesundheitsamt im Zuge einer regionalen Gesundheitsberichterstattung diesen Aufgaben stärker gerecht werden kann. Dabei rücken neben einer Leistungsstatistik des öffentlichen Gesundheitsdienstes Kosten und Wirkungen des Gesundheitssystems in den Vordergrund. Folgende Bereiche werden von Schröder als Themen der Gesundheitsberichterstattung für das Land Nordrhein-Westfalen vorgeschlagen:

- A. Länge und Qualität des Lebens
- B. Risiken aus Verhalten
- C. Risiken aus sozialer und technischer Umwelt
- D. Leistungen des Gesundheitsschutzes
- E. Leistungen der Gesundheitsversorgung
- F. Einrichtungen des Gesundheitswesens
- G. Beschäftigte im Gesundheitswesen
- H. Ausgaben für Gesundheitsleistungen
- I. Finanzierung und ihre Determinanten

Um jedoch eine gesicherte Wertung von Kosten und Nutzen zu ermöglichen und damit zu Prioritätensetzungen in einem Gesundheitssystem zu kommen, in dem nicht alles, was möglich ist, finanziert werden kann, ist auch eine wissenschaftliche Weiterentwicklung erforderlich. So ist u. a. die Technik der Kosten-Wirksamkeits-Analyse und Kosten-Nutzen-Analyse auf Risikofaktoren angewandt worden [33]. Errechnete Kosten-Wirksamkeits-Quotienten dienen dabei nicht einer unmittelbaren Ressourcensteuerung (da die Voraussetzungen für solche Schätzungen vorerst nicht ausreichen), sondern sollen die Setzung von Rangfolgen bzw. Prioritäten ermöglichen. Dies würde, konsequent gesundheitspolitisch umgesetzt, aller Voraussicht nach zu entscheidenden Verschiebungen beim Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland führen, und zwar in weiten Bereichen zuungunsten eines wissenschaftlich nicht gesicherten kurativen Mitteleinsatzes. Ein Beispiel gibt Abbildung 3, die zeigt, dass ein bei der Hypertoniekontrolle entscheidender Faktor der Grad der Compliance ist und folglich die wesentlichsten

Anstrengungen auf die Verbesserung der Therapie-Compliance zu richten sind.

4. Abschliessende Bewertung

Die überkommene Gestalt des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland ist entscheidend bestimmt durch den Sicherstellungsauftrag an die deutsche Ärzteschaft mit seinen besonderen Rechten, aber auch Pflichten. Zwei Entwicklungen haben zu einer Situation geführt, in der eine Reform unauf-schiebbar erscheint:

1. Die zum Teil auch durch den veränderten Altersaufbau der Bevölkerung bedingte Kostenentwicklung und
2. die Selbsthilfebewegung mit ihrem veränderten Gesundheitsbewusstsein und der expliziten Forderung nach mehr Teilnahme und Selbstbestimmung auch im Gesundheitswesen.

Der Präventionsgedanke kommt beiden Entwicklungen ebenso sehr entgegen, wie er sich als Konsequenz und Versprechen an die Zukunft aus ihnen ergibt. Er wird positiv einlösbar, wenn die erforderliche analytische Durchdringung und Schwerpunktsetzung etwa im Sinne des Risikofaktorenkonzeptes nicht technokratisch, sondern offen, d. h. unter Beteiligung der Bevölkerung erfolgen. Als potentiell kompetente und legitimierte Trägerstruktur dieses voraussichtlich langfristigen, auch gesellschaftlichen Prozesses bietet sich im deutschen Gesundheitswesen ausschliesslich der öffentliche Gesundheitsdienst an. Den anderen Gruppierungen fehlt entweder die präventive Berührungsfäche mit der Gesamtbevölkerung (Krankenhäuser), die notwendige organisatorische Struktur (Gesundheitsselbsthilfe) oder die gesamtgesellschaftliche Einwirkungsmöglichkeit (Sonderstellung der deutschen Ärzteschaft).

Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik ist derzeit überwiegend nicht in der Lage, die zentralen, defizitären Aufgaben des bevölkerungsmedizinischen Monitoring und der präventiven Flankierung und Koordination wahrzunehmen.

Zusammenfassung

Der gestiegene Stellenwert der kardiovaskulären Prävention für eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung beruht in erster Linie auf den epidemiologischen Forschungsergebnissen der letzten Jahre. Die Identifizierung der wichtigsten Risikofaktoren des arteriosklerotischen Gefässprozesses wie ihre interven-tive Beeinflussbarkeit sind heute im wesentlichen unstrittig. Die Verlängerung der Lebenserwartung ist dabei zunehmend auch durch präventive Erfolge in den höheren Altersgruppen bestimmt. Bei dem erforderlichen Wandel des Lebensstils sind Beteiligung des Individuums und Kooperation der Institutionen unabdingbare Voraussetzungen. Vor allem auf die Gesundheitsämter kommen wesentliche Steuerungsaufgaben zu.

Résumé

Stratégies de la prévention cardio-vasculaire en Allemagne
L'apport de la prévention cardio-vasculaire pour améliorer l'état de

santé de la population est fondé sur les observations épidémiologiques de ces dernières années. L'identité des facteurs de risque de l'artériosclérose et les possibilités de modifier leur prévalence dans la population ne font aujourd'hui aucun doute. L'accroissement de l'espérance de vie est en partie attribuable aux succès de la prévention, y compris chez les personnes âgées. La participation des individus et la coopération des institutions sont des conditions indispensables pour modifier substantiellement le style de vie; en particulier, les services de santé publique ont une fonction importante pour mettre sur pied ces campagnes.

Summary

Strategies of Cardiovascular Prevention in Germany

The increased relevance of cardiovascular prevention for improved population health is mainly a result of recent epidemiologic research. The identification of essential risk factors of the arterio-sclerotic process as well as their interventive modification are generally accepted. The prolongation of life-expectancy has been achieved more and more by preventive successes in higher age. Participation of the individual and cooperation of institutions are essential prerequisites of the necessary life style change. The German health offices have to be prepared for essential functions in health management.

Literaturverzeichnis

- [1] Laaser U.: Prävention bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In: Schaefer H, Schipperges H und Wagner G, Hrsg. Präventive Medizin. Berlin-Heidelberg-New York: Springer, 1987: 155-165.
- [2] Laaser U.: Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP): Das Modell einer kooperativen Prävention. In: Halhuber C und Traenckner K, Hrsg. Die koronare Herzkrankheit - eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik. Erlangen: Perimed 1986: 212-232.
- [3] Entschliessung: Gesundheitserziehung und öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD). Entschliessung der 50. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 10. Dezember 1982 in Berlin. Prävention 1983; 2: 63.
- [4] Marmot M.G.: Social patterns in relation to social networks in cardiovascular disease. Isacson S O et al. Hrsg. Social Support Health and Disease. Stockholm: Almqvist and Wiksell International 1986: 59-69.
- [5] Lemke P., Laaser U.: Das epidemiologische Modell der Risikofaktoren und seine Umsetzbarkeit - die Epidemiologie in der Realität der Gesundheitspolitik. Medizin Mensch Gesellschaft 1986; 11: 215-225.
- [6] Community Control of Cardiovascular diseases. Evaluation of a comprehensive community programme for control of cardiovascular diseases in North Karelia, Finland 1972-1977. Copenhagen: WHO 1981.
- [7] Gutzwiler F., Junod B., Schweizer W.: Hrsg. Wirksamkeit der gemeindeorientierten Prävention kardiovaskulärer Krankheiten. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms 1 A. Bern-Stuttgart-Toronto: Huber, 1985.
- [8] GCP-Study-Group. The German Cardiovascular Prevention Study (GCP)-Design and Methods. European Heart Journal 1988 (inprint).
- [9] 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.
- [10] Friedewald W.T.: The American National High Blood Pressure Education Program. In: Laaser U, Senault R, Viehues, H. Hrsg. Primary Health Care in the Making. Berlin-Heidelberg: Springer, 1985: 484-467.
- [11] Olshansky S.J., Ault A.B.: The Fourth Stage of Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases. The Milbank Quarterly 1986; 64: 355-391.
- [12] Borgers D.: Risikofaktorenmedizin und Primärprävention beim Milden Bluthochdruck. Münchner Medizinische Wochenschrift 1982; 124: 655-659.

- [13] *Laaser U.*: Skizze einer Ethik der primären Prävention. DHP-Forum 1986; 1: 7–24.
- [14] *Kiang L., Dyer A.R.*: A Rank Statistic for assessing the Amount of Variation Explained by Risk Factors in Epidemiologic Studies. *American Journal of Epidemiology* 1979; 109: 597.
- [15] *Stason W.B., Weinstein M.C.*: Allocation of Resources to Manage Hypertension. *New England Journal* 1977; 31: 732–739.
- [16] *Keil U., Laaser U., Ganten D.*: The National Blood Pressure Program in the Federal Republic of Germany. In: Laaser U, Strasser Th: 1. Nationale Blutdruck-Konferenz. Blutdruckkontrolle, Ergebnisse und Erfahrungen. Frankfurt: pmi, 1987: 49–56.
- [17] *Thom T.J., Epstein F.H., Feldman J.J., Leaverton P.E.*: Trends in Total Mortality and Mortality from Heart Disease in 26 Countries from 1950–1978. *International Journal of Epidemiology* 1985; 14: 510–520.
- [18] *Laaser U., Allhoff P.*: Cardiovascular intervention studies, problems and perspectives. In: Kaufmann W; Hrsg. Primary Hypertension. Heidelberg: Springer, 1985: 145–151.
- [19] *Slovic P., Fischhoff B., Lichtenstein S.*: In: Kates R W, Hohenemser C, Kasperson J X. Hrsg. Perilous Progress: Managing the Hazards of Technology. Boulder, Co.: Westview 1985: 91–125.
- [20] Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG): Henschler D, Hrsg. Passivrauchen am Arbeitsplatz. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft, 1985.
- [21] Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg: Nichtraucher-Programm Baden-Württemberg. Freudenstadt: VDU-Verlag 1986. Band 2 der Schriftenreihe der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung.
- [22] *Franzkowiak P.*: Risikoverhalten und Gesundheitsbewusstsein bei Jugendlichen. Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer 1986.
- [23] *Karmaus W.*: Präventive Strategien und Gesundheitsverhalten. Argumente für eine soziale Medizin 1981; 9: 7–26.
- [24] *Laaser U.*: Lay Involvement in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: The Rhein-Neckar-Community Study (GRN). In: Laaser U, Senault R, Viefhues, H. Hrsg. Primary Health Care in the Making. Berlin-Heidelberg: Springer 1985: 524–534.
- [25] *Bourmer H., Kreuter H., Schlauss H.-J.*: Ärztliche Gesundheitsberatung. Leistungen und Abrechnungsmöglichkeiten. Deutsches Ärzteblatt 1985; 82: 3675–80.
- [26] *Müller M., Laaser U., Kröger A., Murza G.*: Zur Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Wertung der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Literatur. Das öffentliche Gesundheitswesen 1988; 50/6: 303–313.
- [27] Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe. Gesundheitsselfhilfe und professionelle Dienstleistungen. Soziale Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. Heidelberg: Springer 1987.
- [28] *Hopf E.-J.*: Die Richtlinie für Ländergesetze über das Gesundheitswesen und ihre Umsetzung in Landesrecht. Das öffentliche Gesundheitswesen 1978; 40: 418–427.
- [29] Landesarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg: Wege der Gesundheitserziehung. Tagungsband der ersten Landestagung der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg. Leinfelden, Echterdingen 13.9.1986. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg, Johannesstr. 75, 7000 Stuttgart 1.
- [30] Entschliessung zur Intensivierung der Hypertonie-Kontrolle in Nordrhein-Westfalen. Schloss Hugenpoet, 13. Februar 1987. In: Laaser U, Wilhelmsen L. Hrsg. Epidemiologie und Prävention der Hypertonie. Frankfurt: pmi 1988: 118–123.
- [31] *Murza G., Laaser U.*: Kooperative Prävention auf dem Prüfstand der Praxis. Umfrage bei den Gesundheitsämtern in Nordrhein-Westfalen zur Existenz von Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung. Das öffentliche Gesundheitswesen 1988; 50: 151–154.
- [32] *Neuhaus R., Schröder W.F.*: Modellversuche zur kommunalen Planung im Gesundheitswesen. Das öffentliche Gesundheitswesen 1986; 48: 666–669.
- [33] *Wenzel H., Laaser U.*: Lebensjahre und Lebensqualität. Ein Konzept zur Kostenbewertung der Hypertonie. In: Laaser U. und Wilhelmsen L. Hrsg. Epidemiologie und Prävention der Hypertonie. Frankfurt: pmi 1988: 105–117.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ulrich Laaser
 Institut für Dokumentation und
 Information, Sozialmedizin und
 öffentliches Gesundheitswesen (IDIS)
 Westerfeldstrasse 35–37
 D-4800 Bielefeld 1