

Brauchen wir eine integrierte und mobile Gesundheitsberatung?

V. Garms-Homolová, D. Schaeffer, K.W. Tietze

Zusammenfassung

Das Motto des Weltgesundheitstages 1981 lautete „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. In diesem Zusammenhang wurden Überlegungen über die Möglichkeiten der Weiterentwicklung der primären Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland angestellt (vgl. z.B. Tietze et al. 1981). Ausgehend von den Prinzipien der *Declaration of Alma Ata* (WHO 1978) wird im vorliegenden Beitrag der Frage nachgegangen, ob man mit einer integrierten und „mobilen“ Gesundheitsberatung die Gesundheitssicherung für bestimmte soziale Gruppen verbessern könnte.

Als Beispiel wurden die Bereiche Schwangerschaftsvorsorge und Gesundheitssicherung für alte Menschen ausgewählt, für die bei den Autoren empirische Erfahrungen vorliegen.

Key-Words: Mobile health counselling – Accessibility of health care – The elderly – Expectant mothers

Seit einiger Zeit gerät die gesundheitliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland immer häufiger in den Mittelpunkt kritischer Betrachtungen. Trotz ständiger Kostensteigerungen, trotz der Verfeinerungen diagnostischer und therapeutischer Methoden bleiben die Resultate begrenzt, betrachtet man *nicht* lediglich das Schicksal einzelner Individuen, sondern die Gesundheit ganzer gesellschaftlicher Gruppen und Bevölkerungsteile. Der *Volks-gesundheit*, d.h. in erster Linie der *Gesundheitserhaltung* und *Krankheitsvorbeuge*, soll beim Bemühen um die Gesundheitssicherung die gleiche Beachtung geschenkt werden, wie sie bisher nur dem kurativen Bereich gezollt wurde.

Die Umorientierung zu den „*Gesunden*“ hin, deren Gesundheit bewahrt und von denen Krankheitsrisiken und die Gefahr der Verschlechterung nur latent vorhandener Krankheiten abgewendet werden sollen, bedeutet gleichermaßen auch eine Veränderung der Sichtweise von *Aufgaben* der Gesundheitssicherung.

Sie darf nicht ausschließlich als Domäne von Fachleuten, z.B. von Ärzten verstanden werden: Dem Individuum darf die Verantwortung für die eigene Gesundheit nicht abgesprochen werden! Allerdings bedarf jeder Mensch – wie auch seine Familie und andere Bezugspersonen – in bestimmten Situationen geeigneter Unterstützung und Hilfe, um diese Verantwortung tragen zu können.

Die Gesundheit kann nicht lediglich als das Fehlen bestimmter Krankheitssymptome betrachtet werden. Sie ist ein Produkt komplexer Beziehungen zwischen dem Individuum und seiner familiären und weiteren sozialen Umwelt. Aktivitäten zur Gesundheitssicherung sollten daher nicht fern

und isoliert von dieser Umwelt stattfinden. Dort, wo der Mensch in das Netzwerk vielfältiger sozialer Beziehungen eingebunden ist, wo viele seiner Gewohnheiten und Verhaltensweisen geformt wurden, wo er sich entfaltet und seinen sozio-kulturellen Rückhalt findet, dort sollten auch Maßnahmen der Gesundheitssicherung und Krankheitsvorbeuge beginnen. Zum einen sind ja auch Belastungen, krankmachende Konflikte, gesundheitsfeindliche Verhaltensweisen usw. mit dieser Lebenswelt verbunden. Zum anderen resultieren gerade aus der sozialen Verankerung persönliche Kräfte und mitmenschliche Hilfen, die für das Wohlbefinden, für wichtige Praktiken der Gesundheitssicherung und sogar für spezifische, bei Krankheit oder Behinderung notwendige Verrichtungen von entscheidender Bedeutung sind. Somit wird deutlich, daß auch bestimmte Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention in den unmittelbaren Lebensbereich, sozusagen in den Alltag des Menschen gehören.

Eine kritische Analyse der heutigen Gesundheitsversorgung führt zu der Erkenntnis, daß bestimmte Gruppen der Bevölkerung besonderen Krankheitsrisiken ausgesetzt sind. Die gleichen Gruppen sind häufig im Zugang zu Hilfen und Unterstützung zur Gesundheitsversorgung benachteiligt (vgl. Tietze, O.J.A., *Korporal u. Zink*, 1978¹). Hier besteht die Verbesserung der Gesundheitssicherung zunächst in der Erschließung des Zugangsweges zu diesen Gruppen sowie in der Beseitigung von Barrieren, die sie von der erforderlichen Versorgung trennen.

Die Verbesserung des Zugangs und die Überwindung von Barrieren, bei denen die psychosozialen sowie soziokulturellen Faktoren häufig eine wesentliche Rolle spielen, gehört in einigen Ländern zum Aufgabenbereich besonderer Berufsgruppen.

Die „*Health Visitors*“ (Gesundheitsbesucher) in Großbritannien, die „*Health Workers*“ (Gesundheitsarbeiter) in anderen Ländern, gehören zu den Schlüsselfiguren der Prävention und nehmen neben Ärzten, Sozialarbeitern, Hauskrankenpflegern usw. in der primären Gesundheitssicherung einen festen Platz ein.

Wie ist es hierzulande um die Hilfen bei der Gesundheits-sicherung bestellt? Können die oben angedeuteten Aufgaben innerhalb des bestehenden Versorgungssystems zufriedenstellend erfüllt werden? Oder brauchen wir ebenfalls eine neue Berufsgruppe, etwa die „*Health Visitors*“, die „*Gesundheitsarbeiter vor Ort*“, die bestimmte Personenkreise bei der Bewältigung ihrer Gesundheitsprobleme unterstützen könnten?

Die Autoren wollen diese Frage gemeinsam mit den Lesern des vorliegenden Beitrags in Ansätzen und anhand konkreter Probleme diskutieren. Die Beispiele beziehen sie vornehmlich aus einem bisher stark vernachlässigten Bereich des Gesundheitssektors: der Gesundheitssicherung älterer und alter Menschen. Aber auch andere Bereiche (Schwangerenvorsorge) werden in die Überlegungen einbezogen.

Diese Ausführungen sollen nicht mit Fatalismus und Ausweglosigkeit behaftet werden, die die Diskussion um die Mängel der Versorgung häufig umgeben. Ein Blick auf die Gesundheitssicherung anderer Länder soll zum Nachdenken vor allem dort anregen, wo die Gesundheitssicherung als besonders verbesserungswürdig erscheint.

Zunächst soll jedoch das Aufgabengebiet des englischen „Health Visitors“ kurz erläutert werden.

Was heißt eigentlich „Health Visitor“?

Die Entstehungsgeschichte dieses Berufes reicht in England in das Ende des 19. Jahrhunderts hinein²⁾, in jene Zeit, in der sich angesichts der aus katastrophalen hygienischen und sozialen Verhältnissen resultierenden Erkrankungen und hohen Säuglings- und Kindersterblichkeitsraten die Erkenntnis durchzusetzen begann, daß man die Pflege und Versorgung Kranker um die Unterstützung „Gesunder“ ergänzen muß. Hausbesuche bei Gesunden mit dem Ziel der Sorge um Sauberkeit und um das gute Leben, Beratung von Müttern bei der Versorgung ihrer Kinder, Hilfen für Kranke: das waren die Hauptaufgaben der „weiblichen Sanitätsinspektoren“ – der Vorgängerinnen von heutigen „Health Visitors“. Seit 1918, als das Tätigkeitsbild des Health Visitors im Maternity and Child Welfare Act festgelegt wurde, haben die Rolle, der Berufsstatus, das Aufgabenfeld und die Ausbildung dieser Berufsgruppe viele Veränderungen erfahren.

In den Jahren 1946 bis 1948 brachten die Verfassung der National Health Service Acts und die Schaffung des National Health Service in Großbritannien³⁾ eine wesentliche Erweiterung des Aufgabengebiets und die Verankerung des Health Visitors im therapeutischen Team der primären Gesundheitsversorgung mit sich. Im Gegensatz zu den Entstehungsjahren des Berufs sind die heutigen Health Visitors nicht mehr vorwiegend mit Gesundheitsproblemen von Neugeborenen und Kleinkindern befaßt. Die älteren Menschen, aber auch jüngere Erwachsene und deren Familien, stellen einen großen Anteil ihrer Klienten dar. Zu der Tätigkeit der Health Visitors gehören u.a. auch Gesundheitserziehung, Familienplanung, Beratung bei Impfungen, Anleitungen zur häuslichen Pflege, Kontakte zu Familien mit psychisch kranken Mietgliedern, Kooperation mit sozialen Institutionen, Zusammenarbeit mit dem Arzt, der Gemeindeschwester sowie anderen Mitarbeitern des „primary health care teams“ und eine Reihe anderer Aufgaben.

Warum „mobile Gesundheitsberatung“?

Das Schwergewicht der Tätigkeit des Health Visitors liegt auf den Hausbesuchen. Das ermöglicht auch jenen Personen den Kontakt zum Gesundheitswesen, die aus bestimmten Gründen nicht in der Lage sind, helfende Instanzen aufzusuchen, z.B. wegen ihrer körperlichen Beeinträchtigung. Es sind oft äußere Bedingungen, die verhindern, daß Menschen

von sich aus zur Lösung ihrer sozialen Notlagen und ihrer Gesundheitsprobleme aktiv beitragen.

Vor solche Schwierigkeiten sehen sich insbesondere ältere und alte Menschen gestellt. In einer in den Jahren 1979 und 1980 in Berlin (West) durchgeführten Untersuchung⁴⁾ stellten wir fest, daß – je nach Wohnbezirk – 11 bis 15% der 60- bis 90jährigen Männer und 19 bis 22% der gleichaltrigen Frauen nicht in der Lage sind, zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu den Ärzten zu gelangen. Der gleiche Prozentsatz der männlichen sowie 23 bis 27% der weiblichen Probanden sah sich nicht in der Lage, wichtige Ämter (Sozialamt, Gesundheitsamt, Wohnungsamt) selbständig und ohne Hilfe aufzusuchen.

Nicht weniger schwerwiegend als körperliche Beeinträchtigungen, räumliche oder bauliche Hindernisse, z.B. steile Treppen, fehlende Aufzüge und der komplizierte Straßenverkehr, sind Scheu, Uninformiertheit und Mißtrauen. Viele der alten Menschen, denen mit relativ geringfügigen Mitteln geholfen werden könnte, sich selbst zu versorgen und die eigene Unabhängigkeit zu wahren, gehören somit zu den „Nicht-Erreichbaren“ versorgender Einrichtungen. Sie geraten letztlich in den Zustand hochgradiger Hilfsbedürftigkeit da zur rechten Zeit niemand da war, der ihnen geholfen hätte, diesen Zustand zu vermeiden. Sie wissen nichts von der Existenz und von den Zuständigkeitsbereichen bestimmter Institutionen. Und falls doch, so können sie ihre komplizierte Problemlage nicht nach den Kompetenzbereichen aufteilen. Es fehlt jemand, der „gelegentlich mal vorbei schaut“, vielleicht den Krankenschein besorgt, den Termin mit dem Arzt vereinbart, den Antrag auf den Schwerbeschädigtenausweis ausfüllen hilft, sich die Tabletten ansieht von denen man nicht mehr weiß, wozu sie eingenommen werden sollen . . .

Einsichtnahme in die Verhältnisse

Die Einleitung angemessener Maßnahmen scheidet häufig daran, daß für die Ärzte, die Sachbearbeiter in den Sozialämtern usw. nur ein kleiner Teil des Problems sichtbar wird. Das wirkliche Ausmaß der Notlage wird in der Regel erst „vor Ort“ deutlich:

Herr X. wohnt mit seinem Sohn (Epileptiker), für den er die Pflegschaft hat, in einer 3-Zimmer-Wohnung. Er erhält monatlich 536,- DM Rente mit Zuschuß. Davon trägt er die Miete von 302,- DM. Die Gasheizung in der Wohnung wird nicht benutzt, da die letzte Rechnung noch nicht bezahlt wurde. Nur die notwendigste Heizung mit Kohleofen (16° C werden von uns im Winter gemessen). Herr X. kann den Haushalt nur teilweise erledigen, da er Herzschrittmaacherträger ist und an Herzasthma leidet. Ebenso fallen ihm Behördengänge schwer. Er besitzt keinen Schwerbeschädigtenausweis. Z. Z. ist Herr X. ohne Gebiß, denn dieses ging beim letzten Krankenhausaufenthalt verloren. Für eine notwendige Tischlampe fehlt das Geld, deshalb hat Herr X. Schwierigkeiten beim Lesen . . .

Das Beispiel zeigt, daß die Lösung bestimmter Probleme eine Einsichtnahme in die Lebensverhältnisse erfordert, die nur bei einem Besuch der Betroffenen möglich ist. Natürlich birgt diese Vorgehensweise die Gefahr einer Kontrolle in sich, aus der leicht „Hilfen“ resultieren können, die in der Nachbarschaft von Zwangsmaßnahmen angesiedelt sind. Paternalistische und patronenhafte Haltung der „Verantwortlichen“ und „Professionellen“, die allzu oft geneigt

sind, jedem nach eigenem Urteilsmaß Versorgung angedeihen zu lassen, sind nicht nur aus der Altenversorgung, sondern aus vielen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens wohl bekannt.

An dem angeführten Beispiel kann ebenfalls aufgezeigt werden, daß Probleme, die im weitesten Sinne Gesundheitsprobleme sind, nicht immer einer ärztlichen Intervention bedürfen. Umgekehrt wird der Arzt nicht selten gerade deshalb beansprucht, da die eigentlich notwendigen Maßnahmen nicht vorhanden oder unbekannt sind:

Frau S., 84 Jahre alt, kann kaum laufen. Sie kann sich nur unter größter Anstrengung mit dem Stuhl zur Tür bewegen. Ihre Schwiegertochter kocht für sie und kauft ein. Freifahrten kann sie nicht in Anspruch nehmen, Treppen von der U-Bahn kann sie nicht steigen, eine Telebusberechtigung⁵⁾ ist ihr – trotz Attest – nicht erteilt worden. Eine Taxifahrt zur Schwiegertochter oder zum Arzt würde sie 22,- DM kosten und das ist für sie zu teuer. Deshalb ruft sie in der Nacht den Notarzt . . . manchmal umsonst, wenn sich kein Nachbar findet, der ihm die Haustür öffnet. Frau S. kann nämlich die 40 m zur Haustür nicht bewältigen.

Der Fall von Frau S. soll nicht nur als Beispiel dafür gewertet werden, wie durch fehlende Dienste die Nutzung der kostspieligen Versorgung – nämlich derjenigen des Notarztes – provoziert wird, sondern auch dafür, daß Frau S. – ähnlich wie die meisten Älteren – durchaus fähig wäre, eigene Anliegen auch in die eigenen Hände zu nehmen. Bei einer Anleitung und Unterstützung durch einen Gesundheitsberater, der zu ihr kommen würde, könnte sie geeignete Strategien für die Organisation ihres Alltags und die Bewältigung ihrer Gesundheitsbeeinträchtigung entwickeln.

So sehr, wie die Einsichtnahme in die häuslichen Verhältnisse mit der Gefahr der (unerwünschten) Kontrolle verbunden ist, so gut ist sie als Basis für eine Reihe unterschiedlich gearteter Aktivitäten der Prävention, z.B. beim Erkennen und bei der Beseitigung exogener Ursachen von häuslichen Unfällen. Von diesen Unfällen sind gerade die Älteren dreimal stärker als die Jüngeren betroffen (Burchard 1981, S. 5–7). Zu glatte Fußböden, Unebenheiten und schlecht verlegte Teppiche, Stolperkanten, technische Mängel sowie unpraktische Einrichtungsgegenstände stellen Faktoren dar, die im Ursachenkomplex des Unfallgeschehens eine wichtige Rolle zu spielen scheinen. Eine beratende Unterstützung „vor Ort“ mit dem Ziel einer besseren Organisation der häuslichen Umwelt könnte daher zur Verringerung der Unfallhäufigkeit beitragen.

Wirken im Vorfeld von Krankheit

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß solche Beratungsaufgaben im britischen Gesundheitssystem vom Health Visitor übernommen werden. Da zu seiner Tätigkeit eine Reihe von Vorsorgeaufgaben gehört, wird er als die *Schlüsselfigur* der Prävention betrachtet. Er beteiligt sich an der Beratung von Eltern im Hinblick auf die physische Entwicklung der Kinder, er unterhält Kontakte zu den sog. Risikofamilien. Trotz der Verlagerung der Schwerpunkte seiner Tätigkeit auf die Beratung von Erwachsenen und Älteren gehört die Gesundheitserziehung und -beratung werdender Mütter auch heute zu seinem Aufgabenbereich.

In der Bundesrepublik wäre es vorstellbar, daß mit einer mobilen Beratung auch jene werdenden Mütter er-

reicht werden könnten, die – nicht zuletzt durch ihre Schwangerschaft überfordert – den Weg in eine Vorsorgeeinrichtung nicht oder zu spät finden. Mit dieser Überlegung soll nicht unbedingt für die Etablierung von wieder neuen Einrichtungen der Schwangerenvorsorge eingetreten, sondern auf die Möglichkeit hingewiesen werden, daß – entsprechend den unterschiedlichen regionalen Bedürfnissen – auch *verschiedene Formen der Organisation präventiver Tätigkeit* denkbar sind (Döderlein, 1942). Befürworter einer Gleichschaltung sollen nicht das Wort haben, wenn es darum geht, *adäquate*, d.h. differenzierte, flexible, akzeptable und wirklich erreichbare Gesundheitssicherung zu planen.

In der Bundesrepublik und in Berlin (West) besteht entsprechend den Mutterschaftsrichtlinien die Möglichkeit, daß Hebammen Grunduntersuchungen im Auftrag eines Arztes durchführen. Sieht man von kleinen Regionen ab, in denen sich die Hebammenkultur neu zu entwickeln scheint, kommt das jedoch nur selten vor. Am Widerstand eines Teiles der Ärzteschaft gegenüber dem verstärkten Engagement von Hebammen in Wohngebieten kann man erkennen, daß einer derartigen Erweiterung der Schwangerenvorsorge mit Mißtrauen begegnet wird. Dennoch scheint eine vielfältigere Gestaltung der Vorsorge sinnvoll und innerhalb der bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens auch durchführbar. Dabei sollten die bisherigen Kompetenzen nicht beschnitten werden: ärztliche Maßnahmen sollen nicht von anderen übernommen, vielmehr durch ein soziales Handeln ergänzt werden. Mißempfinden, Konflikte, schwierige Wohn- und Lebensumstände, Ängste und Sorgen sollten zum Gegenstand präventiver Tätigkeit gehören, bleiben jedoch häufig vor der Tür der ärztlichen Praxen.

Möglicherweise könnten Hebammen oder Gesundheitsberater für jeweils bestimmte Gruppen schwangerer Frauen eher eine Anlaufstelle bei derartigen Problemen darstellen, als es die Ärzte tun. Ansätze einer solchen Aufgabenteilung findet man z.B. in den sozialmedizinischen Diensten, die mancherorts – beispielsweise in Berlin (West) – eine tiefgehende soziale Beratung und Hilfen für sozial bedrängte Schwangere anbieten. Diese Hilfen schließen nicht nur die Ausschöpfung aller finanziellen Möglichkeiten ein, sondern auch die Vereinbarung von Terminen zur medizinischen Schwangerenvorsorge, Entscheidungshilfen bei der Wahl des Entbindungskrankenhauses und der Entbindungsart usw.

Häufig werden konkrete Wünsche geäußert: Hilfe bei der Beschaffung von Säuglingsausstattung, von Kleidung und von Kinderwagen, Unterstützung bei der Wohnungseinrichtung, Sozialarbeiterinnen, die die Beratung durchführen, berichten über ihre Beobachtungen des Zusammenhangs zwischen der Intensität der Schwangerschaftsbeschwerden: Sobald die Schwierigkeiten behoben und Konflikte gelöst werden, verschwinden häufig auch Symptome, wie z.B. Übelkeit oder hoher Blutdruck.

Komplexer Zugang zu komplizierten Gesundheitsproblemen

Es gehört jedoch zur Natur der meisten Gesundheitsprobleme, daß derartige Zusammenhänge nicht sichtbar und oft nur in einem schwierigen Prozeß identifizierbar sind. Die Verwobenheit der Gesundheitsbeschwerden mit einer Reihe psychosozialer, sozialer und wirtschaftlicher Schwie-

rigkeiten erfordert, daß oft zunächst die scheinbar von der Gesundheit unabhängigen Probleme gelöst werden müssen, bevor (oder damit) eine Gesundheitsmaßnahme im engeren Sinne wirksam wird.

Hier zeigt sich die Schwäche der existierenden Aufgabenteilung im Gesundheitswesen und in den sozialen Diensten. Für die Betroffenen ist es in der Regel notwendig, immer wieder eine neue Stelle anzulaufen, um Bedürfnisse vorzubringen und punktuelle Hilfen zu erhalten. Diese Praxis trägt nicht zur Lösung von Schwierigkeiten bei, sondern ist meist mit zusätzlicher Verhärtung von Problemlagen, mit Überforderung der Rat- und Hilfesuchenden verbunden und mündet nicht selten in einer Resignation: . . . „mir kann ohnehin niemand helfen“. Bei der Berliner Studie „Gesundheit alter Menschen“ erhielten die Autoren Zuschriften von Älteren, die bis zu 12 verschiedene Institutionen aufsuchen mußten, bis sie schließlich eine relativ einfache Information erhielten.

Aus einer Studie der Gesamthochschule Kassel über Beratungseinrichtungen für alte Menschen geht hervor, daß zwischen den einzelnen, für jeweils ein Einzelanliegen zuständigen Beratungsstellen kaum Kooperation existiert, so daß auch die Weiterleitung der Ratsuchenden an die „richtige Stelle“ nicht stattfindet. Der Informationsstand über andere Beratungsstellen in der Region ist niedrig. Obwohl nach Berechnungen der Forscher durchschnittlich neun bis zehn Beratungsstellen pro Landkreis bzw. kreisfreie Stadt existieren, wurden meist nur zwei bis drei solche Stellen genannt – auch deren Anschriften sind nur wenigen Befragten bekannt (Bracker, 1980).

Daher ist es nicht verwunderlich, daß die Inanspruchnahme bestehender Einrichtungen verhältnismäßig niedrig ist. Von den rund 1500 befragten 60- bis 90jährigen Berlinern haben im Zeitraum von 12 Monaten lediglich 6,7% eine Beratungsstelle aufgesucht, 6,9% haben ein Gespräch mit einem Sozialarbeiter geführt⁶⁾.

Abgesehen davon, daß die Zersplitterung der Aufgaben zwangsläufig zum unökonomischen Leerlauf führen muß, steht sie auch im Widerspruch zu der Betreuungskontinuität dort, wo diese als dringend angezeigt erscheint, z.B. in der Schwangerenvorsorge. Um sie zu vermeiden, wären hier Arbeitsgemeinschaften zwischen dem niedergelassenen Arzt, der niedergelassenen Hebamme und den im öffentlichen Gesundheitsdienst angestellten Sozialarbeiterinnen erforderlich. In anderen Bereichen könnten die Gesundheitsberater diese *Kontinuität* herstellen und vor allem für die Ratsuchenden repräsentieren, ähnlich, wie es im britischen Gesundheitssystem die Health Visitors tun. Solche Arbeitsgemeinschaften verlangen freilich Praxiskonzeptionen, die auf gegenseitige Offenheit, Partizipation und gleichwertige Anerkennung der Kompetenz jedes einzelnen Beteiligten aufbauen. Eine effektive Arbeitsweise würde hier am besten ihren Ausdruck in regelmäßigen Fallbesprechungen finden, in die Lebensumstände und Bedürfnisse der Patienten und der Ratsuchenden eingebracht werden müßten.

Betreuungskontinuität

In Großbritannien obliegt den Health Visitors auch die Aufgabe der Unterstützung bei der häuslichen Pflege Älterer und Pflegebedürftiger, unabhängig davon, ob diese von Fa-

milienangehörigen oder von professionellen Kräften verrichtet wird. Daß auch hierzulande, wo die häusliche Pflege oft von wenig ausgebildeten Pflegern durchgeführt wird, eine solche Tätigkeit benötigt wird, belegt ein Beispiel aus der Berliner Studie „Gesundheit alter Menschen“ (zitiert aus Protokollen der Ärzte):

Herr K. gibt an, von einer „Schwester“ zweimal wöchentlich Spritzen zu bekommen. Er zeigt uns die Spritzenutensilien, die im Buterfach des Kühlschranks aufbewahrt werden. Es ist eine schon oft benutzte 2ml Einwegspritze, eine benutzte alte Rekord, eine benutzte Einwegkanüle, alles eingepackt in schmutziger Watte, umhüllt von einem Stofflappen. Als Injektionslösung zeigt uns Herr K. eine bräunliche Flüssigkeit in einem mit Schraubverschluß verschlossenen alten Tablettengläschen . . .

Wie dieses Beispiel zeigen auch andere in den Ärzteprotokollen festgehaltene Beobachtungen, daß eine Unterweisung, Unterstützung, Kontrolle der Medikamenteneinnahme und allgemeine Beratung bei der häuslichen Pflege dringend erforderlich wäre. Auf der einen Seite könnte damit eine Brücke zum zuständigen Arzt geschlagen werden. Auf der anderen Seite könnten mit geringfügigen Hinweisen (Aufstellung des Bettes, Möbelanordnung in der Wohnung des Pflegebedürftigen etc.) die pflegenden Familienangehörigen Erleichterung erhalten. Dies ist um so wichtiger, als daß die Betreuung pflegebedürftiger Älterer in der Regel von ihren oft ebenfalls gesundheitlich angeschlagenen älteren Ehepartnern übernommen wird:

Frau Z., stark kurzatmig, wird von ihrem 91jährigen Mann versorgt. Vier Jahre hat sie nicht gebadet, vier Jahre war sie nicht draußen, auch in der Wohnung kann sie sich nur schwer bewegen . . .

Die Belastungen des Umgangs mit Krankheit oder Pflegebedürftigkeit in einer Familie stellen ohne Zweifel gesundheitsgefährdende Momente auch für jüngere beteiligte Familienmitglieder dar: „Frauen, die im eigenen Haushalt eine Elternperson betreuen, berichten dann über psychosomatische Beschwerden und geringe Lebenszufriedenheit, wenn die Elternperson unselbständig geworden ist. Wir können darin ein Anzeichen der Belastung erkennen, die aus täglichen Erfordernissen, Verzicht und Spannungen im Zusammenleben mit einem hilfebedürftigen Menschen resultieren“ (Klusmann et al., 1981).

Wirken innerhalb der Familien und im sozialen Umfeld

Diese Beispiele deuten darauf hin, daß es wenig sinnvoll ist die Probleme bestimmter Zielgruppen oder eines Klientels gesondert zu bearbeiten. Vielmehr müssen gesundheitliche Schwierigkeiten, psychosoziale und soziale Probleme im Zusammenhang jenes sozialen Umfeldes betrachtet und angegangen werden, in dem sie angesiedelt sind. Die Überforderung bestimmter Individuen oder Gruppen bei der Wahrnehmung der Gesundheitssicherung steht gewiß auch in einer Relation zu der bestehenden Aufteilung von Diensten die der Familie oder einem ähnlichen Gebilde des sozialer Zusammenlebens nicht angemessen ist.

So müssen die Anliegen jedes einzelnen Familienmitglieds an einer anderen Stelle vorgebracht werden. Das heißt in jedem Falle eine sich immer wiederholende Offenlegung bestimmter Intimbereiche des Familienlebens vor immer neuen „Zuständigen“. Das bringt jene zeitraubende Wege zu einer Vielzahl von Institutionen mit sich. Das erforder-

einen stets neuen Beweis der Anspruchsberechtigung. Und das resultiert schließlich in der Verstärkung von Barrieren und in der Vergrößerung der Distanz zu versorgenden Einrichtungen. Ein Vertrauensverhältnis – das konstitutive Moment jeder beratenden und helfenden Beziehung – kann unter diesen Umständen nicht entstehen. Darüber hinaus kann die Überforderung durch die Notwendigkeit der Kontakte zu einer Vielzahl von Institutionen auch die Möglichkeiten der Eigenverantwortung und das Potential zur Selbsthilfe lähmen.

Es wäre denkbar, daß das notwendige Vertrauensverhältnis dann entsteht, wenn eine Person – z.B. der Gesundheitsberater – für alle Familienmitglieder die erste Anlaufstelle bildet. Ähnlich dem britischen Health Visitor könnte sie das Bindeglied zwischen ihnen und den einzelnen Institutionen darstellen. Die Gefahr einer overprotectiven „Rundherumbetreuung“ bestimmter Familien könnte nur vermieden werden, wenn die Verantwortung bei den Ratsuchenden bleibt und der Berater prinzipiell nur unterstützend und unterweisend tätig wird. Seine Arbeit müßte daher auch viele *erkundende Komponenten* beinhalten: die Erkundung von Problemzusammenhängen, von Kapazitäten zur Eigenaktivität der Betroffenen und schließlich von wirklichen Störungen und Defekten, die gezielt vornehmlich von Professionellen (z.B. Ärzten) behandelt werden sollten.

Ergänzende Gesundheitssicherung im Vorfeld ärztlicher Versorgung

In den vorangehenden Abschnitten wurde auf bestimmte Mängel der Gesundheitssicherung hingewiesen. Dem gegenübergestellt wurden Überlegungen, wie diese Mängel behoben werden könnten. Der Artikel ist kein Plädoyer für die Schaffung neuer Berufsbilder im Gesundheitswesen. Vielmehr soll hier gezeigt werden, welche Funktionen im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitssicherung ausgefüllt werden müßten. Eine Reihe dieser Funktionen, z.B.

- Mobilität und das Zugehen auf bestimmte Individuen und Bevölkerungsgruppen,
 - Detektor für gesundheitsgefährdende Momente,
 - Erfassen der Gesundheitsproblematik in ihrer Komplexität mit psychosozialen und sozialen Faktoren,
 - Initiierung der Kooperation verschiedener Institutionen,
 - Wahrung objektiver Betreuungskontinuität und Vermeidung subjektiv empfundener Diskontinuität der Betreuung,
 - Unterstützung und Anleitung,
 - Wirken in soziale Zusammenhänge hinein
- wird mit der Tätigkeit des Health Visitor verknüpft.

Auch im hiesigen Gesundheitssystem gibt es Bereiche, die diese Funktionen stärker als bisher übernehmen können, etwa die sozialmedizinischen Dienste, die Beratungsstellen für Erwachsene (die in jüngster Zeit in Berlin errichtet werden) usw. Organisatorische Offenheit und Flexibilität des Denkens bilden allerdings die notwendigen Voraussetzungen dafür.

An bestimmten Stellen ist in diesen Ausführungen die Konkurrenz zwischen den im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen angeklungen. Die Frage, welche von diesen Gruppen für die Ausfüllung der o.g. Funktionen auch entsprechend qualifiziert ist, wurde nicht gestellt. Aus der Sicht

der Autoren könnte sie zunächst für keine von ihnen positiv beantwortet werden. Konzepte für eine ergänzende Ausbildung müßten zusammen mit den Modellen der integrierten, mobilen Beratung entwickelt und in der Praxis erprobt werden.

Anmerkungen

1) vgl. auch mit Beiträgen des vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung veranstaltete Symposiums „Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen“, 25.–26. Februar 81 in Bonn – Bad Godesberg, insb.:

Haus, F. u. R. Rosenbrock: Voraussetzungen, Forschungsstand und Perspektiven der Erforschung schichtenspezifischer Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen.

Abholz, H.H.: Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen der Gesundheitlichen Versorgung.

Thiele, W.: Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

2) Die wahrscheinlich erste Health Visitors Bewegung war „Ladies Sanitary Reform Association of Manchester and Salford“ (1882). Diese Organisation beschäftigte bezahltes Personal mit folgenden Aufgabenschwerpunkten: Sauberkeit, gutes Leben, Lebensorganisation, Hilfe für Kranke und Unterweisung von Müttern bei der Pflege ihrer Kinder. Aber das erste auf „whole-time“-Basis beschäftigte Personal arbeitete in Buckinghamshire seit 1892. Diese Bewegung wurde durch die Grundsätze von Florence Nightingale inspiriert, die es so formulierte: „It seems hardly necessary to contrast sick nursing with (Health Visiting). The needs of home health-bringing require different but not lower qualifications and are more varied . . . She (the Health Visitor) must create a new work and a new profession . . .“ nach *Hicks, D.*: Primary Health Care, London 1976, S. 245.

3) The National Health Service Act, Section 24, Part III: „It shall be the duty of every local authority to make provision in their area for the visiting of persons in their homes by visitors, so called „health visitors“, for the purpose of giving advice as to the care of young children, persons suffering from illness and expectant or nursing mothers, and as to measures necessary to prevent the spread of infection. The duty of the local authority under this section may be discharged by making arrangements with voluntary organisations for the employment of those organisations of health visitors or by themselves employing health visitors“.

4) Studie „Ökologische Bedingungen der Gesundheitserhaltung älterer Menschen in einer Großstadt“ (nachfolgend kurz „Gesundheit älterer Menschen“), durchgeführt am Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin, gefördert vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit.

5) Der Telebus ist ein spezieller Fahrdienst für Behinderte in Berlin (West), insbesondere Rollstuhlfahrer sowie schwer Geh- und Stehbehinderte. Fahrwünsche können telefonisch bei der Telebuszentrale gemeldet werden. Teilnehmerberechtigt sind Behinderte, die auf ihrem Schwerbeschädigtenausweis die Kennzeichnung „ag“ (außergewöhnlich gehbehindert) zuerkannt bekommen haben.

6) Studie „Ökologische Bedingungen der Gesundheitserhaltung älterer Menschen in einer Großstadt“.

Literatur

Bracker, M.: Analyse der Beratung älterer und alter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Zwischenbericht zum Forschungsprojekt, hrsg. an der GHK, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Angewandte Soziale Gerontologie, Juli 1980

Burchard, D.: Heimunfälle älterer Menschen. Ursachen, Häufigkeiten und Anregungen zur Verringerung der Gefahren, hrsg. beim Institut für Altenwohnbau, Köln, April 1981, S. 5–7

Döderlein, G.: Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge und ihre gesetzliche Regelung, Arch. Gynäk., 173 (1942) 175–186

Klusmann, D., I. Lüders, J. Bruder, H. Lauter: Die Betreuung kranker alter Menschen im Mehrgenerationshaushalt – Zwischenbericht eines laufenden Forschungsprojekts. *Akt. Gerontologie* 11 (1981) 152–155, 154

Korporal, J. u. A. Zink: Epidemiologie der Säuglingssterblichkeit hrsg. v. Merker, H.J., D. Neubert u. A. Bedürftig, im Rahmen der SFB-29-Publikationen, Stuttgart, 1978

Tietze, K.W., V. Garms-Homolová, J. Korporal, A. Zink: Was bedeutet die Deklaration von *Alma Ata* für die primäre Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland? *Bundesgesundheitsblatt*, 24 (1981) 8, 121–126

Tietze, K.W.: Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte der Schwangerschaft. Eine Untersuchung zu den sozialen und regionalen Bedingungen der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge, hrsg. v. Bundesminister f. Arbeit und Sozialordnung, Bonn (im Druck)

*Dr. phil. Vjenka Garms-Homolova, Dipl. Psych. und Doris Schaeffer, Dipl. Päd.,
Institut für Soziale Medizin der Freien Universität, Thielallee 47, 1000 Berlin 33;
Prof. Dr. med. Konrad Wolfgang Tietze, Dir. und Prof.,
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, Postfach 33 00 13, 1000 Berlin 33*