

Gemeindetherapie im Familiengesundheitsprogramm Brasiliens

MARKUS HERRMANN

Einleitung

Anfang Mai 2010 erschien in Lancet ein Artikel über die Entwicklungen und Veränderungen des brasilianischen Gesundheitswesens (Paim u.a. 2011). Der Reformprozess der letzten 40 Jahre wurde darin dargestellt und diskutiert, einschließlich der Etablierung eines universellen Gesundheitssystems für die gesamte Bevölkerung. Das besondere dieser Gesundheitsreform besteht darin, dass sie weniger durch Regierung, politische Parteien oder internationale Organisationen durchgesetzt wurde, sondern vielmehr durch zivilstaatliches Engagement. Es folgte in kurzer Folge eine Serie fünf weiterer Beiträge, die die Erfolge in Mutter-Kind-Gesundheit, der Kontrolle von Infektionskrankheiten und ebenfalls die Problematik von Gewalt und Verletzungen sowie nichtübertragbaren Krankheiten in Brasilien diskutierten (Victoria u. a. 2011a, Barreto u. a. 2011, Schmidt u. a. 2011, Reichenheim u. a. 2011a, Victoria u. a. 2011b). Gemeindeorientierung ist ein zentrales und integrales Element im brasilianischen Familiengesundheitsprogramm beruhend auf einem 1988 neu verfassten, universellen Gesundheitssystem für die gesamte Bevölkerung.

Während des Weltkongresses der WONCA, dem Weltverband der Hausärzte, 2010 in Cancun machte Brasilien mit über 100 wissenschaftlichen Beiträgen auf sein neues Familiengesundheitsprogramm international aufmerksam. Für den Autor, der selbst

bereits vor und am Ende seines Medizinstudiums im Praktischen Jahr Erfahrungen im brasilianischen Sozial- und Gesundheitssystem und in den Basisgemeinden der Theologie der Befreiung gesammelt hatte, war dies Anlass für eine Feldforschung mit dem Ziel, die Professionsentwicklung der Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Brasilien mit der deutschen Entwicklung zu vergleichen. Diese Arbeit wurde realisiert im Rahmen eines wissenschaftlichen Austauschprogramms des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD) und der brasilianischen Partnerorganisation CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CAPES) zusammen mit der Wissenschaftlerin Ligia Giovannella, Stiftung Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro.

Historische Entwicklung

1988 wurde eine neue Bundesverfassung in Brasilien verabschiedet, die Gesundheit als Grundrecht verankerte und den Staat in die Pflicht nahm, einen generellen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu gewährleisten. Seither gilt das Recht auf medizinische Behandlung als Sozialrecht und öffentliche Aufgabe. Damit war die rechtliche Grundlage für den Aufbau des einheitlichen Gesundheitssystems SUS (Sistema Único de Saúde) geschaffen

(Giovanela & de Souza Porto 2004). Das SUS ist vergleichbar mit dem britischen National Health Service, einem sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaatsmodell (Rosenbrock & Gerlinger 2004, S. 32). SUS garantiert universellen Zugang für die gesamte Bevölkerung, auch wenn 25 % der Bevölkerung weiterhin eine zusätzliche private Versicherung haben (Lobato & Giovanela 2008). Universeller Zugang, Gerechtigkeit, Dezentralisierung, Beteiligung der Bevölkerung, soziale Partizipation und integrale wie integrierte Versorgung sind die leitenden Prinzipien des neuen Einheitlichen Gesundheitssystems SUS. Leitend war der Grundgedanke von sozialer Gleichberechtigung in einem Land, in dem bis dahin ein Großteil der Bevölkerung von jedem formalen Anspruch auf Versorgung über lohnabhängige Beiträge ausgeschlossen war. Die Reform sollte zur Überwindung großer Versorgungsungerechtigkeiten zwischen gesetzlich Krankenversicherten und der armen Bevölkerung ohne Versicherungsschutz beitragen. Stärkere Partizipation der Bevölkerung wurde erreicht durch die Bildung von Gesundheitsräten auf verschiedenen Verwaltungsebenen (Kommune, Bundesland, Bund), die sich paritätisch aus Nutzern (Vertreter von Bürgerbewegungen und auf Gesundheitskonferenzen gewählten Patientengruppen) und Leistungsträgern zusammensetzen. Unter integraler Versorgung wird die Ausrichtung verstanden, die Patienten in ihrer biopsychosozialen Gesamtheit zu betrachten und einen umfassenden Leistungskatalog mit Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen anzubieten. Gesundheitsförderung soll damit Vorrang haben, kollektive bzw. Public-Health-Strategien sollen mit individuellen Maßnahmen integriert bzw. verbunden werden. Es besteht kein detaillierter Leistungskatalog. Das Angebot umfasst alle präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie alle Versorgungsebenen der ambulanten und stationären Versorgung: von Impfungen bis zu Organtransplantationen. Die Arzneimittelversorgung ist beschränkt. Die öffentlichen Versorgungseinrichtungen geben Arzneimittel nur in begrenztem Umfang kostenlos ab, stehen aber für bestimmte Public-Health-Programme wie zum Beispiel für Aidsprogramme zur Verfügung.

Dezentralisierung bedeutet die stärkere Einbeziehung von Kommunen und Bundesländern in die Gesundheitsversorgung als zuvor. Diese Umstrukturierung des Gesundheitswesens hat zu wichtigen Änderungen in der politischen Machtverteilung und Verantwortlichkeit zwischen den verschiedenen Regierungsebenen geführt. Kompetenzen und Entscheidungsverantwortung wurden auf die unteren Ebenen der Föderation übertragen (vgl. Araújo, 1999). Heute gibt es praktisch einen flächendeckenden Basisgesundheitsdienst mit Gesundheitsposten und -zentren, die zum größten Teil Eigentum der Kommunen sind. Neben Präventionsmaßnahmen haben die Bürger dort Zugang zu kinderärztlicher, gynäkologischer und allgemeinmedizinischer Behandlung. Für die Finanzierung des SUS sind die drei Verwaltungsebenen von Bund, Ländern und Kommunen zuständig. Die Finanzierung

erfolgt im Wesentlichen durch Bundessteuern, die an die Länder und Kommunen verteilt werden (Costa u. a. 2001; Piola & Biasoto 2001, S. 229). Eine heterogene Angebotsstruktur kennzeichnet die ambulante Versorgung. Das SUS bietet Gesundheitszentren und Polikliniken an, die überwiegend (zu 76 %) in öffentlichem und zu 96% im Besitz der Kommune sind. Ärzte sowie Beschäftigte anderer Gesundheitsberufe sind Angestellte des öffentlichen Dienstes. Kommunen schufen in den letzten zehn Jahren neue Leistungserbringer, was zu einer deutlichen Ausweitung des öffentlichen Angebots geführt hat. So stieg die Anzahl der öffentlichen ambulanten Versorgungseinrichtungen um 40%, von 24.960 im Jahr 1992 auf 35.086 im Jahr 2002 und 42.000 in 2011. Vor allem in kleinen Städten und ländlichen Gemeinden führte dies zu einer spürbaren Verbesserung des Zugangs zur Grundversorgung (Giovanela & de Souza Porto 2004).

1994 wurde durch das Ministerium für Gesundheit der brasilianischen Regierung die gesetzliche Grundlage gelegt für ein Familiengesundheitsprogramm (Programa de Saúde da Família – PSF), einem community oriented primary care- und Public Health-Konzept, das eine grundsätzlich andere Denkweise im Gesundheitswesen einläutete. Es orientiert sich am Primary Health-Care-Konzept (PHC) von Alma Ata (1978). Mit der „Deklaration von Alma Ata“ bekannten sich die Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im September 1978 in Alma Ata zum Konzept von Primary Health Care (PHC). Gesundheit war nun nicht mehr nur eine medizinische, sondern eine Frage der Menschenrechte und damit der Gerechtigkeit, der Gleichheit und der Partizipation. Es ging und geht beim Primary Health Care um den gleichen Zugang aller zu den Ressourcen von Gesundheit und um die gleiche Beteiligung aller an der Gestaltung des Gesundheitswesens. Die Alma Ata Konferenz mobilisierte eine „Primary Health Care Bewegung“ von Fachleuten und Institutionen, Regierungen und



Abb 1. Ein PSF-Team in Sao Paulo: drei Gesundheitsarbeiter, Familienärztin, Weiterbildungsassistent und Krankenschwester

Organisationen der Zivilgesellschaft, Wissenschaftler und Basisorganisationen, die sich verpflichteten mit dem Ziel, politisch, gesellschaftlich und wirtschaftlich unannehmbaren Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu begegnen (vgl. Franzkowiak & Sabo 1993).

Das neue Familiengesundheitsprogramm wurde in allen Regionen des Landes umgesetzt. Es beruht auf interdisziplinären Familien-Gesundheitsteams, um die Gesundheitsförderung und sekundäre Prävention bestimmter chronischer Krankheiten zu verstärken und gemeindeorientiert zu arbeiten. Es verkörpert ein neues Versorgungsmodell, das die traditionelle Grundversorgung ersetzen und den Aufbau eines integrierten Gesundheitssystems ordnen soll. Es entstehen eigens PSF-Teams, die für jeweils rund 900 Familien in einem Stadtteil verantwortlich sein sollen. Diese Gesundheitsteams setzen sich zusammen aus einem Arzt (Vollzeit, 40 Stunden pro Woche) als Lotse, Integrator und Koordinator, aber auch mit Blick eines Public-Health-Experten für die vorrangigen Gesundheitsprobleme der Gemeinde; einer akademischen Krankenschwester, die vor allem auch Präventionsprogramme und Managed-Care für chronisch Kranke durchführen, einem Zahnarzt, zwei Krankenpflegehelfern und mehreren Gesundheitsarbeitern aus der Gemeinde, die als Gatekeeper oftmals erst die Türen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung öffnen (s. Abb. 1).

Das Gesundheitsteam soll verantwortlich sein für die Gesundheit der Einwohner ihres Territoriums und aktiv in der Gesundheitsförderung arbeiten. Dazu wird eine Übersicht über besondere Gesundheits- und soziale Probleme jedes Stadtviertels erstellt, wobei das Team mit anderen Institutionen des öffentlichen Dienstes wie Schulen, Wasserwerken, Müllabfuhr, öffentlichem Nahverkehr, Bauamt und anderen zusammenarbeitet. Die Gesundheitsarbeiter, die auch in dem Stadtviertel leben müssen, in dem sie arbeiten, sollen kollektive Public-Health-Arbeiter für das Viertel sein. Sie besuchen jede Familie einmal pro Monat, klären über präventive Maßnahmen auf, wiegen die Kinder, kontrollieren die Impfungen, begleiten die Schwangeren, Diabetiker sowie Bluthochdruckpatienten und sollen Patientengruppen organisieren. Das PSF-Gesundheitsteam als Gatekeeper und Lotse soll zu einer besseren Verzahnung der Grundversorgung mit den komplexeren Versorgungsebenen – also mit Fachärzten, Krankenhäusern und hoch spezialisierten Einrichtungen – durch ein festgelegtes Überweisungssystem beitragen. Mittlerweile werden etwa 52% der Bevölkerung durch dieses System abgedeckt.

Gemeindeorientierung

Dem PHC-Ansatz von Alma-Ata folgend unterscheidet sich das brasilianische Familiengesundheitsprogramm von der deutschen hausärztlichen Versorgung, indem es auf einer ausgesprochenen Gemeindeorientierung basiert. Es werden nicht nur Aufgaben,

die hierzulande durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst wahrgenommen werden, integriert, es basiert auch auf expliziter Partizipation der Bevölkerung.

Die Public-Health-Orientierung zeigt sich darin, dass zusammen mit den Betroffenen eines Gebietes gemeindebezogene Gesundheitsprobleme regelmäßig identifiziert werden (Problemidentifizierung), gemeinsam über notwendige Maßnahmen nachgedacht wird (Strategieentwicklung) und gemeinsam deren Umsetzung verfolgt wird mit anschließender Auswertung und Bewertung (Evaluation) der Maßnahmen. Dieses Vorgehen orientiert sich am Public-Health-Action-Zyklus (Rosenbrock & Gerlinger 2004). Damit findet neben einer nosologisch-biomedizinischen Orientierung eine bevölkerungsbezogene Perspektive orientiert an häufigen Gesundheitsproblemen der Gemeinde Eingang. Neben dem kurativen Auftrag liegt der Fokus vor allem auf umfassender Hilfestellung für Prävention und Gesundheitsförderung. Sowohl Verhältnisprävention als auch Verhaltensprävention haben eine große Relevanz.

Dem Gebot der Verhältnisprävention folgend wird eine Zusammenarbeit mit verschiedenen kommunalen Institutionen in Gesundheitsfragen angestrebt, um Bildungsprozesse anzustrengen (z.B. Schulen), hygienische Missstände zu beseitigen (Müllabfuhr) oder Verkehrsunfälle präventiv zu begegnen (Verkehrsplanung).



Abb. 2 Hausbesuch von Familienarzt und Krankenschwester

Damit obliegen den PSF als gesundheitspolitischen Agenten eine wichtige Rolle Einfluss zu nehmen auf verschiedene kommunale Politikfelder mit Gesundheitsbezug. Bei strukturellen Fragen der Ausgestaltung der Versorgung spielt auch die Partizipation der Bevölkerung durch Beteiligung in Gesundheitsräten eine zentrale Rolle.

Dem Gebot der Verhaltensprävention folgend, sind dabei aufsuchende Tätigkeiten durch Haus- und Familienbesuche, Schulbesuche, Aufsuchen von Gemeinschaftsaktivitäten durch das PSF-Team von zentraler Bedeutung. Beispielsweise suchen die Gesundheitsagenten regelmäßig einmal pro Monat die ihnen zugeordneten Familien auf, beraten in Gesundheitsfragen, organisieren Konsultationen im Gesundheitszentrum, erfassen frühzeitig drohende Gesundheitsprobleme in den Familien. (s. Abb. 2 Hausbesuch von Familienarzt und Krankenschwester).

Auch edukative und bewusstseinsmachende Prozesse anzustoßen, ist Teil des Auftrags der Familiengesundheitsteams. So geht es darum Erziehungsprozesse anzustoßen, z.B. durch die Etablierung verschiedenster Gruppenangebote beispielsweise für ältere Mitbürger, minderjährige Schwangere, Drogenabhängige, Diabetiker oder Menschen mit psychosozialen Problemen in der Gemeinde als *Terapia comunitaria*, Gemeindeförderung.

„Terapia Comunitária“ – Gemeindeförderung

Die „Terapia Comunitária“ (TC), im deutschen Sprachgebrauch wird dafür der Begriff „selbststärkende Gemeinschaft“ genutzt, ist ein therapeutisches Verfahren in einer Gruppe mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und der medizinischen Grundversorgung in psychischer Gesundheit. Sie hat die Funktion bürgerschaftliches Handeln, Solidarität und soziale Vernetzung zu fördern und



Abb. 3 Gruppe „terapia comunitaria“, Gemeindeförderung in einem Privathaus unter Moderation eines Familienarztes

kulturelle Identität bedürftiger Kommunen durch institutionelle Teams öffentlich, privat oder freiwillig zu stärken.

Zum einen kommt diesen Gruppen diagnostische Funktion zu hinsichtlich der Analyse der ursächlichen Faktoren, die dazu geführt haben, dass ein Großteil der Bevölkerung grundlegende Bedürfnisse vorenthalten werden und in existentiellm Elend leben. Zum anderen haben diese Gruppen therapeutische Funktionen, indem sie versuchen die Mechanismen, die zum Verlust bürgerschaftlichen Handelns, mangelnder kultureller Identität und Selbstwertgefühl geführt haben, umzukehren.

Auf der diagnostischen Ebene geht es vor allem darum, deutlich werden zu lassen, dass die Entwicklung der brasilianischen Gesellschaft seit der Kolonialisierung bis heute durch Autoritarismus, Manipulation und Verarmung vieler zum Nutzen einiger weniger bestimmt war. Auf der therapeutischen Ebene geht es darum, Kontexte zu identifizieren und deutlich werden zu lassen, wo Menschen aufgrund passiver Erwartungshaltung die Chance verpassen, neue Fertigkeiten zu erlernen und die Autonomie, ihr eigenes Leben zu gestalten, verlieren.

Historisches

Die „Terapia Comunitária“ entstand im Jahr 1987 in Pirambu, einem der größten Favelas in Fortaleza / Ceará im Nordosten Brasiliens (280.000 Einwohner) in Reaktion auf eine wachsende Nachfrage von Menschen in psychischen und sozialen Notlagen, die Rechtshilfe in einem Menschenrechtsbüro suchten. Der laien- und gruppentherapeutische Ansatz wurde in diesem Kontext von dem Psychiater, Theologen und Anthropologen Prof. Adalberto Barreto, Professor am Institut für Gemeindeförderung der Bundesuniversität in Ceará, begründet, um vor allem mit großen Gruppen armer Bevölkerungsschichten zu arbeiten. Zusammen mit einem Rechtsanwalt, Sozialarbeitern, Priestern und einer Vielzahl von Heilern, Künstlern, Musikern u.a. arbeitet er in einer gemeindenahen Gesundheitsfürsorge zusammen. Im Jahre 1996 hat die Pastoral da Crianca (Kinderpastorale) der katholischen Kirche Brasiliens das Team beauftragt Gemeindeförderer auszubilden (Barreto 1996, 1997).

Leitend war die Erkenntnis, dass es nicht möglich war, adäquat auf die Bedürfnisse dieser Menschen zu reagieren mittels Verordnungen oder Überweisungen wie in einer ärztlichen Praxis oder im Krankenhaus; vielmehr sah er es als notwendig an, prioritär die Schaffung und Stärkung von sozialen Netzwerken zu fördern, da die meisten Menschen Einwanderer waren, die ihre Kommunen, meist auf dem Lande, verlassen hatten und ungeordnet in den Peripherien der großen Städte verarmt und ohne Unterstützung des Staates lebten. Oft 10 bis 12 Personen leben in einer kleinen Hütte, ohne ausreichende Sanitäreinrichtungen, ohne Arbeit und oft ohne Essen. Die Eltern sind oft tagsüber außer Haus, ältere Geschwister passen auf die jüngeren auf und gehen betteln. Alko-

holismus, Drogensucht und Gewalt sind weit verbreitet (Barreto 1996).

Theoretische Grundlage

Die „Terapia Comunitária“ wird theoretisch auf vier Säulen verortet: Systemischer Theorie, Kommunikationstheorie, Kulturanthropologie und Resilienz.

Systemtheorie

Der systemische Ansatz erlaubt es, den Menschen in seiner Beziehung zur Familie, der Gesellschaft, zu ihren Werten und ihrem Glauben zu sehen und damit einen Beitrag zum Verständnis und zur Transformation des Individuums zu liefern. Der systemische Ansatz wird genutzt, um ein Problem durch die Gruppe von allen Seiten in seinem Kontext zu verstehen. Man nutzt dabei den Ansatz des deutschen Biologen Ludwig von Bertalanffy (1976) aus den 20er Jahren.

Kommunikationstheorie

Orientierend an der Kommunikationstheorie von Watzlawick (1967) und Bateson werden Symptome wie Alkoholismus, delinquenten Handlungen, Somatisierung seelischen Leidens etc. als eine Form der Kommunikation betrachtet, wo bestimmte Botschaften verborgen bleiben. Der Gruppenprozess kann es nun ermöglichen, unter Einbeziehung von verbalen und non-verbalen Aussagen zu Inhalt aber auch zur Beziehung Dinge auszudrücken, die vorher nicht verbalisiert werden konnten. Dadurch wird das Bewusstsein der Betroffenen erweitert und es ergeben sich durch den Gruppenprozess neue Möglichkeiten der Transformation und Neudefinition.

Kulturanthropologie

Die Kulturanthropologie beleuchtet die kulturellen Werte und Überzeugungen als ein wichtiger Faktor bei der Gestaltung der Identität des Individuums und der Gruppe. Wesentlich ist diese Perspektive für die Entwicklung sozialer Netzwerke, seien sie institutionell oder sektorübergreifend, um lokale Ressourcen, Bindungen oder Familiendynamiken zu fördern. Nach Barreto ist soziale Transformation nur möglich durch zwei Wege: vertikal durch die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse oder horizontal über Veränderungen sozioökonomischer und kultureller Verhältnisse.

Resilienz

Resilienz wird als Fähigkeit von Individuen, Familien und Gemeinschaften begriffen, kontextuelle Schwierigkeiten, die über Jahrhunderte das Leben in Armut und Unterdrückung geprägt haben, zu überwinden. Als wesentlich dafür werden die Wertschätzung der persönlichen Erfahrung und die Interaktion zwischen Individuum und seiner Umwelt gesehen, die zwar keinen Vorrang vor der öffentlichen und sozialen Ordnung haben, aber Anstöße geben sich neu zu orientieren; ferner: Sinn für Humor als Weg

Tragisches in Konstruktives zu drehen; Wertschätzung der Kompetenzen von Individuen, Familien und Gemeinschaften als eine wichtige Quelle von Sicherheit, Kompetenz und Wissen.

Methodik der „Terapia Comunitária“

Ziele

- Weiterentwicklung von Prävention und soziale Integration von Menschen in Krisen und mit psychischen Leiden;
- Förderung der Integration von Menschen und Gemeinschaften bei der Rettung von Würde und Staatsbürgerschaft, einen Beitrag zur Reduktion von verschiedenen Arten von Ausgrenzung;
- Förderung der zwischenmenschlichen und interkommunalen Treffen auf die Modernisierung von ihrer jeweiligen Geschichte, der Identität Rettung, Restaurierung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sollen, und
- Stärkung der Bindung zwischen Menschen unter Wahrung der kulturellen Bezugspunkte eines jeden; Aufzeigen verschiedener Möglichkeiten und Lösungen bei Problemkonstellationen (Camarotti u.a. 2012).

Arbeitsweise

Die Gruppen sind offen, jeder kann teilnehmen zu jeder Zeit. Die Gruppen werden in der Kommune durchgeführt: in kirchlichen Einrichtungen, Gemeindezentren, Gesundheitszentren, Krankenhäusern, Schulen, Bürgerinitiativen, Wohnhäusern etc.. Die Gruppen finden wöchentlich statt oder nach einer vorgegebenen Frequenz mit einer Sitzungslänge von rund zwei Stunden. Zu Beginn wird für neue Teilnehmer eine kurze Erklärung gegeben über das Setting und um die Gruppe für neue zu öffnen. Es besteht keine Verpflichtung der regelmäßigen Teilnahme oder Anmeldung (Barreto 1997).

An den Gruppen können Menschen mit verschiedenen psychoemotionalen Problemen teilnehmen, seien es Bluthochdruckpatienten, Diabetiker, schwangere Frauen, Drogenabhängige, HIV-Positive, Erwachsene, Senioren, Kinder und Jugendliche, freundliche Menschen, nahe Verwandte ohne Altersbegrenzung. Die Sitzung einer Terapia Comunitária gliedert sich in folgende fünf Phasen:

- 1 - Eröffnung
 - 2 - Themenwahl
 - 3 - Kontextbildung
 - 4 - Problematisierung
 - 5 - Zusammenführung
- (Camarotti u.a. 2012)

1 - Eröffnung

Zur Eröffnung setzen sich die Teilnehmer bequem in einen Kreis, neue Teilnehmer stellen sich vor; Teilnehmer, die Geburtstag hatten, bekommen ein Ständchen; die Regeln des Gruppensettings

werden kurz erklärt (Förderung einer Atmosphäre des Zuhörens; Sprechen immer in erster Person Singular, Aufforderung Erfahrungen mitzuteilen, was selbst erlebt wurde und mit welchen Lösungsstrategien Erfahrungen gemacht wurden; keine Ratschläge oder Predigten; zwischen den Beiträgen der Teilnehmer gibt es ein Lied, ein Sprichwort oder eine Redensart, die relevant sind für das diskutierte Thema; Teilnehmer können Familienangehörige, Nachbarn oder Freunde in die Gruppe einladen).

2 - Themenwahl

Teilnehmer werden aufgefordert, Probleme oder Situationen zu benennen, die Anlass sind zur Sorge. Anschließend entscheidet sich die Gruppe für ein Thema mit kurzer Darlegung eines jeden, warum das Thema gewählt wurde.

3 - Kontextbildung

In der Phase der Kontextualisierung wird die betroffene Person, dessen Thema gewählt wurde, gebeten, die Problemsituation genauer darzulegen. Anschließend kann jeder dazu Fragen stellen. Die Fragen sollen helfen, die Reorganisation von Vorstellungen und den Wandel zu ermöglichen. Durch entscheidende Interventionen des Therapeuten kommt es zu einer Transformation des Problems von der individuellen Dimension zur Dimension der Gruppe, z.B. durch die Frage „Wer hat eine ähnliche Situation erlebt, und was hat er getan, sie zu lösen?“ oder „Wer hat ähnliche Gefühle erlebt wie derjenige, der ein Problem vorgestellt hat?“.

4 - Problematisierung

In dieser Phase spricht jeder von seinen persönlichen Erfahrungen; Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden herausgearbeitet, so dass für denjenigen, der ein Problem vorgestellt hat, Alternativen deutlich werden können.

Häufige Themen einer Sitzung:

- Verlust oder Krankheit
- Alkohol und Drogen
- Arbeitslosigkeit und Probleme bei der Arbeit
- Persönliche Schwierigkeiten: Mangel an Selbstvertrauen, Unsicherheit, Traurigkeit, Angst
- Verwaistheit, Adoption
- Probleme in der Beziehung mit Kindern, Ehepartner oder Geschwistern
- Häusliche Gewalt
- Schulprobleme und Beschwerden bzgl. der öffentlichen Dienstleistungen
- Verbesserungen nach einer Sitzung

5 - Zusammenführung

Ein affektives Klima entsteht, so dass sich Menschen von anderen unterstützt fühlen, indem sie deren Erfahrungen zur Verfügung gestellt bekommen und diese verinnerlichen können. Lieder werden gesungen, Unterstützung signalisiert. Der Therapeut versucht all denen positive Konnotationen zu geben, die von ihrem

Leid berichtet haben, und er bittet die Teilnehmer mehr von den positiven Dingen zu sprechen, die sie berührt und begeistert haben. Die Sitzung endet mit dem Dank und Wertschätzung sowie der Einladung zum nächsten Treffen.

Therapeutische Haltung

Die Ausbildung kann für verschiedene Gesundheits- und Sozialberufe erfolgen. Der Therapeut ist nicht primär ein Experte, ein Träger der Erkenntnis, er ist vielmehr ein Vermittler, dessen Wissen keinen privilegierten Status in der Gruppe bedeutet. So macht der Therapeut auch keine Interpretationen oder Analysen, die auf theoretischen Erklärungen beruhen. Er versteht sich als ein professioneller Vermittler der Ideen und Lösungen, die aus der Gruppe kommen. Sein Handeln zielt auch nicht explizit darauf, Einstellungen, Verhaltensweisen und Gedanken zu ändern.

Ausblick

Heute gibt es rund 27.000 Gemeindetherapeuten, die in 25 der 28 brasilianischen Bundesstaaten wirken, und das Konzept hat Eingang gefunden in das brasilianische Familiengesundheitsprogramm, wird aber auch in anderen Zusammenhängen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems angewandt. In den letzten 10 Jahren wurde diese Form der Gemeindetherapie in andere Länder wie Frankreich, der Schweiz, Deutschland, Mosambik, Argentinien, Chile und Mexiko eingeführt. In jedem dieser Länder haben eigene Formen pädagogischer Konzepte Eingang gefunden, um die Sprache und die Art und Weise jeder Gruppe zu erleichtern.

In Deutschland wird durch das Norddeutsche Institut für Bioenergetische Analyse e.V. (NIBA) (<http://niba-ev.de/fortbpedroza/allgemein.php>) eine Fortbildung als Systemisch integrative Gruppenarbeit unter dem Begriff „Selbststärkende Gemeinschaft“ angeboten.

Videos über die Gruppenarbeit mit englischer Übersetzung finden sich bei Youtube unter:

Adalberto Barreto Terapia Comunitaria Parte 1

<http://www.youtube.com/watch?v=zf7lL5a1tA0&feature=related>

Adalberto Barreto Terapia Comunitaria Parte 2

<http://www.youtube.com/watch?v=rVJZi1EqR8w&feature=related>

Für die brasilianische Etablierung des Familiengesundheitsprogramms in seiner starken Gemeindeorientierung und die Entwicklung einer Gemeindetherapie im Besonderen war zivilstaatliches Engagement prägend. Als Vorläufer dieser Entwicklung gilt die „Educação popular“ eines Paulo Freire mit seiner Kritik an den herrschenden Verhältnissen im Bildungssektor der 60er Jahre als Antwort auf den Ausschluss des „Volkes“ aus dem formalen Bildungssystem und einem Alphabetisierungsprogramm für Erwachsene, das nicht nur eine Technik des raschen und gezielten

Erwerbs von Lesen und Schreiben darstellt, sondern darüber hinaus eine Methode der Bewusstseinsbildung. Als weiteren wichtigen gesellschaftlichen Entwicklungsschritt ist die Hochphase der Theologie der Befreiung Brasiliens in den 80er Jahren zu nennen, die in Basisgemeinden eine breite Bewusstseinsbildung erreichen konnte und Erfahrungen in Gruppenprozessen in kommunalen Strukturen sammeln konnte.

Die durch die Konferenz von Alma-Ata propagierte Primary-Health-Care-Bewegung mit dem Ziel, politisch, gesellschaftlich und wirtschaftlich unannehmbaren Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu begegnen, ließ sich vor diesem historisch-kulturellen Prozess Brasiliens sehr gut integrieren.

Dem gegenüber fällt auf, dass die Professionsentwicklung der Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Deutschland noch sehr viel stärker Arzt, Patienten und Medizin zentriert ist und bislang weit weniger konzeptionell edukative, bewusstseinsbildende und gemeindeorientierte Ansätze aufzuweisen hat. So gestaltet sich in Deutschland die aktive Einbeziehung von Laien in die Gestaltung von Versorgung ungemein schwieriger. Dies gilt ebenso für die Förderung einer Gemeindeorientierung in der Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Dies mag zum einen daher rühren, dass klassische bevölkerungsmedizinische Felder durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst besetzt sind. Zum anderen stellt sich die Frage, inwieweit zivilstaatliches Handeln, wie es beispielsweise die Gesundheitsbewegung der 80er Jahre in Deutschland propagierte, auch dynamisch Eingang fand in die Weiterentwicklung unserer Gesundheitsversorgung.

Obgleich in beiden Ländern unterschiedliche Formen der sozialen Absicherung im Gesundheitswesen, in der Struktur der Gesundheitssysteme und den Primary-Health-Care-Modellen vorliegen, kann die Vertiefung der vergleichenden Studie zum besseren Verständnis der gemeinsamen Probleme und zum Wissen über die Vielfalt gefundener Lösungen beitragen. Der Blick über den Tellerrand hinaus lohnt sich, durch die Erfahrungen anderer Länder zu lernen. Dennoch ist es nicht möglich, die Erfahrungen zu übertragen, da sie sich aus einer bestimmten historischen, politischen und kulturellen Entwicklung heraus ergeben, einschließlich sozioökonomischer Unterschiede. ■

Prof. Dr. med. Markus Herrmann

MPH, M.A.; Studium der Humanmedizin, Soziologie und Gesundheitswissenschaften, Facharzt für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Psychotherapie, Psychoanalyse, Suchtmedizin und Homöopathie; niedergelassen in kassenärztlicher Praxis für Allgemeinmedizin in Berlin seit 1999 und seit 2005 Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Magdeburg; Forschung zu allgemeinmedizinischer Versorgungsforschung und Professionsentwicklung.



Literatur

- Araújo MRN A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenções no processo saúde-doença [doutorado]. São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.
- Barreto, A. A Aranha e a Comunidade tecem suas teias. Belém – PA: Papers do CEPIG, ano 1, No 4, set/1996.
- Barreto, A. Manual do Terapeuta Comunitário da Pastoral da Criança. Fortaleza : Mimeo, 1997
- Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC., Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs; Lancet 2011; 377: 1877–89
- Bertalanffy, L.V. & cols. (1976) Teoria dos Sistemas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas
- Camarotti, M.H.; Silva, F.R.S.; Medeiros, D.; Lins, R.A.; Barros, P.M.; Camarotti, J.; Rodrigues, A. Terapia Comunitária: Relato da Experiência de Implantação em Brasília – Distrito Federal; Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do DF (MISMEC-DF) Endereço: SMLN MI 3 conj03 casa 37 Lago Norte – Brasília-DF Brasil, s. <http://mismecdf.org/pdf/relato%20de%20experiencia%20df.pdf> (Zugriff 04.04.2012)
- Costa NR, Siva PLB, Ribeiro JM, A descentralização do sistema de saúde no Brasil. Revista do Serviço Público (1999), 50 (3):33–54.
- Frankowiak P, Sabo P (Hrsg.) Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente der Gesundheitsförderung in Wortlaut und Kommentierung. Peter Sabo. Mainz, 1993; s.a.: http://www.gesundheitsfoerderung-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/1978ALMAATA_de_BZgA93.pdf (23.03.2011)
- Giovanella L, de Souza Porto MF Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in Brasilien, 2004 Arbeitspapier Nr. 25, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Frankfurt
- Lobato LVCL, Giovanella L Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, S.107–140.
- Lourenço LG, Soler ZASG Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil (Implementation of the Family Health Program in Brazil); Arq Ciênc Saúde 2004 jul-set;11(3):158–62
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J, The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011 May 21;377(9779):1778–97.
- Piola SF, Biasoto JG. Financiamento do SUS nos anos 90. In: Brasil. Radiografia da Saúde (B. Negri & G. de Giovanni, org) pp. 219–32. Campinas: Unicamp/IE., 2001
- Reichenheim ME, Ramos de Souza E, Moraes CL, Prado de Mello Jorge MH, Furtado Passos da Silva CM, de Souza Minayo MC, Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead; Lancet. 2011 Jun 4;377(9781):1962–75.
- Rosenbrock R, Gerlinger T Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung; Huber, Göttingen, 2004
- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR., Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges; Lancet. 2011 Jun 4;377(9781):1949–61.
- Starfield B, Politics, primary healthcare and health. J Epidemiol Community Health 2011;65:653–655 doi:10.1136/jech.2009.102780
- Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges, Lancet 2011a; 377: 1863–76
- Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC, Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward, Lancet. 2011b Jun 11;377(9782):2042–53.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD Pragmatics of Human Communication. New York W. W. Norton 1967.