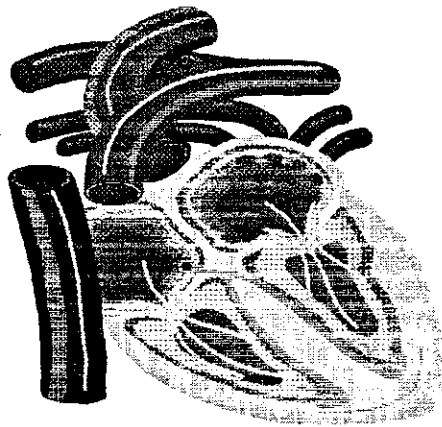


2. Bezirkliche Gesundheitskonferenz
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen -
(K)ein Thema für den Bezirk Marzahn?



11. September 1996, Freizeitforum Marzahn, Marzahner Promenade 55, 12679 Berlin

Herausgeber:

Bezirksamt Marzahn von Berlin
Abt. Gesundheit und Soziales
Plan- und Leitstelle Gesundheit und Soziales
Martha-Arendsee-Str. 4, 12681 Berlin



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes starben im Jahr 1995 insgesamt 885 000 Menschen in Deutschland.

Bei nahezu jedem zweiten Verstorbenen (429 000 Sterbefälle) wurde der Tod durch eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems ausgelöst. 87 600 Menschen verstarben durch einen akuten Herzinfarkt. So sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Todesursache Nummer 1. Aus diesem Grund stellte sich die 2. Bezirkliche Gesundheitskonferenz das Thema -Herz-Kreislauf-Erkrankungen- (Kein Thema für den Bezirk Marzahn?

Im Verlauf der Konferenz wurde über das Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen in bezug auf die Epidemiologie, Prävention, Akutversorgung und Behandlung referiert. Die Diskussion ergab einen Erfahrungsaustausch zwischen Forschern und Praktikern.

Ausgehend von der Tatsache, daß sich im Bezirk Marzahn die Zahl der über 50jährigen Menschen bis zum Jahr 2010 verdoppeln wird, kommt einem bewußten Gesundheitsverhalten und einer gezielten Prophylaxe in bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine große Bedeutung zu.

Wir übergeben Ihnen hiermit den Tagungsband zu dieser Veranstaltung und danken allen Beteiligten und Gästen für Ihre Mitwirkung und Ihr Interesse.

Mit freundlichen Grüßen



Reinauer

Bezirksstadträtin für Gesundheit und Soziales

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorträge anlässlich der Fachtagung	
Epidemiologie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen Frau Dipl.- Med. Karger	5
Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen Herr Dr. Willenbrock	12
Primär- und Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen Herr OMR Dr. Seidel	13
„BRAHMS“, Vorstellung der Feldstudie Herr Hahn	14
Notärztliche Behandlung akuter Herz-Kreislauf-Krankheiten im Versorgungs- gebiet des Notarztwagens des Krankenhauses Weißensee (Marzahn) Herr Dr. Schmidt	
Gegenwärtiger Stand der Sportangebote für Herz-Kreislauf-Kranke in Marzahn Herr Dr. Höppner	19
Zusammenfassung	20
Referenten	21

Epidemiologie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Dipl.-Med. U. Karger

Die Herz-Kreislauf-Krankheiten sind in Deutschland Todesursache Nr. 1. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurde bei jedem Zweiten, d.h. bei 49,1 % von insgesamt 885.000 Verstorbenen im Jahr 1995 eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems als Todesursache registriert. Allein 87.600 Menschen starben an einem akuten Herzinfarkt.

Weltweit starben 1993 51 Mio. Menschen, davon jedoch nur 19 % an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Mit 32 % waren Infektionen und parasitäre Erkrankungen die häufigste Todesursache.

Haupttodesursache in Berlin waren 1995 die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems mit 18.467 Sterbefällen und einem Anteil von 47,1 % an allen Todesursachen.

In Marzahn standen 1995 die Herz-Kreislauf-Krankheiten mit 47,8 % als Todesursache an erster Stelle. Von den 455 an Herz-Kreislauf-Krankheiten Verstorbenen waren

	bei	107	Hirngefäßkrankheiten
	bei	311	Herzkrankheiten
und	bei	37	sonstige Herz-Kreislauf-Krankheiten die Todesursache.

Von den 161 1995 in Marzahn an Herz-Kreislauf-Krankheiten gestorbenen Männern war einer unter 35 Jahre alt, 66 im Alter von 35 bis unter 65 Jahren, 71 im Alter von 65 bis unter 85 Jahren und 23 85 und mehr Jahre alt. Die Altersverteilung der an Herz-Kreislauf-Krankheiten gestorbenen Frauen unterscheidet sich deutlich von der der Männer. Nur 9,9 % waren in einem Alter unter 65 Jahre, dagegen 35,2 % in einem Alter von 85 und mehr Jahren.

Bei dieser Darstellung wird der hohe Anteil der 35 bis 65jährigen Männer an den an Herz-Kreislauf-Krankheiten Gestorbenen in Marzahn deutlich.

Von der Senatsverwaltung für Gesundheit wurde im März 1995 das Diskussionspapier 23 „Vermeidbare Sterbefälle in Berlin (1983-1992)“ herausgegeben. In dieser Studie werden die vermeidbaren Sterbefälle in Berlin (West und Ost) von 1983 bis 1992 mit den alten und neuen Bundesländern verglichen.

Vermeidbare Todesfälle sind ein Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung und die Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsversorgung. Vermeidbar heißt, daß nach heutigem medizinischem Wissensstand eine erfolgreiche Behandlung bzw. Verhinderung der jeweiligen Erkrankung möglich wäre und damit diese Sterbefälle vermieden werden könnten.

Eine von der Europäischen Gemeinschaft beauftragte Arbeitsgruppe definiert 29 Todesursachen bzw. Todesursachengruppen innerhalb bestimmter Altersgruppen, das 65. Lebensjahr zumeist nicht überschreitend, als vermeidbar. 12 Todesursachen u. -gruppen des Indikators „Vermeidbare Sterbefälle“ wurden 1991 in den Indikatorenatz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder aufgenommen, und zwar die häufigsten Ursachen, mit denen etwa 97 % aller vermeidbaren Sterbefälle erfaßt werden.

Zur Gruppe der Todesursachen, die sowohl durch therapeutische als auch durch präventive Maßnahmen vermieden werden könnten, gehören auch die Hypertonie und Krankheiten des cerebrovaskulären Systems sowie die Ischämischen Herzkrankheiten.

1. Hypertonie und Schlaganfall

Die altersspezifische Sterblichkeit an Hypertonie und Schlaganfall beginnt oberhalb des 35. Lebensjahres und steigt ab dem 55. Lebensjahr steil an.

Für den Altersbereich der 35 bis unter 65jährigen werden Sterbefälle an Hypertonie und Schlaganfall als vermeidbar eingestuft.

2. Ischämische Herzkrankheiten

Von den Sterbefällen, die auf eine Herz-Kreislauf-Krankheit zurückzuführen sind, werden über 40 % durch ischämische Herzkrankheiten verursacht.

Für den Altersbereich der 35 bis unter 65jährigen werden Sterbefälle an ischämischen Herzkrankheiten als vermeidbar eingestuft.

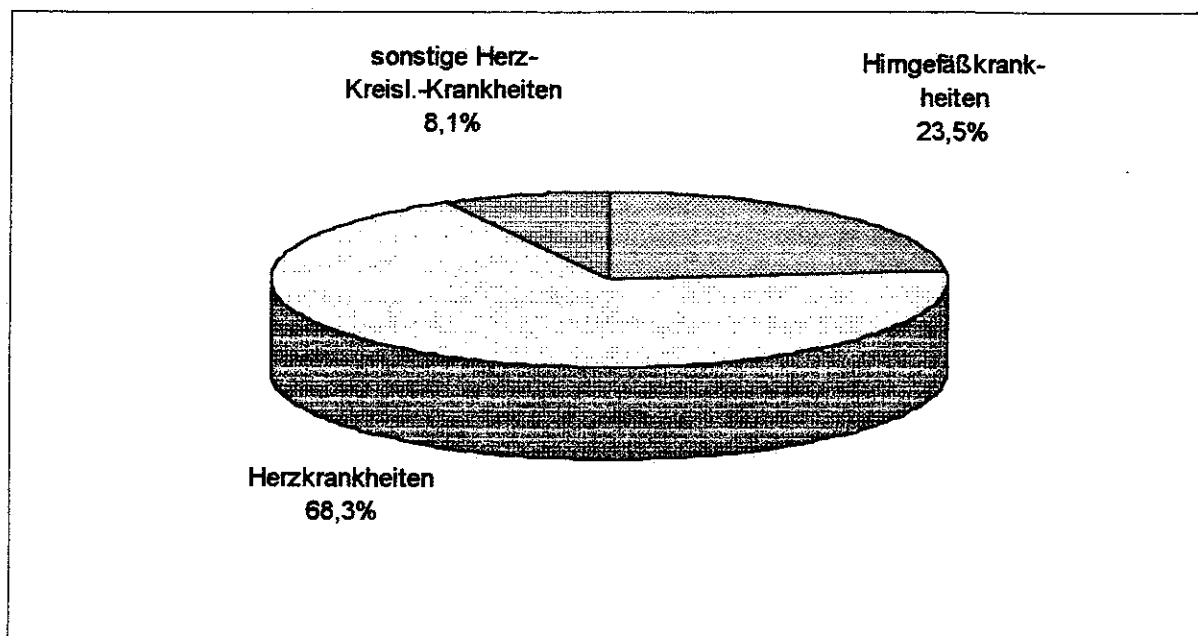
Der Marzahner Lebensbaum, basierend auf der fortgeschriebenen Bevölkerung am 31.12.1994 zeigt einen hohen Anteil an 35 bis 45jährigen Marzahnern.

Die Zahl der älteren Marzahner nimmt jedoch zu. Der Anteil der melderechtlich registrierten Einwohner Marzahns im Alter von 50 - 65 Jahren stieg von 14,5 % im Jahr 1994 auf 14,9 % im Jahr 1995. 1994 waren 6,0 % der melderechtlich registrierten Einwohner Marzahns 65 Jahre und älter, 1995 waren es schon 6,6 %.

Im Altenreport Marzahn, erstellt vom Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V. werden mögliche Varianten der demographischen Entwicklung im Bezirk dargestellt. Die Prognose der Bevölkerungsentwicklung sagt aus, daß die Zahl der Personen mit 50 Jahren und älter rasch zunimmt und sich bis zum Jahr 2010 verdoppeln wird. Der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung wird auf ca. 12 % steigen.

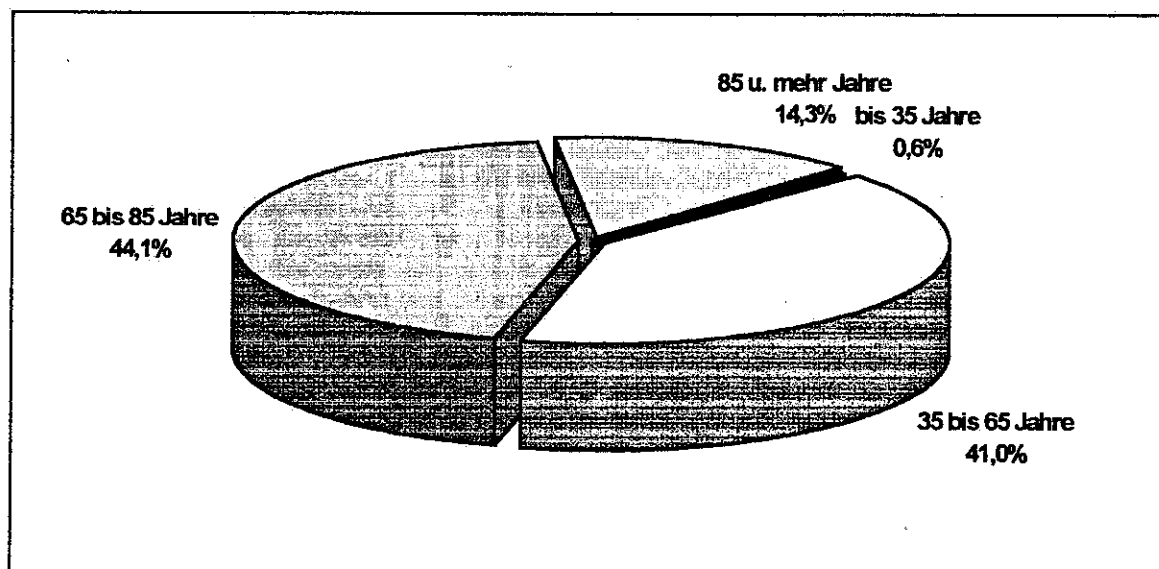
Damit wird es zwangsläufig auch zur Zunahme von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Marzahner Bevölkerung kommen. Daraus stellt sich uns die Frage "Welche Möglichkeiten bestehen im Bezirk Marzahn, auf diese Geschehnisse unter präventiven Gesichtspunkten Einfluß zu nehmen?"

Gestorbene an Herz-Kreislauf-Krankheiten (ICD 390-459) in Marzahn 1995



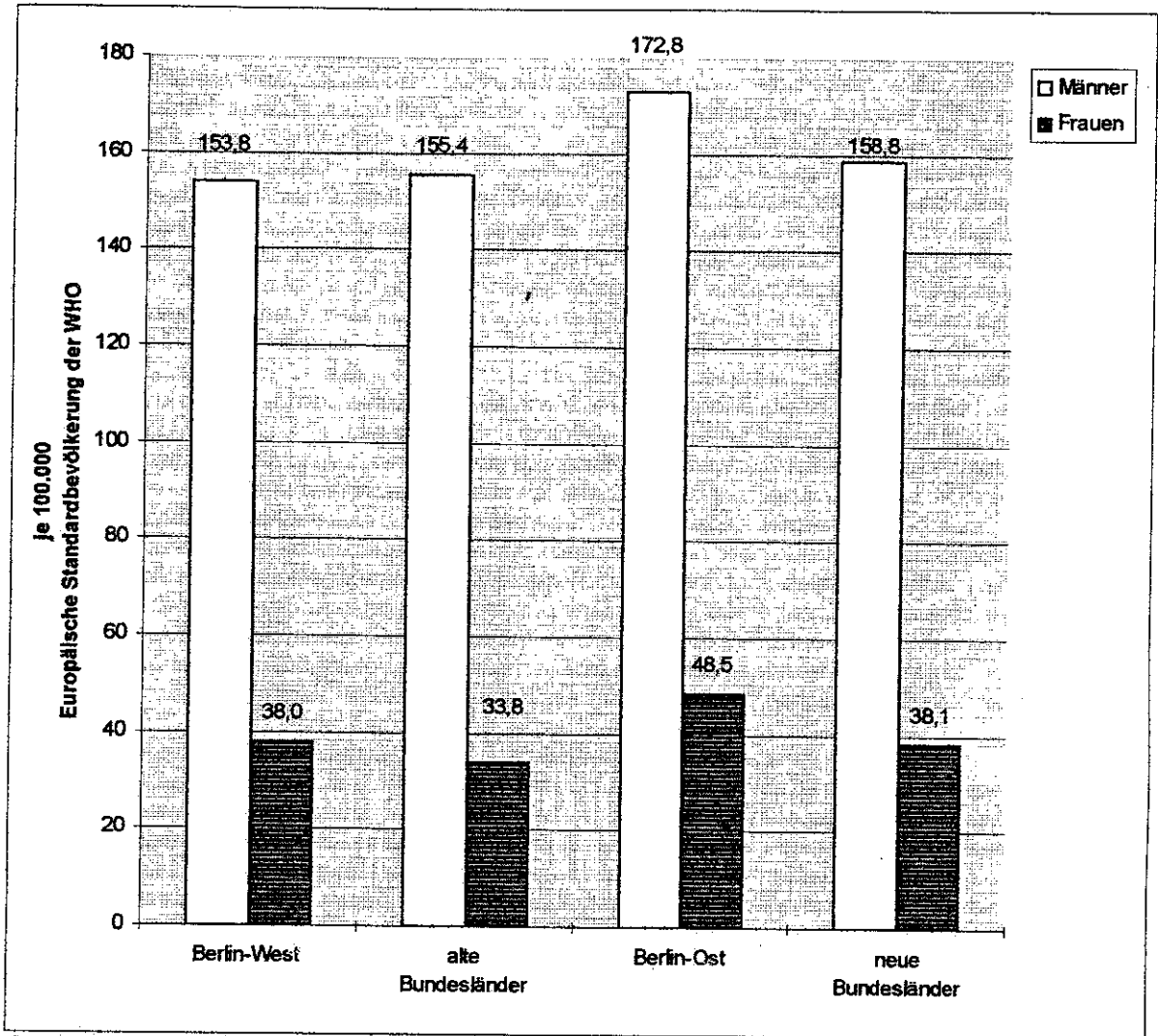
Quelle: StaLa

Gestorbene Männer an Herz-Kreislauf-Krankheiten in Marzahn 1995 nach Altersgruppen



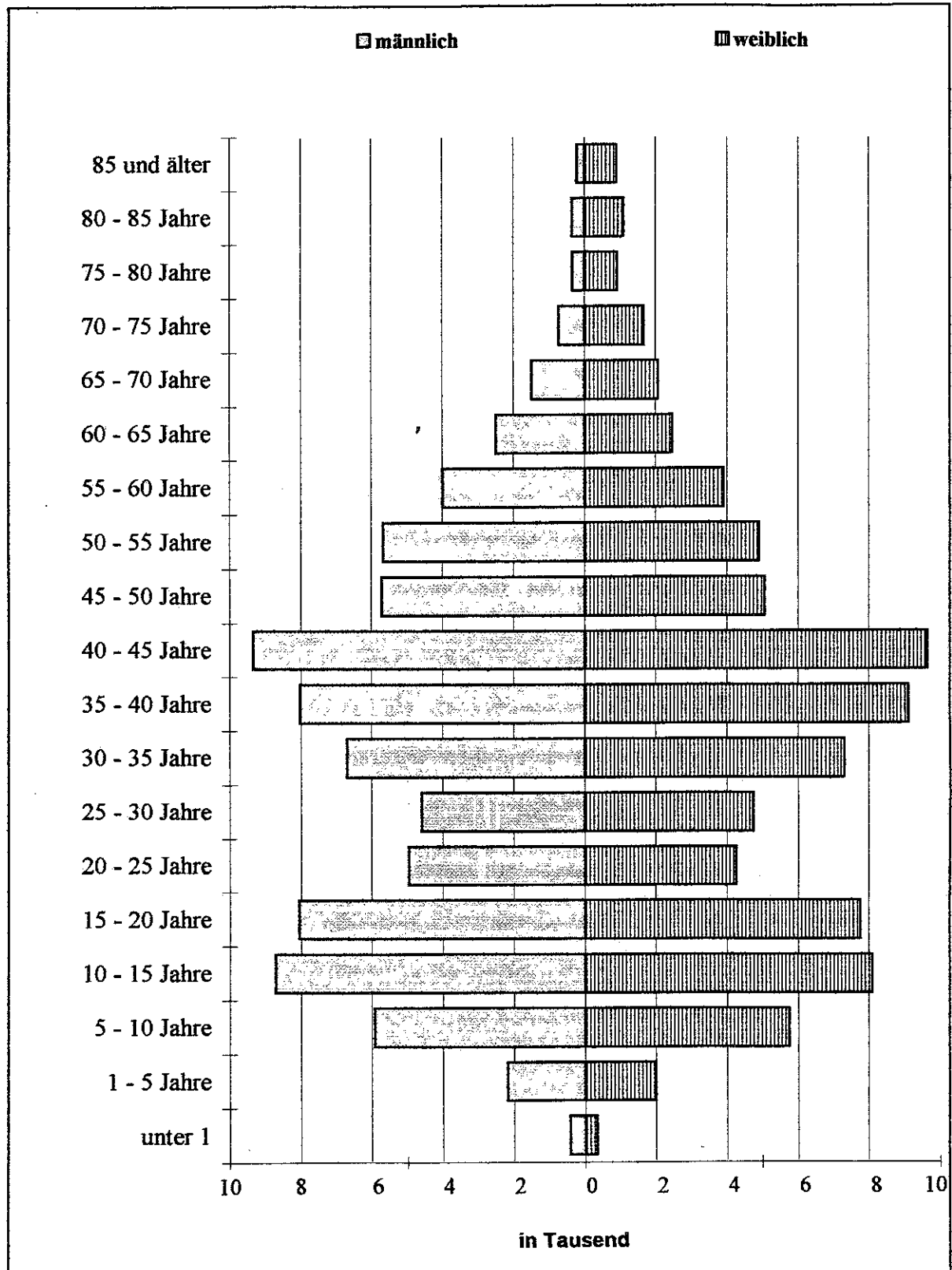
Quelle: StaLa

Gestorbene an Ischämischen Herzkrankheiten im Alter von 35 bis unter 65 Jahren (1983-1992)



Quelle: SenGes

Fortgeschriebene Bevölkerung Marzahn 1994



Quelle: StaLa

Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Dr. R. Willenbrock

Herz- und Kreislauferkrankungen sind mit einem Anteil von 58% (1991) die wichtigste Todesursache in der westlichen Welt. Der Großteil dieser Todesfälle wird durch den akuten Herzinfarkt und die Herzinsuffizienz verursacht. Die Herzinsuffizienz entstand in den vergangenen Jahrzehnten am häufigsten aufgrund schlecht behandelter arterieller Hypertonie (Bluthochdruck). Da dieser jedoch besser erkannt und fast immer erfolgreich behandelt werden kann, hat die Hypertonie für die Entwicklung der Herzinsuffizienz an Bedeutung verloren.

Die wesentlichste Ursache ist heute die koronare Herzerkrankung, d.h. eine Einengung der Herzkranzgefäße. Diese macht sich an typischen Brustschmerzen, Übelkeit und Kreislaufschwäche u.a. Symptomen bemerkbar. In vielen Fällen bleibt sie jedoch bis zum Auftreten eines Herzinfarktes unbemerkt. Für eine erfolgreiche Verringerung der Herzerkrankungen als Todesursache sind mehrere Ansätze wichtig. Zum einen die Verringerung der Risikofaktoren: Rauchen, Übergewicht, erhöhte Blutfette (LDL-Cholesterin), Bewegungsmangel u.a. sind ja hinreichend bekannt. Bei Auftreten von verdächtigen Symptomen (thorakaler Brustschmerz, evtl. Ausstrahlung in den linken Arm und den Hals) ist eine Erkennung einer Infarktgefahr durch EKG, Belastungs-EKG, Myokardszintigraphie etc. bedeutend. Im akuten Infarkt kann durch eine schnelle medikamentöse Therapie viel vitaler Herzmuskel gerettet werden und damit sowohl das Überleben während der akuten Infarktphase als auch die langfristige Prognose günstig beeinflusst werden. Entscheidend für die Überlebensdauer und die Lebensqualität ist die Funktion des Herzmuskels nach durchgemachtem Infarkt. Verbesserungen der medikamentösen Therapie haben die akute Behandlung verbessern können. So zeigte z.B. die GUSTO-Studie, daß mit einem neuen Medikament (t-PA) die akute Sterberate von 9.8 auf 9.0 % gesenkt werden konnte.

Untersuchungen in den letzten beiden Jahren haben darüber hinaus jedoch gezeigt, daß eine schnelle Wiedereröffnung des verschlossenen Infarktgefäßes am besten mit der Herzkathetertechnik erfolgen kann. Dabei wird über ein Gefäß in der Leiste in örtlicher Betäubung ein kleiner Katheter zum Herzen vorgeführt und mittels eines speziellen Drahtes der Verschuß wieder durchgängig gemacht und mit einem speziellen Ballon weiter gedehnt (PTCA). Wenn dieses Verfahren 24-Stunden am Tag kurzfristig zur Verfügung steht (wie in der Franz-Volhard-Klinik und anderen großen Zentren in Berlin), werden mit diesem Therapieverfahren die schnellsten Wiedereröffnungen der verschlossenen Gefäße erreicht. Die Dauer des Verschlusses ist entscheidend für den Verlust an Herzmuskel, der wiederum ja für das weitere Über-Leben bestimmend ist.

Zusätzlich ist jedoch vor allem der Zeitraum entscheidend, der vergeht bis der Patient mit einem frischen Infarkt in die Klinik kommt. Oft vergehen dabei wertvolle Minuten und Stunden. Aufklärungskampagnen haben die Zeit bis zur Klinikaufnahme deutlich verkürzen können.

Primär- und Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

OMR Dr. R. Seidel

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in der Bundesrepublik Deutschland mit 50 % die häufigste Todesursache dar. Deshalb gibt es große Bemühungen, die Morbidität und Letalität im Rahmen der Prävention zu senken.

Die primäre Prävention ist auf die Verhütung der Manifestation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gerichtet. Die sekundäre Prävention setzt nach der Erstmanifestation der Krankheit ein und will Progredienz und Komplikationen verhindern.

Ansatzpunkte für beide Präventionsarten sind die vorhandenen (vermeidbare und beeinflussbare) Risikofaktoren.

Probleme wie Aufwand, Kosten und Nutzen werden diskutiert.

Anhand eigener Erfahrungen werden die Einflußmöglichkeiten auf den Patienten und die Krankheit dargestellt. Verantwortungen werden zugewiesen.

„BRAHMS“, Vorstellung der Feldstudie

A. Hahn

Die „Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ - BRAHMS¹

André Hahn, Britta Renner & Thomas von Lengerke
Freie Universität Berlin

Mit Screenings, also standardisierten Überprüfungen gesundheitsrelevanter körperlicher Faktoren, wird einerseits das Ziel verfolgt, möglichst viele Risikopersonen zu identifizieren und ihnen bei Bedarf geeignete Behandlungsmöglichkeiten zu vermitteln. Das öffentliche Bewußtsein für die thematisierte Problematik soll gestärkt und der allgemeine Wissenstand verbessert werden. Andererseits versprechen sich viele Anbieter (a) einen günstigen Effekt auf bislang ungünstige Gesundheitsverhaltensweisen, (b) einen stabilisierenden Verhaltenseffekt bei Personen mit guten Kennwerten und (c) langfristig sogar Verbesserungen bei den Werten selbst.

Die „Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS) befaßt sich mit der Wirkung eines Cholesterin- und Blutdruckscreenings. Im April 1994 wurden 1.518 Personen in den Berliner Stadtbezirken Charlottenburg, Dahlem, Marzahn und Mitte untersucht. Im Rahmen einer öffentlichen Vorsorgeuntersuchung wurden bei jedem Teilnehmer die Blutdruck- und Cholesterinwerte (Gesamtcholesterin und HDL) bestimmt. Jedem Teilnehmer wurde die gesundheitliche Bedeutung der mitgeteilten Befunde ausführlich erläutert. Im Oktober 1994 fand eine Nachfolgeuntersuchung statt. Ungefähr 40 Prozent (619 Personen) nahmen auch an diesem zweiten Screening teil. Diese Gruppe wurde mit einer Kontrollgruppe verglichen, die wie die Screeningteilnehmer einen ausführlichen Fragebogen bearbeitete, deren Blutdruck- und Cholesterinwerte jedoch *nicht* bestimmt wurden. Diese Kontrollstichprobe umfaßt 639 Personen, von denen im Oktober 436 Personen (68 Prozent) erneut an der Befragung teilnahmen.

Im folgenden geben wir schlaglichtartig einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der Studie (ein umfangreicher Forschungsbericht ist ebenfalls verfügbar; vgl. Renner, Lengerke & Hahn, 1996). Im Anhang findet sich eine Tabelle, die die Demographie und die Gesundheitsparameter der vier Untersuchungsbezirke vergleicht.

I. Stichprobenmerkmale

	Anzahl der Personen	Frauenanteil	Durchschnittsalter
Kontrollgruppe:	639	67 %	37
Screeninggruppe:	1.518	53 %	41
Längsschnitt	619	49 %	46
Teillängsschnitt	198	60 %	39
Drop-out	699	56 %	37

Anmerkung. Mit Teillängsschnitt sind hier Teilnehmer der Screeninggruppe bezeichnet, die zum zweiten Erhebungszeitpunkt nur noch einen weiteren Fragebogen ausgefüllt haben, aber nicht erneut am Screening teilnahmen.

¹ BRAHMS ist ein Gemeinschaftsprojekt der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung für Berlin und Brandenburg. Es wird gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft und die Kommission für Forschung und Wissenschaftlichen Nachwuchs der Freien Universität Berlin. Für die wissenschaftliche Projektkonzeption und -durchführung sind Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Dipl.-Psych. André Hahn, Dipl.-Psych. Thomas von Lengerke und Dipl.-Psych. Britta Renner verantwortlich. Das Projekt endet nach dreijähriger Laufzeit am 30. September 1996.

2. Gesundheitsparameter der Screeninggruppe im April 1994

	Gesamt (Durchschnitt)	Frauen	Männer	% mind. Grenzbereich
Cholesterin	218 mg/dl	218 mg/dl	216 mg/dl	63 %
HDL-Fraktion	48 mg/dl	54 mg/dl	42 mg/dl	49 %
Systole	127 mmHg	121 mmHg	132 mmHg	28 %
Diastole	79 mmHg	75 mmHg	81 mmHg	24 %
BMI	24.5 kg/m ²	24 kg/m ²	25 kg/m ²	46 %
Risikoprofil	15 %	8 %	22 %	--

Anmerkung. Als Person mit Risikoprofil zählt wer Werte im pathologischen Bereich bei mindestens zwei der fünf Faktoren hat.

3. Veränderung der physiologischen Parameter

	Gesamtveränderung	Veränderung in der Hochrisikogruppe
Cholesterin	- 7 mg/dl	- 19 mg/dl
HDL-Fraktion	+ 9 mg/dl	+ 14 mg/dl
Systole	- 2 mmHg	- 20 mmHg
Diastole	- 3 mmHg	- 13 mmHg
BMI (kg/m ²)	-0.35 (Frauen) -0.39 (Männer)	-0.86 (Frauen) -1.06 (Männer)
Risikoprofil	80 %	--

4. Bekanntheitsgrad der Werte im April 1994

- Personen, deren Cholesterinwerte erstmals bestimmt wurden, hatten in 47 % der Fälle erhöhte Blutfette.
- Personen, deren Cholesterinwerte bereits zuvor bei anderer Gelegenheit bestimmt worden waren, hatten in 41 % der Fälle einen ungünstigeren Befund als zuvor.
- Personen, deren Blutdruckwerte bereits zuvor bei anderer Gelegenheit bestimmt worden waren, hatten in 27 % der Fälle einen ungünstigeren Befund als zuvor.

5. Erwartung an das Testresultat im April 1994

Die Cholesterinwerte waren bei 35 % der Teilnehmer höher und bei 17 % geringer als von den Teilnehmern selbst erwartet. Ähnlich beim Blutdruck: auch hier hatten 26 % einen höheren und 9 % einen geringeren Testwert als erwartet.

- Je höher der gemessene Wert war, desto höher wurde die gesundheitliche Gefährdung und der persönliche Handlungsbedarf eingeschätzt.
- Personen, die unerwartet mit einem Risiko konfrontiert wurden, nahmen eine geringere Gefährdung und einen geringeren Handlungsbedarf wahr als Personen, die bereits selbst mit dem Risiko gerechnet hatten.
- Personen, die unerwartet kein Risiko trugen, schätzten ihre gesundheitliche Gefährdung höher ein und sahen einen größeren Handlungsbedarf als Personen, die diese Rückmeldung bereits erwartet hatten.

6. Wissen über Cholesterin und Blutdruck

- Die Screeninggruppe weist einen höheren Wissenszuwachs als die Kontrollgruppe auf.
- Das eigene Wissen wird im Mittel höher eingeschätzt als das anderer Personen. Dieser Effekt tritt verstärkt in der Screeninggruppe zum zweiten Meßzeitpunkt auf.
- Je besser das eigene Wissen im sozialen Vergleich eingestuft wurde, desto höher war die Zufriedenheit mit dem eigenen Wissen.
- Je höher die Zufriedenheit mit dem eigenen Wissen war, desto geringer fiel der Lernzuwachs aus.

7. Schutzmotivation

- Die Screeninggruppe weist eine höhere Schutzmotivation als die Kontrollgruppe auf. Sie will sich gesundheitsbewußter verhalten. Konkret haben sich die Screeningteilnehmer vorgenommen, ihre Ernährung gesünder zu gestalten, regelmäßig Sport zu treiben, weniger Alkohol zu trinken und an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen.
- Screeningteilnehmer mit einem ungünstigen Risikostatus sind stärker motiviert, in Zukunft gesund zu essen, regelmäßig Sport zu treiben und weniger Alkohol zu trinken als Personen mit optimalen Werten.

8. Erwartete Vor- und Nachteile gesunden Verhaltens

- Je mehr Vorteile und je weniger Nachteile sich die Screeningteilnehmer von gesundheitsbewußtem Verhalten versprechen, desto motivierter sind sie, das Verhalten in Zukunft zu ändern.
- Der erwartete Nutzen eines Verhaltens war für die Entscheidung, künftig gesünder zu leben, wichtiger als die befürchteten Nachteile.
- Personen mit optimalen Werten, die gleichzeitig von den Vorteilen einer gesunden Ernährung überzeugt sind, sind ebenso stark motiviert, gesund zu essen, wie die Gruppe mit pathologischen Werten, die wenige Vorteile erwarten.

9. Schutzmotivation und Verhalten

- Die Screeningteilnehmer mit den ausgeprägtesten Vorsätzen waren auch diejenigen, die sich am ehesten gesund ernährten und häufig Sport trieben. „Gute“ Vorsätze wurden von ihnen in die Tat umgesetzt.

10. Screening und Verhalten

- Die bloße Screeningteilnahme führte zu keiner Verhaltensveränderung.
- Die Veränderungen des Ernährungsverhaltens und des Alkoholkonsums waren bei den Risikopersonen etwas ausgeprägter als bei Personen mit optimalen Werten. Demgegenüber war der größte Zuwachs im Sportverhalten bei den Personen mit optimalen Werten zu verzeichnen.

11. Subjektive Kompetenz und Verhalten

- Für alle Risikogruppen war die subjektive Kompetenz, eine Verhaltensweise tatsächlich ausführen zu können, förderlich für eine gesunde Lebensweise.

Die Untersuchungsergebnisse sprechen insgesamt eindeutig für Screenings als wirksame und ökonomisch günstige Maßnahme der Gesundheitsförderung. Screenings haben dabei eine Breitenwirkung nach außen und bieten gleichzeitig Informationen für den Einzelnen. Screenings vereinigen daher in nahezu idealer Weise Merkmale individual- und bevölkerungsstrategischer Formen der Gesundheitsförderung. Für die Träger bieten sich außerdem ausgezeichnete Möglichkeiten der Außendarstellung oder aber auch - wie etwa im Fall von Krankenkassen - Möglichkeiten für die Mitgliederbetreuung.

Dennoch sollte ein Screening einige "Mindestanforderungen" erfüllen, die über die Mitteilung und Erläuterung der Meßresultate hinaus gehen. So sind Screenings ohne ein anschließendes fachkompetentes Beratungsangebot nicht sinnvoll. Teilnehmer mit ungünstigen Werten haben verständlicherweise einen "Klärungsbedarf" und sind darüber hinaus häufig beunruhigt. Auch hat sich gezeigt, daß Teilnehmer von Screenings in der Beratung sehr aufmerksam und offen für Empfehlungen und Ratschläge sind. Damit bekommt das Beratungsgespräch eine besonders wichtige Funktion für den Erfolg der ganzen Aktion. Auf der Grundlage dieser Studie lassen sich einige Empfehlungen für ein solches Beratungsgespräch geben:

- (a) Es sollte vor dem Screening erfragt werden, welches Testresultat von den teilnehmenden Personen erwartet wird. Personen mit Werten, die *nicht* ihrer Erwartung entsprachen, sollte im Beratungsgespräch besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da diese nur wenig motiviert waren ihre bisherigen Gewohnheiten zu verändern.
- (b) Der "Wissensstand" des Teilnehmers sollte ermittelt werden, etwa über ein kurzes "Quiz". Dies ermöglicht dem Berater zum einen, nicht fälschlicherweise Kenntnisse anzunehmen, die noch gar nicht vorhanden sind (und den Teilnehmer womöglich zu überfordern), und hilft zum anderen, *gezielt* Mißverständnisse zu klären oder fehlendes Wissen *gezielt* zu ergänzen.
- (c) Bei bestehenden ungünstigen Werten sollten Möglichkeiten zu deren Modifikation erläutert werden. Hierbei ist nicht nur die vielversprechendste Maßnahme zu ermitteln, sondern insbesondere die Passung zu den individuellen Voraussetzungen zu klären ("Welche Möglichkeiten sportlicher Aktivität bietet das Wohnumfeld?"; "Ist das Wissen über Nahrungsmittel ausreichend?"; "Gibt es Menschen, die die Bemühungen unterstützen könnten?").
- (d) Wenn Veränderungen bestimmter Verhaltensweisen empfohlen werden, dann sollten die Erwartungen an die hiermit zu erreichende Verbesserung der Werte nicht zu hoch gesetzt werden. Bleiben die Veränderungen bei ärztlichen Nachuntersuchungen aus, so wird man schnell entmutigt sein und die vielleicht mühevollen Anstrengungen wieder aufgeben.
- (e) Letztlich sollte darauf geachtet werden, daß die empfohlenen Maßnahmen den Betroffenen nicht sichtlich überfordern. Vielmehr sollten möglichst klare und eindeutige Ziele genannt werden, die als sofort realisierbar eingeschätzt werden. Diese "Sofortmaßnahmen" sind im günstigsten Fall Zwischenschritte in Richtung auf eine verbesserte Gesundheit.

Ideal wäre es, wenn neben einer Beratung auch gezielte Angebote zum Aufbau nicht vorhandener oder unzureichender individueller Kompetenzen gemacht werden können. Dies könnten Schulungen oder spezielle Gesundheitskurse beispielsweise zur Umstellung auf cholesterinarme Ernährung leisten. In diesem Sinne tragen öffentliche Screeningangebote auch zu einer stärkeren Verzahnung der verschiedenen Maßnahmen und Angebote der Gesundheitsförderung bei.

Literaturhinweis

Renner, B., Lengerke, von T. & Hahn, A. (1996). *Risiko kennen, Verhalten ändern? Zur Wirkung von Risikoinformationen auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Gesundheitsverhalten. Ergebnisse der Berlin Risk Appraisal & Health Motivation Study (BRAHMS)*. Berlin: Techniker Krankenkasse, Landesvertretung für Berlin und Brandenburg.

Anhang

Demographie und Gesundheitsparameter der vier Untersuchungsbezirke im Vergleich.

	Frauen- anteil	Alter (Jahre)	Gesamt- Cholesterin (mg/dl)	HDL (mg/dl)	Systole (mmHg)	Diastole (mmHg)	BMI Frauen	BMI Männer
Marzahn	56 %	44	224	50	128	78	25	26
Mitte (HU)	59 %	28	187	55	122	74	22	23
Charlottenburg	58 %	51	226	49	134	82	23	25
Dahlem (FU)	66 %	27	191	51	117	72	22	23

Anmerkung. Die Zahlen beruhen auf allen Screeningteilnehmern des ersten Erhebungszeitraums im April 1994. In den Bezirken Mitte und Dahlem wurden die Erhebungen an den Universitäten durchgeführt. Daher ist hier das Durchschnittsalter der Teilnehmer wesentlich geringer. Statistische Analysen erbringen bei Kontrolle der demographischen Variablen keine Unterschiede zwischen den Bezirken, wohl aber eine Tendenz vergleichsweise günstigerer Blutdruckwerte in Marzahn.

Gegenwärtiger Stand der Sportangebote für Herz-Kreislauf-Kranke in Marzahn

Dr. G. Höppner

Regelmäßiger Sport verändert das Profil der Blutfette in günstiger Weise, senkt den Blutdruck, senkt die Herzfrequenz und beugt auch einem anderen Risikofaktor für die koronare Herzerkrankung - dem Typ II Diabetes - vor. Durch regelmäßig betriebenen Ausdauersport und vernünftige Lebensweise können sieben von acht Herzinfarkten vermieden werden. In der Bundesrepublik stehen den Bürgern 40 000 Vereine für Herz-Kreislauf-Training zur Sekundärprophylaxe mit Ausdauertraining unter ärztlicher Kontrolle und geschulten Übungsleitern zur Verfügung. Die Finanzierung der Coronaren Übungsgruppen erfolgt durch Mitgliederbeiträge (10,- DM je Monat in Marzahn) und durch Zuzahlung der Krankenkassen (in den neuen Bundesländern 5,- DM bis 6,25 DM je Übungseinheit und in den alten Bundesländern 7,50 bis 12,- DM je Übungseinheit) und durch die kostenlose Bereitstellung von Turnhallen durch das jeweilige Bezirksamt.

Im Verein zur Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen von Berlin-Marzahn e.V. nehmen z.Zt. 84 Bürger aktiv in 4 Gruppen am Koronarsport teil (dienstags und donnerstags 10.00 bis 12.00 Uhr, montags 18.30 bis 20.00 Uhr). Probleme im Stadtbezirk ergeben sich durch fehlende Vormittagszeiten in den Turnhallen, da es insgesamt zu wenig gibt. Weitere Probleme bestehen in der Nutzung der Turnhallen in den Ferienzeiten, da wegen Mangel an Geld für die Reinigungsfirmen die Turnhallen in den Ferien nicht gesäubert werden und deshalb für die Vereine geschlossen sind.

Bei Ausweich auf private Fitneßzentren ist eine Finanzierung der Gruppen bald nicht mehr möglich, da eine Raummiete gezahlt werden muß. Bei der derzeitigen Situation kann der Verein nur durch Erhöhung der Mitgliederbeiträge den Bestand erhalten.

Der Verein wird von Patienten ehrenamtlich geleitet, die Ausgaben beschränken sich deshalb auf Briefpost, Briefporto und je 50,- DM für den Arzt und den Übungsleiter. Der Verein erwartet vom Bezirksamt freie Kapazitäten zur Sportausübung in den Vormittagsstunden bzw. eine Übernahme der Raummiete im Fitneßzentrum und die Klärung der Reinigung der Turnhallen in den Ferienzeiten, denn nicht nur unser Verein nutzt diese Turnhallen, sondern auch andere Vereine wie z.B. Rollstuhlsport usw.

Zusammenfassung

Am 11. September 1996 fand die 2. Bezirkliche Gesundheitskonferenz statt. Sie stand unter dem Motto

Herz-Kreislauf-Erkrankungen
(K)ein Thema für den Bezirk Marzahn?

Diese Thematik wurde gewählt, da Herz-Kreislauf-Leiden die häufigste Todesursache in Deutschland sind.

Nach einer epidemiologischen Darstellung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen für den Bezirk Marzahn durch Frau Dipl.- Med. Karger sprach Herr Dr. Willenbrock zur Bedeutung dieses Krankheitsbildes. Er stellte heraus, daß der Großteil der Todesfälle von Herz-Kreislauf-Erkrankten durch den akuten Herzinfarkt und die Herzinsuffizienz verursacht sind. Neben einer Verringerung der Risikofaktoren nannte er die rechtzeitige Erkennung einer Infarktgefahr und die schnelle medikamentöse Behandlung als entscheidende Punkte für eine Überlebenschance.

Herr OMR Dr. Seidel erläuterte aus der Sicht des niedergelassenen Arztes Primär- und Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Mit Interesse wurde auch die von Herrn Hahn vorgestellte Studie zum Gesundheitsverhalten einer Berliner Population als Gemeinschaftsprojekt der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung für Berlin und Brandenburg, verfolgt.

Aufschluß über die notärztliche Behandlung akuter Herz-Kreislauf-Krankheiten bei der Marzahner Bevölkerung gaben die Ausführungen von Herrn Dr. Schmidt vom Notarztwagen-Stützpunkt des Krankenhauses Weißensee.

Den Abschluß der Referate bildete der Beitrag von Herrn Dr. Höppner, Kardiologe im Bezirk. Er wies auf die Problematik der Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankten hin im Rahmen des Vereins zur Rehabilitation Herz-Kreislauf-Erkrankter e.V. Unzureichend nannte er die Möglichkeiten und Bedingungen für eine angeleitete sportliche Betätigung dieser Patienten in Marzahn.

Der Bereich Gesundheitsförderung der Plan- und Leitstelle Gesundheit und Soziales wird dieses Problem aufgreifen und Möglichkeiten prüfen, um den Verein bei der Realisierung seines Vorhabens zu unterstützen.

Referenten

Herr Hahn
Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft,
Psychologie und Sportwissenschaft
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

Herr Dr. Höppner
Arzt für Innere Medizin
Verein zur Rehabilitation Herz-Kreislauf-Erkrankter e.V.
Helene-Weigel-Platz 10, 12681 Berlin

Frau Dipl.- Med. Karger
BA Marzahn von Berlin
Abt. Gesundheit und Soziales
Plan- und Leitstelle Gesundheit und Soziales
Martha-Arendsee-Str. 4, 12681 Berlin

Herr Dr. Schmidt
NAW Stützpunkt, Krankenhaus Weißensee
Schönstr. 85-91, 13086 Berlin

Herr OMR Dr. Seidel
Arzt für Innere Medizin
Petersburger Platz 3, 10249 Berlin

Herr Dr. Willenbrock
Franz-Volhard-Klinik
Max-Delbrück-Centrum
Labor für experimentelle Herzinsuffizienz
Wiltbergstr. 50, 13125 Berlin