

Gemeinschaftsbezogene Gesundheitsentwicklung („Community-based Health Development“)

In den meisten Kulturen der Menschheit war man schon seit alters her davon überzeugt, dass die Gesundheit des Einzelnen eng mit der seiner Gemeinschaft zusammenhängt. Das heutige, westlich geprägte Modell der kurativen (behandlungsorientierten) Medizin wird mit den gegenwärtigen Gesundheitsproblemen allein nicht mehr fertig. Daher sollten die Dorfgemeinschaften wieder mehr Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge übernehmen; hierzu aber sind die Entwicklung der Dorfgemeinschaften und die bessere Zusammenarbeit zwischen institutionellen und dörflichen Gesundheitsaktivitäten auf unterster Ebene notwendig.

Nach dem Zweiten Weltkrieg traten die sozialen Aspekte der Gesundheit verstärkt in den Vordergrund. Der Begriff *Community Health* wurde gleichsam zum Markenzeichen für das, was die *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* als die *Acht Elemente der primären Gesundheitsversorgung*¹ ansieht. Obwohl nun der Schwerpunkt gemeinwesen-orientiert war, geschah jedoch die Ausübung autoritativ von oben herab und blieb an Institutionen gebunden. Dies galt für den Westen ebenso wie für die „Dritte Welt“. Inzwischen haben jedoch die Probleme schneller

¹ *Intersektoraler Bereich (Grundbedürfnisse), primäre Prävention:*

1. Erziehung zur Erkennung, Vorbeugung und Bekämpfung der örtlich vorherrschenden Gesundheitsprobleme

2. Nahrungsmittelversorgung und Sicherung der Ernährung

3. Trinkwasserversorgung und sanitäre Maßnahmen

Präventivmedizin, integriert oder in vertikalen Programmen:

4. Mutter- und Kind-Gesundheitsversorgung einschließlich Familienplanung

5. Impfungen gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten

6. Verhütung und Bekämpfung der örtlichen endemischen Krankheiten

kurative Medizin auf Dorfebene mit Referenzsystem:

7. Behandlung gewöhnlicher Erkrankungen und Verletzungen in angemessener Form

8. Versorgung mit essentiellen Medikamenten.

zugenommen als die Möglichkeiten der Länder und Staaten, diese zu lösen.

Der Beginn der Primären Gesundheitsfürsorge (Primary Health Care)

In den frühen 70er-Jahren standen die Länder der „Dritten Welt“ mit ihrer Gesundheitsversorgung vor massiven Problemen:

- Den meisten Ländern fehlten sauberes Wasser, Abwassersysteme und kontrollierte Gesundheitsdienste und -vorschriften.
- Die Staaten waren noch nicht so gut organisiert. Es fehlten die notwendigen Infrastrukturen, auch die erforderlichen Finanzen, um die Dienste der Gemeinwesen bis auf die unterste Ebene entwickeln zu können.

Sowohl Dorfbewohner als auch Mitarbeiter in den Gesundheitsdiensten hatten größere Vorteile in einem rein kurativen System als in einem präventiven. Ihnen schien das kurative viel einleuchtender, unmittelbarer, leichter durchzusetzen und auch wesentlich menschlicher und wirksamer: Dem Patienten, der über Schmerzen klagt, wird sofort geholfen. Doch überall gab es Gruppierungen, die das kurative Gesundheitssystem korrupt ausnutzten, das junge und unerfahrene Regierungen zu verwalten und zu finanzieren suchten.

In der „Dritten Welt“ stellt das *Gesundheitszentrum (Health Centre)* eine Säule im Gesundheitsversorgungssystem dar. Von allen Krankheiten, die dort behandelt werden, könnte allerdings wenigstens die Hälfte der Krankheiten vermieden werden. Doch trotz jahrzehntelanger Gesundheitserziehungsmaßnahmen kommen die Menschen noch immer mit denselben Krankheiten wie früher in die *Health Centres*. Sie werden dort behandelt, gehen zurück in dieselbe Lebenssituation, aus der sie herkommen, werden wieder krank, kommen wieder und so weiter. Dasselbe Kind mit denselben Wurminfektionen wird von demselben Arzt behandelt, es bekommt dieselbe Piperazillin-Behandlung, kehrt wieder zurück in denselben unhygienischen Lebensraum, wird wieder angesteckt, und dies geschieht immer wieder und wieder. Unter diesen Bedingungen

entwickelt sich das *Gesundheitszentrum* zu einem bloßen Recycling-Centre. Es entsteht ein Kreislauf, der zu vermeiden wäre, wenn sich die Menschen richtig verhielten.

Auf einer Konferenz von *WHO* und *UNICEF* in Alma Ata 1978 nahmen die meisten Länder der Welt das System der *Primären Gesundheitsfürsorge* (*Primary Health Care*, [*PHC*]) als Hauptstrategie zur Verbesserung von Qualität und Quantität in der Gesundheitsfürsorge an. Dieses System sieht vor:

- Ansatz der Gesundheitssicherung unter Einbeziehung der nicht-medizinischen Einflussfaktoren;
- Stärkung der Selbsthilfekompetenz auf Gemeinwesen-Ebene;
- Zusammenwirken zwischen gemeindegetragenen Dorfgesundheitsarbeiten und offiziellem staatlichen Gesundheitssystem;
- Beteiligung der Gemeinde an Planung, Umsetzung und Evaluierung der Gesundheitsversorgung.

Damit wird die *Primäre Gesundheitsfürsorge* keineswegs als eine neue „Technik“ dargestellt, sondern als eine Verschiebung von der Gesundheitsinstitution hin zur Gemeinschaft. Öffentliche Gesundheitsfürsorge soll keineswegs die Krankenhausversorgung ersetzen, sondern nur das Angebot und das Spektrum der medizinischen Möglichkeiten erweitern, damit die anfallenden Gesundheitsprobleme auch außerhalb der kurativen Einrichtungen besser bewältigt werden können. Es geht um eine umfassende Festsetzung der Prioritäten im medizinischen System. So stellt die in Alma Ata verabschiedete Erklärung (*Deklaration von Alma Ata*) ein Gesundheitsversorgungssystem vor,

- zu dem jeder Zugang haben soll,
- das jeder bezahlen kann und
- an dem jeder in irgendeiner Weise beteiligt ist.

Der Erklärung fehlt es trotz der zahlreichen Adjektive an Nomina und Verben, die genau bestimmen, wer nun was tun sollte. Es ist kaum die Rede davon, was die Menschen selbst dafür tun müssten, um zu einer besseren Gesundheit zu gelangen, und wie man miteinander reden und lernen könne, damit eine Veränderung auch tatsächlich erzielt werden kann. Die nachfolgenden Diskussionen

unter den Mitarbeitern im Gesundheitswesen spiegelten nur ihre Unsicherheiten und Ungewissheiten wider. Man war sich im Unklaren über die praktischen Folgen; auch wusste man mit dem Begriff *primary* nicht viel anzufangen.

Gemeinschaftsbezogene Gesundheitsfürsorge

Ab 1979 richteten wir in Ostafrika *Gemeinschaftsbezogene Gesundheitsfürsorge-Stellen* (*Community-based Health Care [CBHC]*) ein. Sie sind Teil einer dörflichen Gesundheitspflege, die von kurativer Seite aus nicht wahrgenommen werden kann. Mit *Gemeinschaftsbezogener Gesundheitsfürsorge* bezeichnet man den Denkansatz und das Handlungskonzept einer Medizin, die nicht den individuellen Patienten, sondern das gesamte Gemeinwesen mit seinen Gesundheitsproblemen in den Mittelpunkt stellt. Sie umfasst die Aktivitäten eines Dorfes, die als eine Art Nachbarschaftshilfe ausgeübt werden, um den Gesundheitszustand eines Dorfes zu verbessern, und zwar in den Bereichen, die weit über das hinausgehen, was staatliche Gesundheitseinrichtungen bieten können. Sie kann zwar von außen unterstützt werden, steht allerdings eindeutig nicht unter der Leitung von Außenstehenden. Das wäre ein Widerspruch. Denn es steht zum Beispiel der *Dorfgesundheitsshelfer* seinem Dorfhäuptling näher als seinem außenstehenden Projektleiter. – Leider jedoch ist derzeit das Gegenteil oft genug der Fall.

Gemeinschaftsbezogene Gesundheitsfürsorge entsteht nicht aus dem Nichts und existiert nicht in einem luftleeren Raum. Jede Bemühung um Dorfgesundheit ist eine Mischung verschiedener Aktivitäten und unterschiedlicher Initiatoren. Manche Initiativen werden durch Organisationen und Institutionen hervorgerufen, andere durch die Dorfgemeinschaft selbst. Die Aktivitäten von Organisationen und Institutionen sind grundverschieden von denen, die durch die Dorfgemeinschaften entstehen. Die Erfahrung lehrt, dass der Gesundheitszustand in dörflichen Gemeinschaften besser wird, wenn beide Organisationsformen einander ergänzen.

Die Bezeichnung *gemeinschaftsbezogen* bezieht sich im strengen Sinne nur auf solche Aktivitäten, die in erster Linie von der Dorfgemeinschaft selbst angeregt und verwirklicht wurden. Die

Entwicklung der Menschen ist immer wichtiger als die Planung und Projektierung von Programmen oder Institutionen. Die Menschen bauen auf ihre eigene Initiative, ihre eigenen Mittel, ihre eigene Verantwortung; das bedeutet: Eigentümer sein. Dieser Definition zufolge ist zum Beispiel die so beliebte *Mobile Klinik* nur sehr begrenzt als *gemeinschaftsbezogen* anzusehen, denn Fahrzeuge, Impfstoffe, Kühlkette und medizinisches Wissen kommen ausschließlich aus Institutionen von außen in die dörfliche Situation hinein.

Gemeinschaftsbezogene Gesundheitsfürsorge fördert hauptsächlich Gesundheit, die dann verwirklicht wird, wenn motivierte Menschen gemeinsam Lebensgewohnheiten ändern, ihre Wohnsituation verbessern und unabhängiger von außen werden. Wenn Menschen in einer Gemeinschaft regelmäßig nach dem Benutzen der Latrine oder vor jedem Essen die Hände waschen, dann bewirkt das mehr für die Gesundheit der Dorfgemeinschaft als ein Erste-Hilfe-Posten oder ein Krankenhaus.

Wie kann „Gemeinschaftsbezogene Gesundheitsfürsorge“ unterstützt werden?

Jede Institution, zum Beispiel ein Krankenhaus, kann die Initiative einer Gemeinschaft unterstützen. Die Förderung und Unterstützung kann folgende Bereiche abdecken:

- Wissensvermittlung auf angemessene und wirksame Weise;
- Anleitung und Hinführung zu einer besseren Haltung sich selbst und der Gesundheit gegenüber;
- Ermutigung, bessere und gesündere Lebensweisen zu lernen.

Dazu einige Beispiele: Wenn eine Mutter erkennt, dass der Verzehr von grünem Blattgemüse einem blutarmen Kind seine natürliche Farbe wiedergibt, so ist das ein Wissenserwerb. Wenn ein Ehepaar mehr darüber lernen will, wie man nicht jedes Jahr ein Kind bekommt, so drückt sich darin eine veränderte Lebenseinstellung aus. Regelmäßiges Händewaschen in einer Familie ist ein Beleg für eine veränderte Gewohnheit.

Solche Veränderungen in Wissen, Lebenseinstellungen und -gewohnheiten sind eng miteinander verbunden. Ganz entscheidend

sind die Veränderungen in der Lebenseinstellung, da sie die Vorstellungen der Dorfgemeinschaft in Fragen von Aufklärung, Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und Selbständigkeit beeinflussen. Ob man sich aber überhaupt auf eine gemeinschaftsbezogene Lebens- und Arbeitsweise einlassen will, hängt von der persönlichen Selbständigkeit des Einzelnen ab.

Viele professionelle Mitarbeiter im Gesundheitsbereich, die gemeinschaftsbezogene Programme fördern, übersehen diese Bedeutung der Lebenseinstellung. Sie betonen stattdessen die Wissensvermittlung. Für sie ist es zum Beispiel wichtig, dass die Menschen den Lebenszyklus der Malariaparasiten kennen, oder sie beschränken sich auf bestimmte Aktivitäten mit messbaren Ergebnissen wie Statistiken über Massenimpfungen oder auch in Mutter-Kind-Vorsorge-Kliniken. Das alles sind gute und wichtige Aufgaben. Aber sie dringen nicht zum Kern der Sache vor, nämlich zur Einstellung der Menschen zu sich selbst, zu ihrer Umgebung und zu den notwendigen Veränderungen.

Die wichtigste Hilfe, die von außen in eine gemeinschaftsorientierte Dorfgesundheitsarbeit hineingetragen werden kann, sind Anstöße und Stärkung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens der Einzelnen und der Dorfgemeinschaft insgesamt. Dies erfordert neue Methoden der Kommunikation, des Lernens und des Lehrens.

Die Gemeinschaft

Selbstverständnis der Gemeinschaft

Fortschrittliche Dorfgemeinschaften erkennen selbst oder sie werden von Außenstehenden dazu angeleitet, dass sie in erster Linie für ihre Gesundheit selbst verantwortlich sind. Dies führt dazu, dass sie ihre Lebensgewohnheiten verändern und ihre Umweltbedingungen verbessern. Nach und nach wird so durch eigene Initiative das Selbstvertrauen gefördert.

Koordinierungsteam

Eine Arbeitsgruppe oder ein entsprechendes Gremium in der traditionellen Gemeinschaft erhält eine definierte Aufgabe

übertragen, Aktivitäten gemäß den folgenden Richtlinien zu initiieren:

- Es werden öffentliche Gespräche vorgeschlagen, bei denen Probleme des Dorfes und deren Lösung besprochen werden.
- Die Lösung dieser Probleme muss vom Dorf selbst erfolgen.
- Lösungswege und Lösungsmittel werden von der Dorfgemeinschaft beschlossen.
- Es werden Personen bestimmt, die die Fähigkeiten haben, die Problemlösung durchzuführen.
- Die Dorfgemeinschaft muss laufend über den Fortgang der beschlossenen Maßnahmen informiert werden und in der Lage sein, neue Impulse einzubringen.
- Einzelpersonen und Dorfgemeinschaft müssen in der Lage sein, notwendige Korrekturen in diesem Prozess vorzunehmen.

Gemeinschaftliches Handeln

Die Nagelprobe bei einer Dorfontwicklungsarbeit besteht darin, ob die Dorfgemeinschaft auch tatsächlich die Pläne und Vorhaben umzusetzen in der Lage ist, die sie beschlossen hat. Wo es nicht zu einem wirklich gemeinschaftlichen Handeln kommt, kommt es auch nicht zu einer Entwicklung der Dorfgemeinschaft.

Dorfgesundheitsshelfer

Dorfgesundheitsshelfer (Community health worker [CHW]) können dem Prozess nur förderlich sein. Doch ihre Anwesenheit allein macht die Programme noch nicht zu Gemeinschaftsprogrammen. Sollen sie Teil des dörflichen Gesundheitsentwicklungsprogramms sein, müssen ihre Rollen klar festgelegt sein, und es müssen die Kandidaten sorgfältig ausgewählt und weitergebildet werden. *Dorfgesundheitsshelfer* haben institutionell gegründete Dienstleistungen oft erfolgreich in der Gemeinschaft umgesetzt, waren aber dagegen weniger erfolgreich darin, als Vermittler von örtlichen Initiativen zu wirken.

Aufsicht

Das Leitungsteam muss ständig dafür sorgen, dass jeder seinen Beitrag leistet und sich des erzielten Fortschritts bewusst wird.

Offensichtliche Zeichen des Fortschritts, wie etwa das Verschwinden von Läusen, fördert die Gemeinschaft in ihrem Selbstwert und ihrem Selbstvertrauen.

ROY SHAFFER (M.D., M.P.H.): geboren in Kenya, die Eltern arbeiteten als Missionare bei den Massai. Roy Shaffer war einer der ersten „Fliegenden Ärzte“ in Ostafrika, Spezialist für Gesundheitsentwicklungsprogramme bei Medical Assistance Programme (MAP) und AMREF (Africa Medical Research Foundation), zwischenzeitlich Mitarbeiter der Medizinischen Fakultät der Universität Nairobi, „Department Community Health“, maßgeblich beteiligt an der Gründung und Entwicklung von TOT-Kursen (Training of Trainers of Community Health Workers). Sechs Jahre nach seiner Pensionierung jetzt wieder in Tanzania im KCMC (Kilimanjaro Christian Medical Centre) in der Abteilung für Community Health tätig.

Entnommen:Gerd Propach (Hrsg): Geht hin und heilt.-Zeichen der
Freundlichkeit Gottes, Porta Studien
20, SMD Edition, Francke Verlag, Marburg 2002