

Sozialer Zusammenhalt und Primärversorgung in Europa, Afrika und den USA¹

JAN DE MAESENEER

Prof. Jan De Maeseneer ist einer der weltweit führenden Akademiker im Bereich der Primärversorgung. Er erzählt im Interview mit dem britischen Arzt Domhnall MacAuley:

1952 geboren, gehörte ich zu den ‚Baby Boomers‘. Wir waren sechs Kinder und lebten in einem kleinen Haus. Aber das Wichtigste war, dass unsere Eltern beschlossen, dass wir nach vier Jahren in der örtlichen Nachbarschaftsschule auf das Gymnasium in der Stadt und schließlich an die Universität gehen konnten. Nur dank der Subventionen, der finanziellen Unterstützung für Kinder, die auf die Universität gehen, hatten wir sechs Kinder die Möglichkeit zu studieren.

Als Kind des „Mai ‘68“, ich war damals 16 Jahre alt, waren wir von dieser Bewegung sehr inspiriert. Es ging um Emanzipation, es ging um Partizipation, es ging darum, eine neue Richtung zu finden, und dazu gehörten auch die Professionen. In unserem Land gingen zwei Dinge aus dem „Mai ‘68“ hervor: Innovationen in den Schulen und im Gesundheitswesen. Wir hatten das traditionelle Modell des Arztes, wie die Franzosen sagen, auf dem Podest, das auf die Patienten herabschaut. Das war keine Beziehung auf Augenhöhe, sondern eine patriarchalische Beziehung. Das wollten wir ändern.

Ich habe als Student damit angefangen. Wir waren an sozialen Bewegungen und sozialmedizinischen Arbeitsgruppen beteiligt und stellten bereits die Art und Weise, wie das Gesundheitssystem organisiert war, in Frage. In unserem dritten Studienjahr schrieben wir ein Dokument, in dem wir eine neue Berufsstruktur



vorschlugen, die den Bedürfnissen der Gesellschaft besser entsprechen würde, und wir kamen auf die Idee eines integrierten interprofessionellen Gesundheitszentrums. Mit Kommilitonen aus den Bereichen Medizin, Pharmazie, Sozialarbeit und Krankenpflege hatten wir bereits begonnen, uns auf diese Art der interprofessionellen Praxis vorzubereiten.

Eine weitere sehr wichtige Erfahrung war, dass meine Frau und ich 1977 die Gelegenheit hatten, nach Ruanda zu reisen. Ich arbeitete drei Monate lang als Freiwilliger ehrenamtlich in einem kommunalen Gesundheitszentrum und lernte, was Gesundheitsfürsorge bedeutet, wenn eine breite Perspektive der Gesundheitsfürsorge in der Gemeinschaft besteht. Diese Erfahrung hat uns sehr inspiriert und unsere Arbeitsweise beim Praxisanfang beeinflusst.

1) Der folgende Beitrag erschien als Blog am 30.3.2023 und wird hier in einer deutschen Übersetzung mit Genehmigung des Autors und medicvoices abgedruckt. Herzlichen Dank an Jan de Maeseneer und Domhnall MacAuley sowie medicvoices! Übersetzung durch Rüdiger-Felix Lorenz und Ottomar Bahrs unter Nutzung von deepl.com.

Meine Frau und ich haben eine Gemeinschaftspraxis gegründet, und anfangs befand sich unsere Praxis im Gebäude, in dem wir wohnten und unser erstes Kind geboren wurde. Wir begannen mit zwei Ärzten, aber nachdem sie wuchs, mussten wir das Gebäude verlassen, da wir immer mehr Platz für die Praxis benötigten. Mit der Zeit schufen wir ein interprofessionelles Gesundheitszentrum, in dem Hausärzte, Krankenschwestern, Krankenpflegehelferinnen, Ernährungsberaterinnen, Gesundheitsförderer, Gemeindegesehndheitsshelfer, Psychologen, Zahnärzte usw. zusammenarbeiten. Und wir investierten viel in die Ausbildung junger Studenten in all diesen Disziplinen.

Wir haben von Anfang an in dieser Gemeinde gelebt. Warum haben wir uns entschieden, dort zu arbeiten? Wir haben dort als Studenten gelebt, und als wir in dieser Gemeinde lebten, sahen wir die Probleme. Der Umgang mit den Problemen von Armut, Gewalt, Sucht und den sozialen Determinanten von Gesundheit wie schlechte Wohnverhältnisse und geringes Einkommen war eine solche Herausforderung, dass wir keine Konkurrenz hatten. Unsere Gemeinde ist Teil des so genannten Gürtels des 19. Jahrhunderts um Gent, was bedeutete, dass es dort seit jeher Armut und Entbehrungen gab. Angesichts dieser Probleme beschlossen wir, dass dies der richtige Ort war, um unsere Ideen in der Praxis umzusetzen. „Lasst es uns hier machen“. So haben wir angefangen.

Zur gleichen Zeit gab es in Gent andere Initiativen in verschiedenen kommunalen Gesundheitszentren, wir waren also nicht allein. Es gab eine Art Bewegung, die versuchte, eine Alternative zu den traditionellen Einzelpraxen, den monodisziplinären Praxen, zu schaffen, die im Rahmen des Gebührensystems eine lediglich reaktive Versorgung der Bevölkerung bereitstellten. Also wandten wir uns 1982 an das Nationale Institut für Kranken- und Invalidenversicherung und baten sie, das Finanzierungssystem zu ändern, weil wir wussten, dass das Honorarsystem nicht funktionieren würde, wenn wir unser Ziel erreichen wollten, die sozialen Determinanten der Gesundheit durch einen integrierten öko-opsychosozialen Ansatz für die Patienten zu berücksichtigen. Wir brauchten eine andere Art der Bezahlung. Wir verhandelten, und nach einem Jahr hatten wir neue Regelungen, die auf einem Kopfpauschalen-System basierten. Wir hatten das Umfeld geschaffen, das es uns ermöglichen würde, unsere Ziele zu erreichen.

Ein weiterer wichtiger Faktor war, dass wir schnell in einen Dialog mit unseren lokalen Behörden in der Stadt Gent eingetreten sind. Auch das war sehr wichtig. Als Hausarzt kann man im Leben der Menschen viel bewirken. Wenn ich auf meine Karriere zurückblicke, in der ich 40 Jahre lang in derselben Gemeinde gearbeitet habe, hatte ich das Privileg, dazu beizutragen, dem Leben vieler Menschen einen Sinn zu geben – ihnen in wichtigen Momenten ihres Lebens zu helfen. Wenn wir uns die sozialen Determinanten und die vorgelagerten Ursachen von Krankheiten ansehen, haben wir darüber hinaus auch die Verantwortung, uns anwaltschaftlich in unserer Gemeinschaft zu engagieren.



Eine weitere Inspiration war, dass ich von 1986 bis 2016 das Glück hatte, eine Gemeindeversammlung zu leiten, bei der alle drei Monate alle Anbieter von Primärversorgung, Gemeindevetreter, die örtliche Polizei, die örtlichen Schulen, insgesamt etwa 40 Personen, zusammenkamen, um Probleme in der Gemeinde zu identifizieren und entsprechend zu handeln. Für mich war das eine unglaubliche Inspiration. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich begonnen, in Teilzeit als Wissenschaftler an der Universität zu arbeiten, und dieses Treffen in der Gemeinde war besonders wichtig, weil ich den Kontakt zur Patientenversorgung und zu dem, was in der Gemeinde passiert, nicht verlieren wollte.

Domhnall MacAuley: Ihre persönliche Forschungskarriere ist faszinierend, denn Ihre Doktorarbeit war entscheidend für die Entwicklung der Primärversorgung in Belgien.

Jan De Maeseneer 1989 habe ich den ersten Dokortitel in Familienmedizin in Belgien erlangt. Es gab auch andere belgische Hausärzte mit einer Promotion, aber diese wurden außerhalb Belgiens durchgeführt. Es handelte sich um eine reine Beschreibung, eine Analyse der Patientenbegegnungen von 110 Hausärzten, und ich analysierte etwa 5 000 Begegnungen anhand der Internationalen Klassifikation der Primärversorgung (ICPC). Ich untersuchte, mit welchen Problemen die Ärzte konfrontiert waren, wie sie sich verhielten, wie sie intervenierten, und versuchte, Erklärungen für die Unterschiede zwischen den Ärzten zu finden.

Eine Woche nach der Verteidigung meiner Doktorarbeit erhielt ich einen Brief von unserem Gesundheitsminister, in dem er mich fragte, ob ich Interesse daran hätte, ihm bei der Stärkung der Primärversorgung zu helfen. Also ging ich hin und wir hatten ein sehr offenes Gespräch, und er sagte: „Ich möchte nicht, dass Sie Mitglied einer politischen Partei werden, ich brauche Ihr Fachwissen und Ihre Unabhängigkeit“. Ich begann mit der Entwicklung eines Systems, bei dem jeder Bürger in Belgien mit seinem Hausarzt verbunden werden konnte, der für die „Globale Krankenakte“ verantwortlich war. Es dauerte lange, von 1990 bis 2002, bevor

die gesamte Bevölkerung Zugang zu diesem System hatte, da es finanzielle Auswirkungen gab – der Arzt wurde für das Führen dieser Akte bezahlt, und es war mit hohen Kosten verbunden, um die erhöhten Kostenerstattungen für die Patienten zu zahlen –, so dass es schließlich im Jahr 2002 für die gesamte Bevölkerung eingeführt wurde. Heute haben in Flandern mehr als 85 Prozent der Bevölkerung eine globale Krankenakte bei einem Hausarzt in einer Primärversorgungspraxis.

Domhnall MacAuley: Ihre Zeit in Ruanda war offensichtlich sehr einflussreich, denn Sie haben seitdem viel Zeit und Mühe in die Entwicklung der medizinischen Grundversorgung in Afrika investiert.

Jan De Maeseneer Ich habe dort einen Studienaufenthalt absolviert und die sieben Abteilungen für Familienmedizin und primäre Gesundheitsversorgung besucht, die damals in Südafrika gegründet wurden, und das war sehr interessant. Zur gleichen Zeit entwickelten wir in Flandern eine interuniversitäre Zusammenarbeit mit allen Abteilungen und einem einzigen Ausbildungsprogramm. Ich dachte, wir sollten zusammenarbeiten und unser Netzwerk im Norden mit diesen sieben Abteilungen im Süden verbinden. Es war also von Anfang an eine Nord-Süd-Zusammenarbeit, bei der wir voneinander lernten. Das war der Startpunkt.

1995, ein Jahr nach dem Ende der Apartheid, kam ich in Kontakt mit einem Professor der Universität Kapstadt, der sagte: „Du musst hierher kommen, um zu sehen, wie es um die medizinische Grundversorgung hier in Afrika bestellt ist.“ Ich reiste zu einem Studienaufenthalt dorthin und besuchte die sieben Abteilungen für Familienmedizin und primäre Gesundheitsversorgung, die damals in Südafrika entstanden, und es war sehr interessant. Zur gleichen Zeit entwickelten wir in Flandern eine universitätsübergreifende Zusammenarbeit, bei der alle Abteilungen und ein einziges Ausbildungsprogramm mit allen Abteilungen und einem einzigen Ausbildungsprogramm. Ich dachte, wir sollten zusam-

menarbeiten und unser Netzwerk im Norden mit diesen sieben Abteilungen im Süden verbinden. Es war also von Anfang an eine Nord-Süd-Süd-Zusammenarbeit, bei der wir voneinander lernten. Das war der Ausgangspunkt.

Von da an expandierte es. Wir erhielten einige Mittel von der belgischen Entwicklungsgesellschaft und später von der Europäischen Union, die wir in die Ausweitung des Netzes investierten. Ostafrika schloss sich an, Zentralafrika mit der Demokratischen Republik Kongo, Ruanda kam hinzu und so weiter. Und dann kamen schließlich Nord- und Westafrika hinzu. Es geht immer noch weiter voran. Wir haben jetzt ein Netzwerk in 25 Ländern mit 45 Einrichtungen, die an der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften für die Primärversorgung beteiligt sind: Hausärzte, Allgemeinmediziner und auch Krankenschwestern sind an diesem Netzwerk beteiligt. Im Jahr 2017 wurde die gesamte Organisation komplett nach afrikanischen Gesichtspunkten orientiert ausgerichtet, so dass wir zwar noch dabei sind, aber nicht mehr die Führung haben. Wir helfen ein wenig und geben Ratschläge, aber sie sind jetzt völlig unabhängig und tun wunderbare Dinge; sie tauschen Programme aus, sie tauschen Prüfer aus, sie tauschen Ausbildungsstätten aus. Sie arbeiten zusammen und sind ein Faktor des Wandels in den meisten dieser Länder.

Ich war nie in Afrika, um sie zu unterrichten. Was könnte ich ihnen denn beibringen, das für sie relevant ist? Sie sind in Sachen HIV-Diagnose und -Behandlung besser, als ich es je sein kann, weil sie das Problem kennen. Unser Schwerpunkt lag auf dem Aufbau einer Gemeinschaft, in der sich die Primärversorgung entwickeln kann. Es ging viel um Lobbyarbeit, um Strategie, um die Stärkung der internationalen Zusammenarbeit, aber auch um Forschung. Viele Promotionen wurden bereits im Bereich der Primärversorgung und der Familienmedizin abgeschlossen. In vielen Ländern gibt es hausärztliche Professoren, Hochschuleinrichtungen sind im Entstehen, und es ist immer noch eine wunderbare Erfahrung. Ich blicke mit einem sehr positiven Gefühl auf diese Zeit zurück.

Domhnall MacAuley: Das muss ein enormer Kontrast zu Ihrer Arbeit in den USA sein.

Jan De Maeseneer: Im Jahr 2019 wurde ich internationales Mitglied der National Academy of Medicine und kam in Kontakt mit dem American Board of Family Physicians – sehr interessante Leute wie Larry Green, Bob Phillips und all die anderen. Das Interessante war, dass wir vor ähnlichen Herausforderungen standen, wie wir sie in Afrika zu bewältigen haben. Nämlich, wie können wir ein Primärversorgungssystem so stärken, dass dieses auf die Bedürfnisse der Bevölkerung eingeht? Dies geschah natürlich in einem wirtschaftlich anderen Umfeld, aber auch in einem geteilten Umfeld, in dem die Gleichberechtigung immer noch eine große Herausforderung darstellt und in dem es viele Probleme gibt, zum Beispiel im Umgang mit der Vielfalt. Auch wenn der Kontext ein anderer sein mag, sind dieselben Werte und Strategien gefragt, und zwar in der Zusammenarbeit mit den lokalen Gemein-



schaften, in der Untersuchung der vorgelagerten Ursachen von Krankheiten und im Versuch, Maßnahmen zu finden, die etwas bewirken können.

Was die menschliche Interaktion angeht, hatte ich das Privileg, in Sprechzimmern von Allgemeinmedizinern in 25 verschiedenen Ländern der Welt zu hospitieren, und ich habe aus diesen Begegnungen mitgenommen, dass es so viele Gemeinsamkeiten gibt.

Domhnall MacAuley: Lassen Sie mich abschließend noch etwas zu Ihrem Buch sagen, denn unser Kollege Per Kallestrup aus Dänemark beschrieb es als ein Buch voller Optimismus, Begeisterung und Energie. Sind Sie immer noch ein Optimist?

Jan De Maeseneer: Ja, ich bin immer noch ein großer Optimist. Ich habe viel Energie, aber ich habe auch eine positive Einstellung. Selbst wenn die Dinge schwierig sind, glaube ich immer noch daran, dass wir diesen Schritt, diese Strategie, diese Maßnahme finden werden, die einen Unterschied machen kann. Ich habe natürlich viele sehr positive Erfahrungen gemacht, die meinen Glauben gestärkt haben, dass Veränderungen möglich sind.

Gleichzeitig ist es schwierig, und es erfordert ein Engagement, das auch politische und gesellschaftliche Veränderungsprozesse einschließt. Wenn es um die Verteidigung der Hausarztmedizin geht und wir mit Politikern sprechen müssen, um sie von der wichtigen Rolle der Primärversorgung zu überzeugen, spreche ich nicht nur über die integrierte Versorgung und die Herausforderungen chronischer Erkrankungen, sondern versuche mehr und mehr zu erklären, dass die Primärversorgung, die Hausarztmedizin und die Allgemeinmediziner grundlegend zum sozialen Zusammenhalt und zu mehr Verbundenheit beitragen.

Was die Gesellschaft heute braucht, um politische Projekte umzusetzen, Projekte, die die Lebensbedingungen der Menschen verbessern, ist Verbundenheit und sozialer Zusammenhalt. Ich bin davon überzeugt, dass wir als Allgemeinmediziner auf lokaler Ebene, in der Gemeinde, die Bedürfnisse der Bevölkerung sehen, uns mit ihnen auseinandersetzen und zum Aufbau des sozialen Zusammenhalts beitragen können, die unsere Gesellschaft so dringend braucht. Das ist eine Stärke der Primärversorgung, das macht die Primärversorgung wichtig und sollte in die politische Strategie einbezogen werden.

Domhnall MacAuley: Das ist ein wunderbarer Hinweis zum Abschluss dieses Gesprächs. Jan De Maeseneer, ich danke Ihnen sehr für Ihren enormen Beitrag zur Primärversorgung und für das heutige Gespräch. Ich danke Ihnen vielmals.

Kontakt: jan.demaeseneer@ugent.be



Guy Timmermann: „Vernetzte Verbundenheit“ (Foto: Studio Claerhout)