

Marc Jamouille¹

Urbanes Pflegezentrum und Hausarztmedizin in Brasilien

Vor kurzem besuchte ich Belo Horizonte, die Hauptstadt des Staates Minas Gerais, auf deren Territorium der Zugang zur medizinischen Versorgung von etwa zwei Millionen Menschen verwaltet wird. An diesem Beispiel konnte ich die Organisation der Grundversorgung in Brasilien kennenlernen. Belo Horizonte erinnert an Madrid und an Casablanca. Die Vororte der an einer Bergkette gelegenen Stadt erstrecken sich, so weit das Auge reicht, über die trotz heissem und eher trockenem Subtropenklima erstaunlich grüne Landschaft. Gespickt mit zahlreichen Wolkenkratzern (Abb. 1), ist sie auch die Wirtschaftshauptstadt des Landes der Goldminen, Edelsteine und Diamanten. Ab dem 18. Jahrhundert hat der Staat Minas Gerais die königlichen Schatztruhen Portugals gefüllt. Durch ihn zieht der königliche Weg, welcher von der im Stil des 18. Jahrhunderts erhaltenen kleinen Goldgräberstadt Diamantina über Ouro Preto – ein anderes Kleinod aus jener Zeit – bis zum Meer nach Rio de Janeiro führt, von wo aus die Karavellen nach Lissabon aufbrachen. Auf dieser Strecke starben zahlreiche Sklaven für den Reichtum Europas, und sie wurde daher auch Weg der Sklaven (*Caminho dos escravos*) genannt. Während meines Aufenthalts prangten die Blumen vereinzelter Ipeebäume lodernd gelb in der braungrünen Trockenheit des Sertão.

Brasilien ist eine Bundesrepublik mit dezentraler Verantwortlichkeit. Die Stadtgemeinde Belo Horizonte sorgt intern für die Gewährleistung der hier *Atenção Básica* genannten Grundpflegedienste. Innerhalb dieser Dienste wird die «Residenzweiterbildung» in «familien- und gemeinschaftsorientierter Medizin» seit 1993 angeboten und weiterentwickelt, und sie ist Bestandteil des allgemeinen brasilianischen Gesundheitssystems (Sistema Único de Saúde, SUS). Seit der Einführung des SUS im Jahre 1988 sind alle medizinischen Leistungen sowie die wesentlichen Medikamente für jeden völlig kostenlos.

Familienorientiertes Gesundheitsprogramm in Belo Horizonte

Die Stadtgemeinde verwaltet die Pflegezentren und die Einheiten für Hausarzt- und Gemeinschaftsmedizin und verfügt zu diesem Zweck über ein relativ grosses, der zu versorgenden Bevölkerungszahl entsprechendes Finanzpaket [1]. Die neue brasilianische Verfassung legt die Anteile fest, mit welchen die Bundesrepublik, der Bundesstaat (hier Minas Gerais) und die Stadtgemeinde zur Finanzierung des Gesundheitsbudgets über neue Steuermittel beitra-



Abbildung 1
Belo Horizonte. (Foto: Marc Jamouille)

gen. Ärzte, Krankenschwestern, Gesundheitsagenten und Pflegepersonal sind daher Beamte im Dienst der städtischen Gesundheitsversorgung. Die Ärzte zeigen sich mit ihrem Lohn zufrieden, und ihre Karriereplanung sieht alle drei Jahre eine Beförderung vor. Sie dürfen auch privat praktizieren, tun dies jedoch nur selten. Während ihrer Residenzweiterbildung zum Hausarzt werden sie auch für Teamarbeit geschult. Da es nicht genügend ausgebildete Hausärzte gibt, um die Bedürfnisse zu decken, werden sie durch Allgemeinärzte in den Pflegezentren ergänzt.

Ein Team besteht aus einem Arzt, einer Krankenschwester, zwei Pflegehelferinnen und vier bis fünf für die Gemeinschaft zuständigen Gesundheitsagenten. Letztere müssen im Zuständigkeitsbe-

Stadtgemeinde Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasilien): familienorientiertes Gesundheitsprogramm 2007

1,8 Millionen registrierte Personen (76% der Bevölkerung)
450000 Familien
143 Pflegezentren
513 familiengesundheitlich orientierte Teams
203 zahngesundheitlich orientierte Teams
65 psychisch orientierte Gesundheitsteams
195 Pädiater, 112 Internisten, 145 Geburtshelfer-
Gynäkologen
80 Sozialhelferinnen
2300 gemeinschaftsorientierte Gesundheitsagenten

¹ Übersetzung: Constantin und Heshshaimer.

reich ihres Pflegezentrums wohnen. In jedem Bezirk wird die Anzahl notwendiger Teams anhand eines komplexen Anfälligkeitsindexes bestimmt; je höher das Risiko im Viertel ist, desto mehr Teams stehen einsatzbereit. Das Team ist für die Vorsorge, die Behandlung und die Gesundheitserziehung zuständig sowie für die Betreuung von Schwerkranken. Erscheint ein vom Team als Risikofall eingestuft Patient nicht zum festgesetzten Termin, so wird sich einer der Gesundheitsagenten mit ihm in Verbindung setzen, nachdem sein Fall vom Team besprochen wurde. Die Teamkrankenschwester ver-

waltet den Zeitkalender für Screening-Untersuchungen und für die Betreuung von Kleinkindern, schwangeren Frauen und schwerkranken, zu Hause gepflegten Patienten. Die Gesundheitsagenten decken ein breit gefächertes Spektrum an Tätigkeiten im Bereich Gesundheit ab, von der einfachen Informationskampagne bis zum gemeinschaftsorientierten Theater, dank welchem geistig geschwächte Menschen resozialisiert werden können. Der Patient kann seinen Arzt nicht auswählen. Die Teams haben vorgeschriebene Zuständigkeitsterritorien, kennen ihre

Die Hausärzte nehmen eine «Gatekeeper»-Funktion ein, und spezialisierte Versorgung ist nur auf ihre Anfrage hin zugänglich, ausser selbstverständlich in Notfällen.

Zielbevölkerung genau, und diese scheint damit zurechtzukommen. Im seltenen Fall von Unverträglichkeiten oder von ernststen Schwierigkeiten im Arzt-Patienten-Verhältnis kann einem Patienten, nach Besprechung im Team, ein anderer Arzt zugewiesen werden. Ein Arzt kann auch verlangen, von der Betreuungspflicht für den einen oder anderen Patienten befreit zu werden, wenn die Beziehung auseinanderbröckelt oder zu belastend wird. Die Hausärzte nehmen eine «Gatekeeper»-Funktion ein, und spezialisierte Versorgung ist nur auf ihre Anfrage hin zugänglich, ausser selbstverständlich in Notfällen.

Hausärztlicher Alltag

Der Arbeitsplan ist klar festgelegt. Der Arbeitstag beginnt um 7 Uhr, mit Terminsprechstunden vor- und nachmittags. Die Zeit zwischen 7 und 9 Uhr wird für terminlose ärztliche Beratungen freigehalten. Sehr betagte oder schwerkranke Menschen werden vom Hausarzt und von den Krankenpflegern zu Hause besucht und betreut und von den gemeinschaftsorientierten Gesundheitsagenten unterstützt. Gynäkologen, Pädiater, Allgemeininternisten und Psychiater sind via interne Überweisung im gleichen Zentrum verfügbar. Laboranalysen und bildgebende Diagnostik werden ausserhalb des Zentrums durchgeführt, bei Privatärzten, mit welchen die Stadtgemeinde einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hat. Nach aussen werden die Patienten nur innerhalb der SUS-Spitäler über-

wiesen, und der direkte Telefonkontakt mit dem Facharzt sichert die Pflegekontinuität.

Die Stadtgemeinde sichert auch die Fortbildung des Teampersonals und die hausärztliche Weiterbildung: Die zweijährige Residenzweiterbildung als Hausarzt gibt das Recht, in einem familiengrundorientierten Team zu praktizieren. Die brasilianische Vereinigung der familien- und gemeinschaftsorientierten Ärzte [2] treibt die Definition der medizinischen Curricula sehr aktiv voran und organisiert jährliche Zertifikatsprüfungen. Merkwürdigerweise wird ein Arzt nach Vollendung seiner sechsjährigen Universitätsausbildung zwar Allgemeinarzt genannt, aber er darf den gleich-



Abbildung 2
Pädiatrisches Untersuchungszimmer. (Foto: Marc Jamoulle)



Abbildung 3
Zahnärztliches Behandlungszimmer. (Foto: Marc Jamoulle)



Abbildung 4
Die Stadt Diamantina, die von der UNESCO als Weltkulturerbe gelistet wurde.
(Foto: Marc Jamoulle)

lautenden Arzttitel erst nach Abschluss einer hausärztlichen Residenzweiterbildung tragen. An den Universitäten gibt es keinen Fachbereich für Hausarztmedizin.

Das während des Studiums vermittelte theoretische Grundwissen entspricht den Empfehlungen der Wonca. Zum Beispiel wird die von der Wonca Europe vorgeschlagene Definition für Familienmedizin fast wörtlich übernommen. Residenzärzte werden von Praktikumsleitern betreut, und eine Gruppe von lehrenden Hausärzten gibt ihnen theoretischen Unterricht. In der Tat spielt der durch die lehrenden Hausärzte gegebene Unterricht für das gesamte Gesundheitspersonal der Stadtgemeinde eine wichtige Rolle und findet in kommunalen Räumen statt. Die Stadtgemeinde stellt in den Pflegezentren nicht nur Besprechungsräume, sondern auch technische Mittel bereit: schneller Internetzugang und voll funktionsfähiges Videokonferenzsystem, welches den Teilnehmern erlaubt, dem Lehrer schriftliche Fragen zu stellen. Ich konnte einem Kurs über das Thema «Die Familie ansprechen» beiwohnen. Der kursleitende Kollege war mit der Theorie der verschiedenen Systeme besonders gut vertraut. Sein klarer, didaktisch ansprechender PowerPoint-Vortrag wurde gleichzeitig per Netzwerk in 18 Zentren übertragen, zusammen mit einem als kleines Fenster eingeblendeten Bild des Lehrers (Abb. 5).



Abbildung 5
Lernen in einer Videokonferenz (Dr. Daniel Knupp und Ruth Diaz, Hausärzte).
(Foto: Marc Jamoulle)

Ein Pflegezentrum am Stadtrand

Die Stadtgemeinde hatte mich auch eingeladen, ein Pflegezentrum mit etwa 60 Mitarbeitern in der Peripherie zu besuchen, und ich wurde dort sehr freundlich empfangen. Am Stadtrand ist die Bauweise sichtlich ärmlicher als im Stadtzentrum. Trotzdem sind diese Viertel luftig und sauber, und die Müllabfuhr sowie die allgemeine Wasserversorgung funktionieren. Obwohl das Material etwas veraltet aussieht, wurde das Pflegezentrum vor kurzem renoviert und ist mit allen notwendigen Räumen ausgestattet: behindertengerechter Wartesaal, Sekretariat, Aktenzimmer, EKG-Raum mit computerisiertem System, Sterilisationsraum, Blutentnahmeraum, mehrere medizinische und gynäkologische Sprechstundenzimmer, alle mit Internet- und Netzwerkanschluss, Räume für allgemeine und für spezielle Pflege, Dienstzimmer für die Gemeinschaftsorientierten Gesundheitsagenten, Sitzungszimmer, Impfraum, Apothekenraum mit entsprechend einer nationalen Liste vom staatlichen Gesundheitsdienst bereitgestellten Generika, Zahnmedizinraum mit drei hochmodernen Sesseln. In einem kleinen Zimmer neben dem Zahnmedizinraum dient eine Reihe von sechs Waschbecken dem Zahnputzunterricht durch die Zahnpfleger. Bei Kleinkindern wird Zahnkaries sehr ernst genommen und durch sorgfältig ausgearbeitete Präventionsprogramme bekämpft. Ich fand das Zentrum sehr belebt vor, mit Gängen voller Mütter und Kinder, Ärzten in der Sprechstunde, einer impfenden Krankenschwester umgeben von Müttern mit schreienden Babys, einem

Residenzärzte werden von Praktikumsleitern betreut, und eine Gruppe von lehrenden Hausärzten gibt ihnen theoretischen Unterricht.

Ernährungswissenschaftler bei einer Familienumfrage, einer Warteschlange vor der Apotheke, all das in einer sympathischen, unbefangenen Atmosphäre.

Ein vor seinem Computer sitzender Kollege stellte mir eine Fangfrage: Was sind die Komplikationen der Krankheit, die er in einer ICD-10-kodierten Liste auf seinem Bildschirm ausgewählt hat? Es handelt sich um Schistosomiasis, früher unter dem Namen Bilharziose bekannt. Leider ist mein tropenmedizinisches Wissen bereits 30 Jahre alt. Etwas belustigt sprach er von Leberzirrhose und dachte wohl, dass diese Europäer nicht die Klügsten seien.

Ein nagelneuer Krankenwagen fuhr eine kranke Frau mit frisch angelegter Infusion ins Referenzspital. Am Empfang bestaunten alle ganz verzückt ein schwarzes Baby in den Armen der Empfangsdame. Ein Blick auf den Planungskalender der für die Betreuung von Risikopatienten zuständigen Krankenschwester verriet eine hohe Anzahl von Erkrankungen wie Dyslipidämie, Adipositas, Hypertonie, generalisierte Angststörung (sic: das DSM-IV liegt überall vor)² und vaskuläre Anfälle. Kein Zweifel: Die Krankheiten des Überflusses werden bald die Krankheiten des Mangels überholen. In der Tat wurde beschlossen, nächstes Jahr erstmals ein Statin in die Medikamentenliste der staatlich versorgten Apotheken aufzunehmen. Bis dahin sind Statine nach wie vor nicht verschreibungsfähig, und der Patient muss sie in einer privaten Apotheke aus eigener Tasche zahlen. Brasilien fasst in der Moderne Fuss und wird anfangen, Krankheitsrisiken zu bekämpfen. Und Krankheitsrisiken wird es geben, denn während ich in einen letzten Kaffee vor der Abreise genoss, sah ich zwei emsigen Frauen zu, wie sie in der Küche die Landesspezialitäten zubereiteten: Käsebrot und brasilianischen Käse, zusammen mit Mais- und Maniokkuchen. Vor solchen Nationalgerichten sollte die Ernährungswissenschaftlerin ein Stockwerk höher erschauern und sich in die Arbeit stürzen.

² Das DSM-IV genannte «diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen» wurde von den Psychiatrieexperten der American Psychiatric Association ausgearbeitet, in enger Zusammenarbeit mit der Medikamentenindustrie.

³ Für eine ausführlichere Analyse siehe Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Services Research. 2006;6(1):156. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/156>

Ein fortschrittliches System

Dieser knappe Bericht schildert natürlich nur meine Beobachtungen während eines Kurzbesuchs in einem einzigen Pflegezentrum. Hinzu kommt, dass Belo Horizonte eine der reichsten Städte des Landes ist, mit einer gut kontrollierten urbanen Entwicklung. Daher sollte man nicht erwarten, dass das Gesundheitssystem im ganzen Land so weit entwickelt ist. Brasilien ist grösser als Europa, und seine zahlreiche Bevölkerung weist eines der weltweit grössten sozioökonomischen Gefälle auf. Sollte aber das in dieser Stadt aufgebaute System³ beispielhaft für die (zukünftige) Gesundheitslage im ganzen Land stehen, so würde Brasilien über eines der international fortschrittlichsten Systeme für medizinische Grundversorgung verfügen.

Literatur

- 1 Atencão Primária em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Prefeitura; 2007. S. 4.
- 2 SBMFC. Medicina de família e comunidade. O que, Como, Quando, Onde, Porque. VII Congresso: Sociedade Brasileira de Medicina de família e Comunidade; 2005. S. 6. Available from: <http://www.sbmfc.org.br>

Dr. Marc Jamouille
Hausarzt
Facharzt für Informationsverarbeitung
Praktikumsleiter und Forscher
Akademisches Zentrum für Allgemeinmedizin,
Katholische Universität Löwen, Belgien
marc@jamouille.com