

Beiträge

Steve Strupeit

Präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben und Maßnahmen durch Gemeindeschwestern in der ehemaligen DDR – ein Rückblick¹

Preventive and health-promoting tasks and arrangements by Community Nurses in the GDR – a review

This article outlines the duties and responsibilities of Gemeindeschwestern (District Nurses) in the GDR (German Democratic Republic) in relation to prevention and health promotion. The current health political climate brings new importance to the role of Gemeindeschwestern. The imminent danger of a shortage and overwork of general practitioners on the one side and demographic changes on the other results in a change of paradigm for the health system. Therefore there is an opportunity for the duties and responsibilities of nurse professionals and medical assistants to be enlarged. The question this article asks is what have the duties and responsibilities of Gemeindeschwestern in the GDR achieved and what kinds of influence in prevention and health promotion have they had? This question will be the frame of this article. Fundamental to this empirical study are qualitative interviews with former Gemeindeschwestern. This gives a view in a barely researched field.

Keywords

District Nurse, GDR, Prevention, Health Promotion, professional profile,

Der Beitrag befasst sich mit den Aufgaben von Gemeindeschwestern in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung und den damit verbundenen Tätigkeiten. Im Rahmen der aktuellen gesundheitspolitischen Umstrukturierungen hat das Konzept der Prävention und Gesundheitsförderung, sowie das Berufsbild der Gemeindeschwester eine neue Bedeutung erlangt. Drohende Unterversorgung durch Ärztemangel und Überlastung einerseits und den demographischem Wandel andererseits, sowie ein Paradigmenwechsel im Gesundheitsbereich sollen

¹ Dem Artikel liegt eine Empirische Studie als Qualifikationsarbeit im Studienschwerpunkt Ambulante Dienste an der HFH Hamburg zugrunde.

eingereicht: 16.9.2007

akzeptiert: 15.2.2008

durch eine Erweiterung des Aufgabenspektrums von Pflegepersonal und Medizinischen Fachangestellten kompensiert werden. Was aber haben die Gemeindeschwestern in der DDR wirklich getan und welchen Anteil an der Prävention und Gesundheitsförderung hatten sie? Diesen Fragen wird im Rahmen der Studie nachgegangen. Grundlage der Darstellung bildet eine empirische Studie, die anhand von qualitativen Interviews mit ehemaligen Gemeindeschwestern Einsichten in dieses bislang kaum beforschte Feld eröffnet.

Schlüsselwörter

Gemeindeschwester, DDR, Prävention, Gesundheitsförderung, Berufsprofil

Einleitung

Nach der Wiedervereinigung (1990) wurde das Tätigkeitsprofil der Gemeindeschwester² nicht weitergeführt. Die pflegerische Versorgung wurde durch ambulante Dienste und Sozialstationen übernommen. Jedoch wurde nicht das gesamte Tätigkeitsprofil der Gemeindeschwester kompensiert.

Erst in jüngerer Zeit wird mit Blick auf die veränderten Herausforderungen des Gesundheitssystems eine verstärkte Übernahme arztentlastender Tätigkeiten durch das Pflegepersonal zunehmend gefordert und diskutiert. Modellversuche in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen verweisen dabei dezidiert auf das Berufsbild der Gemeindeschwestern, das hier als Vorbild dient. Jedoch ist bislang nicht belegt, welchen präventiven und gesundheitsförderlichen Anteil die Gemeindeschwestern hatten. Ziel ist es, dies in einer qualitativen Studie zu belegen. Diesbezüglich wurden zehn ehemalige Gemeindeschwestern in Qualitativen Interviews nach Witzel befragt. Anschließend wurden die Interviews transkribiert und mittels Inhaltsanalyse computergestützt mit dem Programm MaxQDA ausgewertet. Es erfolgt eine Codierung und im Anschluss die Herausarbeitung von Kernkategorien. Letztlich werden die Forschungsergebnisse dargestellt. Dabei werden die Kernkategorien benannt und kleine Passagen aus den Interviews zur Unterstützung der Ergebnisse herangezogen. Im letzten Teil erfolgt eine Diskussion der Ergebnisse.

1. Begriffsklärung

Der Beitrag befasst sich mit den präventiven und gesundheitsfördernden Tätigkeiten der Gemeindeschwester. Nachfolgend soll ein kurzer Überblick über zentrale Begriffe gegeben werden.

1.1 Differenzierung Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung sind zwei grundlegend verschiedene gesundheitswissenschaftliche Disziplinen bzw. Strategien. Die Prävention zielt auf die Ver-

² Es ist sowohl die weibliche und männliche Berufsbezeichnung gemeint. Zur leichteren Lesbarkeit wird nur eine Form im gesamten Beitrag verwendet.

meidung bzw. Minimierung von Gesundheitsrisiken und trägt damit zur Gesunderhaltung bei. Die Gesundheitsförderung zielt auf den Erhalt und die Stärkung von Ressourcen ab. Beide Strategien entstammen verschiedenen gesundheitspolitischen Denkschulen.

Die Prävention fand ihre Prägung in der sozialhygienischen Diskussion des 19. Jahrhunderts, in der Zeit der Industrialisierung und Urbanisierung, in der es große soziale Probleme gab. Im Vordergrund stand die Unterbrechung der Übertragungswege von Infektionskrankheiten in den schnell wachsenden Industriestädten.

Die noch „junge“ Disziplin der Gesundheitsförderung fand ihre Prägung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das salutogenetische Denken von Aaron Antonovsky, einem israelischen Arzt und Stressforscher. Die Gesundheitsförderung zielt darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, um sie damit zur Stärkung der eigenen Gesundheit zu befähigen. Die Idee der Gesundheitsförderung ist unspezifisch, die Idee der Prävention hingegen krankheitsspezifisch und an der ICD-Klassifikation orientiert (vgl. Trojan 2002:198ff).

Prävention beginnt an definierten medizinischen Endpunkten und fragt nach möglichen Risikofaktoren. Gesundheitsförderung setzt bei den Lebensbedingungen des Menschen an. Ihr geht es darum, biologische, seelische und soziale Widerstandskräfte und Schutzfaktoren zu mobilisieren, und Lebensbedingungen herzustellen, die positives Denken, positive Gefühle und ein optimales Maß an körperlicher Be- und Entlastung erlauben (vgl. Waller 2000:8ff).

Jedoch ist in der Literatur umstritten, ob sich Gesundheitsförderung und Prävention eindeutig abgrenzen und trennen lassen. Wegen der vielen Überschneidungspunkte sei vielleicht eine theoretische, jedoch keine praktische Abgrenzung beider Konzepte möglich (vgl. Waller 2000:9; Meyer 2006:14).

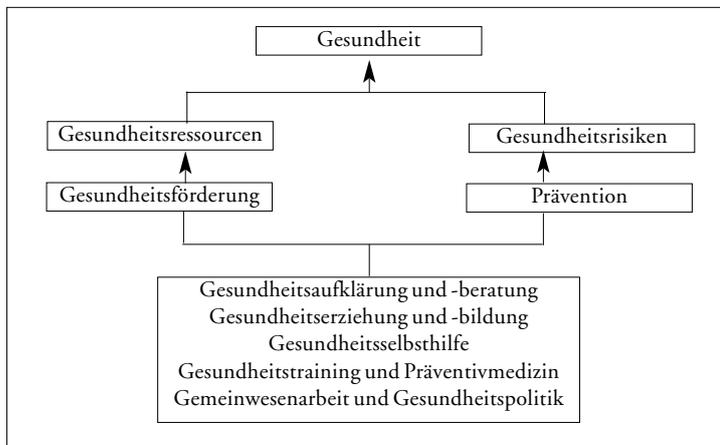


Abb. 1: Gesundheitsförderung und Prävention: Strategien und Methode (Quelle: Waller 2002:155 [Eigene Darstellung])

1.2 Der präventive Hausbesuch

Der präventive Hausbesuch dient der Früherkennung von Risikofaktoren von Erkrankungen. Dabei sollen die besuchten Klienten durch Beratung gezielt beeinflusst werden, ihre Lebensweisen zu verändern. Das Ziel ist die Krankheitsvermeidung. Die Hausbesuche sollen einen beratenden Charakter haben und Empfehlungen nach dem Beratungsgespräch aussprechen. Dabei soll gezielt individuell und klientenzentriert auf die Lebenssituation eingegangen werden. Die Hausbesuche sollten von dafür im Vorfeld geschultem Personal durchgeführt werden (vgl. Grusdat 2006:139ff).

1.3 Die Gemeindeschwester in der DDR

Die Gemeindeschwester war für die medizinische und soziale Betreuung der Bevölkerung verantwortlich. Die Wartung und Pflege von medizinischen Instrumenten und Geräten gehörte ebenso in ihren Aufgabenbereich, wie die Ausführung von organisatorischen und verwaltungstechnischen Aufgaben. Sie arbeitete mit örtlichen Behörden, sowie Betrieben und Organisationen zusammen. Die Gemeindeschwester betreute die gesamte Bevölkerung in von den Gesundheitsbehörden festgelegten Territorien. Die Mehrzahl der Gemeindeschwestern verfügte über eine Ausbildung an einer medizinischen Fachschule. Im Anschluss sollte sie Berufspraxis in stationären und ambulanten Einrichtungen gesammelt haben. Gemeindeschwestern waren verpflichtet an einer fachspezifischen Weiterbildung zur Gemeindeschwester teilzunehmen (vgl. Richter 1980:24ff).

2. Die Studie

2.1 Fragestellung

Welche präventiven Aufgaben haben Gemeindeschwestern in der DDR wahrgenommen und wie beeinflussten diese Tätigkeiten das Berufsprofil?

2.2 Methodik und Forschungsdesign

Um die Forschungsfrage beantworten zu können wurde zunächst eine systematische Literatursuche durchgeführt. Dabei wurden die wichtigsten Datenbanken Medline und Cinahl und google scholar nach den Schlagwörtern: community nurse; prevention; east germany; germany; health nurse; family health nurse; Gemeindeschwester; Gemeindepflege; health promotion; Prävention; Gesundheitsförderung sowie DDR mit verschiedenen Verknüpfungen durchsucht (Zugriff am 10.05.07). Dabei wurden keine relevanten Studien zu diesem Thema gefunden. Des Weiteren wurde über den Bestand der Zentralbibliotheken mit den Suchbegriffen: DDR; Gemeindeschwester; Gemeindekrankenpflege; Prävention und Gesundheitsförderung ebenfalls in verschiedenen Verknüpfungen gesucht. Dabei wurden ein Buch und fünf Studien zum Thema Gemeindeschwester in der DDR gefunden. Jedoch hatten die Studien keinen direkten

Bezug zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung. Das gefundene Buch diente als Lehrbuch, welches zur Schulung von Gemeindeschwestern genutzt wurde. Im letzten Schritt wurden zwei Experten – Prof. Dr. Hasseler (HAW Hamburg) und Prof. Dr. Hoffmann (Universität Greifswald) – über Literatur zum Thema und zur Fragestellung befragt, diese konnten keine neuen Literaturhinweise geben. Ebenfalls wurde eine Handsuche durchgeführt. Anschließend wurde die Literaturrecherche abgeschlossen.

Aufgrund der quantitativ unzureichend vorhandenen Literatur, wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Dieses eignet sich, die Tätigkeiten im Zusammenhang mit Prävention und Gesundheitsförderung von Gemeindeschwestern in der DDR zunächst grundlegend abzubilden. Dabei wurden im ersten Schritt qualitative Interviews nach Witzel (2000:1) durchgeführt. Das problemzentrierte Interview (PZI) nach Witzel ist ein theoriegenerierendes Verfahren. Dabei wird versucht, theoriegeleitet und dennoch offen zu Erkenntnissen zu gelangen. Narrationen werden durch Dialoge und Zwischenfragen ergänzt. Diese Nachfragen sind durch einen Leitfaden unterstützt. Diese Methode ermöglicht eine gute Vergleichbarkeit der Interviews und bietet die Möglichkeit einer Strukturierung. Das theoretische Wissen entsteht dabei im Auswertungsprozess und das Datenmaterial trägt dazu bei die Hypothesen zu begründen und entsprechend zu erhärten (vgl. Witzel 2000:1; Diekmann 2004: 450). Diese wurden im nächsten Schritt transkribiert, im Anschluss erfolgt eine qualitative Inhaltsanalyse.

2.3 Rekrutierung und Beschreibung der Teilnehmer

Die Teilnehmer der Studie wurden zum einen durch die Familie und Freunde des Verfassers rekrutiert. Zum anderen wurde in verschiedenen Fachforen im Internet ein Aufruf vorgenommen, mit der Bitte, dass sich ehemalige Gemeindeschwestern in der DDR beim Verfasser zu melden. Nach der Kontaktaufnahme erfolgte eine kurze Schilderung des Vorhabens. In der Folge der Skizzierung waren alle rekrutierten Teilnehmer zur Mitarbeit bereit. Die Interviewten waren bei der Datenerhebung zwischen 45 und 68 Jahren. Sie waren unterschiedlich lange als Gemeindeschwester tätig. Die Zeiträume variierten zwischen 2 bis 33 Jahren Berufstätigkeit als Gemeindeschwester. Ebenfalls waren die Teilnehmer sowohl in Groß- und Kleinstädten, als auch in einem, bzw. mehreren Dörfern tätig gewesen, sodass ein breites und reelles Abbild des Aufgabenspektrums gezeigt werden kann. Dies verdeutlicht nachfolgende Tabelle, S. 68.

2.4 Fragebogenkonstruktion

Zunächst wurde ein Kurzfragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen erstellt, in diesem wurden soziodemographische Daten erhoben, wie z.B. der Tätigkeitszeitraum, das Alter und der Arbeitsort.

Im Anschluss wurde ein Interviewleitfaden erarbeitet, der als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews während der Interviews genutzt wurde (vgl. Witzel 2000:4). Dabei wurden zwei Kernfragen in den zentralen Mittelpunkt der Interviews gestellt. Diesen Kernfragen wurden dann noch-

	Zeitraum		Ort der Tätigkeit		
	Zeitraum	Dauer in Jahren	Dorf ³	Stadt ⁴	Großstadt ⁵
Teilnehmer 1	1988 - 1990	2			X
Teilnehmer 2	1980 - 1990	10			X
Teilnehmer 3	1982 - 1990	8			X
Teilnehmer 4	1978 - 1990	12		X	
Teilnehmer 5	1977 - 1990	13		X	
Teilnehmer 6	1985 - 1990	5		X	
Teilnehmer 7	1984 - 1990	6	X		
Teilnehmer 8	1967 - 1990	23	X		
Teilnehmer 9	1979 - 1990	11	X		
Teilnehmer 10	1975 - 1990	15	X		
	Mittelwert = 10,5 Jahre (Range 2 - 23)		n = 4	n = 3	n = 3

Tab. 1: Merkmale der Teilnehmer (Eigene Darstellung)

mals verschiedene Unterfragen zugeordnet, die thematisch mit der Kernfrage im Kontext standen.

2.5 Datenerhebung – Durchführung problemzentrierter Interviews nach Witzel und Pre-Test

Die Durchführung der zehn Interviews erfolgte im Zeitraum November 2006 und Januar 2007. Die überwiegende Zahl (90%) fand in den Häuslichkeiten der Teilnehmer statt. Ein Interview wurde am jetzigen Arbeitsplatz geführt. Dafür wurden im Vorfeld persönlich telefonisch Termine vereinbart. Die Interviewten stimmten an diesem Tag der Nutzung der Interviews noch einmal schriftlich zu.

Der erarbeitete Interviewleitfaden wurde bei dem ersten Interview getestet. Im Pre-test wurden alle Fragen zur Fragestellung ausreichend beantwortet. Damit war keine weitere Modifikation des Fragebogens nötig und er wurde bei den restlichen Interviews in gleichem Umfang eingesetzt.

Zu Beginn wurde alle Interviews mit folgender allgemeinen Einstiegsfrage begonnen: „Sie waren Gemeindegewerkschafterin in der ehemaligen DDR, erzählen sie bitte etwas über ihre Tätigkeit“. Dies ermöglichte eine Auflockerung der Interviewsituation für die Interviewten.

Während des Interviews wurden auch Fragen bezüglich anderer Tätigkeiten gestellt. Diese Daten wurden für weitere Forschungsarbeiten des Verfassers verwendet.

3 Dorf bis 10.000 Einwohner

4 Stadt bis 100.000 Einwohner

5 Großstadt über 100.000 Einwohner

Nach fünf Interviews wurde eine Datensättigung erreicht. Jedoch wurden alle zehn Interviews durchgeführt. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen.

2.6 Kodierung und Finden von Kernkategorien

Die Kodierung und Analyse erfolgte mit Hilfe des Computerprogramms MaxQDA. Die Kernkategorie wurde anhand der der Fragestellung festgelegt – „Gesundheitsförderung und Prävention“. Die Subkategorien wurden entlang des Textes festgelegt. Diese waren: „Präventive Hausbesuche“; „Aufgaben der Gesundheitsförderung“; „Aufgaben der Prävention“ sowie „Mütterberatung“. Nach zwei codierten Interviews erfolgte eine Überprüfung der Subkategorien, es wurde keine weitere Modifikation vorgenommen, da sich die Subkategorien als ausreichend herausstellten.

2.7 Ethische Aspekte

Die Studie wurde mit ehemaligen Gemeindeschwestern durchgeführt. Die Teilnehmer wurden über die Verwendung der Daten informiert. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Die Interviews wurden bei der Transkription anonymisiert, damit war ein Schutz der Mitwirkenden vor möglichen Schaden gewährleistet. Da die Studie keine Patientendaten benutzt, sowie eine rückschauende deskriptive Analyse von Tätigkeiten zum Ziel hatte, wurde auf das Anrufen einer Ethikkommission verzichtet. Als weiterer Grund ist zu nennen, dass diese Arbeit eine studentische Qualifizierungsarbeit darstellt und damit die finanziellen Mittel ebenfalls beschränkt waren.

3. Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse werden nachfolgend präsentiert. Dabei wird jede einzelne Subkategorie abgebildet und beschrieben. Einzelne Interviewabschnitte dienen der exemplarischen Abbildung der Ergebnisse

3.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen wurden von Gemeindeschwestern im Rahmen ihrer Tätigkeit durchgeführt. Die Interviewten hatten insgesamt Schwierigkeiten, Prävention und Gesundheitsförderung einzuordnen. Tätigkeiten, die sich in die Definition von Prävention und Gesundheitsförderung einordnen lassen, wurden in allen Interviews genannt, aber nicht explizit in diesen Kontext gesetzt. „[...] es spielte das präventive oder diese vorbeugende Gesundheitsorge nicht so die Rolle. Schon die Beratung in den Sprechstunden oder eben bei den Hausbesuchen. Aber ansonsten kann ich nicht sagen.“ (Interview 02)

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention wurden oftmals verwechselt. Eine Abgrenzung zwischen beiden Termini bestand nur teilweise oder erfolg-

te falsch. So wurden Maßnahmen, die der Prävention zugeschrieben werden können, als Maßnahmen der Gesundheitsförderung beschrieben und umgekehrt. *„Na gesundheitsfördernde Maßnahme heißt für mich definitiv, wenn ich jetzt, sag ich mal, in meiner Blutdrucksprechstunde Leute dazu bringe vielleicht mit meinem Wissen ein gesünderes Leben... Man hat natürlich, auch aus der Situation heraus, das man die Familien kannte, dann hat man auch gesehen, was sie essen. Wie sie leben. Da haste eben auch mal sagen können, also ich glaub, das war jetzt mal ne Schachtel Zigaretten zuviel, oder solche Dinge. Also das konnte man schon, und das hat man natürlich auch gemacht.“* (Interview 05)

In allen Interviews werden immer wieder die Begriffe „vorbeugen“, „beraten“, „anleiten“, „schulen“ und „Verhaltensförderung“ genannt. Damit werden Tätigkeiten beschrieben, die sich eindeutig in die Definition von Gesundheitsförderung oder Prävention einordnen lassen. Diese wurden in verschiedenen Settings durchgeführt und stellten eine Kernaufgabe der Gemeindeschwester dar.

Die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung war Hauptaufgabe der Gemeindeschwestern. Die Tätigkeiten, die präventiv und gesundheitsfördernd waren, wurden während der täglichen Arbeit wahrgenommen. Eine spezielle Planung dieser Tätigkeiten bestand zwar, jedoch wurden die Tätigkeiten auch zugunsten der Versorgung der Bevölkerung zurückgestellt.

Die Durchführung der Tätigkeiten erfolgte in einem interdisziplinären Team. Dabei fungierte die Gemeindeschwester als Schnittstelle. Sie war die Ansprechpartnerin für Patienten, aber auch zuständige Ansprechpartnerin für Ämter und andere Institutionen des Gesundheitswesens.

3.2 Ausbildungsinhalt

In der Weiterbildung zur Gemeindeschwester wurden nach den Aussagen aller Interviewten wenig Wissen über gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen vermittelt. Interviewer: *„[...] Aspekte von so Gesundheitsförderung oder Prävention auch mit in der Ausbildung?“* Befragte: *„Kaum.“* (Interview 02)

Das Wissen und die Vermittlung über Ernährung war Bestandteil des Lehrplans. *„Ernährung war ein bisschen mit. [...] Das war nicht so doll.“* (Interview 06)

In der Ausbildung zur Gemeindeschwester, welche 320 Theoriestunden umfasste, wurden zwar nicht explizit Inhalte in einem abgegrenzten Lehrgebiet „Prävention und Gesundheitsförderung“ vermittelt. Jedoch umfasste die Ausbildung Themenkomplexe, in die diese Inhalte integriert waren (vgl. Strupeit 2007:3ff).

3.3 Präventive Hausbesuche

Gemeindeschwestern haben präventive Hausbesuche durchgeführt. Dies geschah in unterschiedlichen Settings. Zum einen bei schwangeren Frauen vor und nach der Geburt, in Familien mit Kindern bis zum Schulalter und auch bei älteren Patienten, die

potentiell gesundheitlich gefährdet waren. „[...] über die Poliklinik so präventive Hausbesuche bei Patienten, sag ich mal, über fünfundsiebzig Jahre, wo man einmal im Vierteljahr sozusagen geklingelt hat und geguckt hat, ob da alles in Ordnung ist oder ob irgendein Pflegebedarf sich auf tut.“ (Interview 04)

Die präventiven Hausbesuche wurden regelmäßig, in Abständen zwischen einer Woche bis zu einem Vierteljahr, durchgeführt. Dabei wurde auf Namenslisten vom Einwohnermeldeamt zurückgegriffen. Ausschlaggebend war das Alter. Es wird davon berichtet, dass regelmäßig alle über 85-jährigen präventiv besucht wurden.

Ebenfalls wurden ältere Menschen aufgesucht, die sich ab einem bestimmten Alter (über 65 Jahre) nicht mehr regelmäßig beim Arzt vorgestellt haben. Die Information über zu besuchende Patienten kamen dabei von den Ärzten, aber auch von Angehörigen, Freunden und Nachbarn. In persönlichen Gesprächen hat sich die Gemeindegeschwester dann über den Gesundheitszustand erkundigt und auch Beratungsangebote unterbreitet. Zudem wurde von der Gemeindegeschwester in einem unstrukturierten Assessment eine Risikoeinschätzung über einen eventuell bestehenden Pflegebedarf durchgeführt. Bei einer festgestellten Unterversorgung hat die Gemeindegeschwester Hilfeeinstellungen organisiert, wie etwa „Essen auf Rädern“ oder die Hilfe durch Angehörige oder Nachbarn. Ebenfalls stellte sie Kontakte zur Volksolidarität, die Fahrten und Feiern speziell für die ältere Bevölkerung organisierte. „[...] ein Gespräch zu führen mit dem Patienten, erklärt, warum man kommt. Also den Grund des Hausbesuches angeben und eben gefragt, ob ein Pflegebedarf vorliegt und eben je nach Situation dann auch entschieden, Patient hat eben erklärt, das ihm Manches schwer fällt und dort bestimmte Hilfsangebote auch unterbreitet, was man für den Patienten machen könnte, wenn 's jetzt zum Beispiel um Einkaufen oder Essensversorgung ging. [...] Wenn sich jetzt konkret gezeigt hat, dass ein Patient pflegebedürftig war und eben seinen Hausarzt nie aufgesucht hat, da hat man dann den Kontakt zum Hausarzt hergestellt und eben einen Hausbesuch veranlasst.“ (Interview 04)

Die präventiven Hausbesuche bei älteren Patienten hat in ländlichen Regionen die zuständige Gemeindegeschwester mit übernommen. Im städtischen Bereich wurden diese Fürsorgebesuche auch von Gemeindegeschwestern übernommen. Diese hatten ausschließlich die Aufgabe der präventiven Hausbesuche durchzuführen. Hauptgrund war die größere Arbeitsbelastung, da die Zahl der zu versorgenden Patienten im zugeordneten Stadtgebiet größer war als in den ländlichen Regionen. „Fürsorgehausbesuche nannte sich das und das waren richtig die älteren Patienten, die man dann mit besucht hat in der Häuslichkeit.“ (Interview 03)

Der Hausbesuch bei älteren Menschen wurde genutzt, um über Risikofaktoren zur Krankheitsentstehung aufzuklären, wie etwa Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung. Auch verfolgten die Gespräche das Ziel der Aufklärung über eine gesunde Lebensweise. Deren Wirksamkeit war teilweise durch die Rahmenbedingungen begrenzt. Denn selbst wenn die besuchten Bürger die Problematik verstanden hatten und ihr Verhalten gerne geändert hätten, war etwa eine gesunde Ernährung nicht ohne Weiteres möglich. So war beispielsweise die Selbstversorgung mit Lebensmitteln, inklusive

Schlachten und Verzehren von eigenen Haustieren, auf Grund der Mangelwirtschaft in der DDR zwingend notwendig. *„Ansonsten hatte man eigentlich immer im Gespräch mit den älteren Patienten zu Hause immer versucht zu erklären, was gesund ist, gesunde Lebensweise. ... Und die meisten haben sich ja eigentlich jetzt nicht so gut ernährt, weil ja eben immer geschlachtet wurde hier auf dem Dorf. ... die Schweine wurden geschlachtet und das waren ja immer alles fette Sachen und eigentlich auch ungesunde Sachen, und da ist man immer gegen so ne Wand gelaufen. Also das war nicht so einfach.“* (Interview 03)

Präventive Hausbesuche wurden nicht nur bei „gesunden“ Bürgern durchgeführt. Auch chronisch Kranke wurden besucht. Diese Versorgung nannte sich Dispensierversorgung. Dabei wurden bei bestimmten Krankheitsbildern, wie etwa bei Diabetes und Herz-Kreislaufkrankheiten Hausbesuche durchgeführt, um das weitere Fortschreiten der Krankheit zu verhindern oder den Krankheitsverlauf zu verlangsamen. Zudem sind auch Familien besucht worden, in denen eine gehäufte Prävalenz bei bestimmten Krankheitsbildern bestand. Die Familienangehörigen sollten dann über die Risiken einer Erkrankung, beispielsweise Diabetes aufgeklärt werden. Damit wurde das Ziel verfolgt, trotz erhöhter familiärer Disposition bei anderen Familienmitgliedern, eine Erkrankung zu vermeiden.

3.4 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderliche Maßnahmen wurden von Gemeindegewestern durchgeführt. Sie besuchten Kindergärten und Schulen, um dort die Gesundheitsressourcen zu stärken. Sie haben Hygienemaßnahmen überwacht, aber auch Maßnahmen zur Stärkung der Zahngesundheit durchgeführt. Ebenfalls hielten sie Vorträge zur Gesundheit und Gesunderhaltung.

Gesundheitsförderliche Maßnahmen waren teilweise nicht umsetzbar, weil die Rahmenbedingungen in der DDR dies nicht zuließen. So hat der Großteil der Bevölkerung körperlich hart gearbeitet. Die materiellen Ressourcen ließen zeitweise keine gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu, weil etwa Maschinen und Hilfsmittel in der Landwirtschaft fehlten. Rückenschonendes Arbeiten erschien in diesem Umfeld oftmals nicht umsetzbar.

Die Gemeindegewester wusste von diesen Mängeln und hat so individuell auf die Situation einwirken müssen. *„[...] und viele haben dann ja auch schwer in der Landwirtschaft gearbeitet, grad die Frauen eben auch, ja gut, das konnte man dann nicht so ohne Weiteres sagen, das machen sie jetzt mal nicht mehr [...].“* (Interview 03)

In der Schule hat die Gemeindegewester Vorträge über Ernährung gehalten und das Essen der Schulspeisungen überprüft. Damit war sie mitverantwortlich für die gesunde Ernährung der Schulkinder. Sie klärte die Schüler ebenfalls über Maßnahmen zur Gesunderhaltung auf und trug damit dazu bei, dass die Bevölkerung bereits in der Schule bewusst mit ihren Gesundheitsressourcen umgehen konnte. Diese Tätigkeiten in den Kindergärten und Schulen wurden etwa zwei- bis dreimal im Jahr von der Gemeindegewester durchgeführt.

Bei bereits chronisch Erkrankten hat die Gemeindegeschwester ebenfalls eine Ernährungsberatung durchgeführt und Maßnahmen vorgeschlagen, welche sich positiv auf die Gesundheit des Erkrankten auswirken sollten. Ziel war es auch hier, dass die Patienten solange wie möglich mit der Krankheit positiv umgehen sollten und trotz chronischer Krankheit in die Bevölkerung und das normale Leben integriert blieben. „[...] beraten über Ernährung und Sport und Bewegung und alles, was dazu gehört und beobachtet.“ (Interview 06)

3.5 Prävention

Präventiv haben Gemeindegeschwestern in verschiedenen Bereichen gearbeitet. Sie haben Vorträge zur Krankheitsvermeidung und über Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen gehalten, z.B. in Kindergärten, Kinderkrippen und Schulen. Dabei haben sie auch über die Vermeidung von Unfällen aufgeklärt.

Die Gemeindegeschwester war an präventiven Maßnahmen auch im Rahmen von nationalen Gesundheitsaktionen beteiligt. Dazu gehörten Röntgenaktionen zur Bekämpfung von Tuberkulose, sowie großflächige Impfungen gegen Kinderkrankheiten und Grippe. Die Impfung der Bevölkerung verfolgte den Zweck, Krankheiten im Vorfeld zu vermeiden.

Im Rahmen dieser Impfkaktionen besuchte die Gemeindegeschwester mit dem zuständigen Arzt auch Kindergärten und Schulen. Röntgenreihenuntersuchungen und Impfungen nahmen die Gemeindegeschwestern in ländlichen Regionen häufiger vor als im städtischen Bereich, wo diese Maßnahmen vom Gesundheitsamt durchgeführt wurden. „Ja, dann hast du in den ländlichen Bereich die Röntgenaktionen mit begleitet, es war ja so, dass jeder, also jeder DDR-Bürger regelmäßig zum, das nannte sich damals Volksröntgen, gehen musste, um ganz einfach die Tuberkulose zu bekämpfen. Und das war ja wirklich mit dem Ziel angelegt, dass die Tuberkulose ausgerottet wird, und das haben sie ja auch geschafft.“ (Interview 05)

3.6 Beratung und Schulungsmaßnahmen

Die Gemeindegeschwester hat Tätigkeiten der Beratung übernommen. Dies waren keine expliziten Beratungstermine, sondern diese Tätigkeiten wurden im Gespräch mit Patienten und Angehörigen übernommen. Die Beratung stellte einen wichtigen Teil der Tätigkeit dar. Denn die pflegerischen Tätigkeiten wurden oft von der Familie oder Bekannten übernommen. „Und wenn jetzt innerhalb der Familie, in der man dann als Gemeindegeschwester war, Fragen waren, die haben ganz viel Vertrauen dann zu der Gemeindegeschwester gehabt.“ (Interview 05) „Das hast du immer eins zu eins und individuell in dem Fall gemacht, wo du gerade tätig warst.“ (Interview 06)

Die Anleitung war wichtig, um die weitere Versorgung sicherzustellen. Denn die Gemeindegeschwester übernahm in den meisten Fällen die Koordination der Pflege. Grundpflegerische Aufgaben wurden nur selten selbst vorgenommen. Die Familie

oder Nachbarn mussten diese grundpflegerischen Aufgaben übernehmen. Damit hat die Gemeindeschwester einen großen Teil zur Sicherstellung der häuslichen Pflegequalität beigetragen. Sie war für die Angehörigen eine Stütze und Hilfe bei auftretenden Fragen. Angehörige und Gemeindeschwestern waren zusammen für die Versorgung verantwortlich. *„Aber zu Hause Anleitung der Familie. Weil die Familie spielt dann wirklich auch ne größere Rolle. Ich hab’s ja schon gesagt. Pflegerisch war nicht viel. Das hat alles die Familie abgefangen.“* (Interview 02)

Im Rahmen der Tätigkeit in der Gemeindeschwesternstation wurden von den Gemeindeschwestern spezielle Sprechstunden durchgeführt. Dies geschah im Rahmen der Dispensiersversorgung. Dabei wurden spezielle Beratungsstunden durchgeführt. Patienten mit speziellen Krankheitsbildern wurden im Umgang mit ihrer Krankheit geschult. Das Ziel war eine nahtlose Versorgung von chronisch Kranken.

Des Weiteren haben die Gemeindeschwestern Schulungsmaßnahmen zum Beispiel für junge Sanitäter oder auch Schulungen im Zusammenhang mit Unfallverhütungsmaßnahmen selbständig durchgeführt. Sie haben Erst-Helfer in den Betrieben der Gemeinde ausgebildet und deren Wissen in regelmäßigen Abständen aufgefrischt.

Ebenfalls wurden Erste-Hilfe-Maßnahmen in der Schule und im Kindergarten vermittelt. Diese Übungen wurden dann in Wettkämpfen praktisch angewandt. Damit fand ebenfalls ein außerschulisches Beschäftigungsangebot für Schulkinder statt. *„Das war bei Schulkindern, ja. Wir haben auch an Wettkämpfen teilgenommen. Wie man mit der Trage umgeht, wie man jemanden richtig transportiert, wie Verbände angelegt werden, wie man Binden aufwickelt und all so was.“* (Interview 01) *„Ich hab dann Kinder geschult, hab’ da ne junge Sanitätergruppe gehabt, so nannte sich das, in der Schule und die hab’ ich von der ersten bis zur vierten Klasse gehabt.“* (Interview 03)

Die Gemeindeschwester war auch beteiligt an der Unfallverhütung. Dies geschah sowohl in Privathaushalten, als auch in öffentlichen Institutionen und Betrieben der Gemeinde. Sie hat regelmäßige Begehungen durchgeführt und dabei auf die hygienischen Verhältnisse in den Einrichtungen geachtet. Ebenfalls wurden von den Gemeindeschwestern regelmäßig Proben bei der Schulspeisung genommen, die dann später im Labor untersucht wurden. Außerdem hielten sie Vorträge, die der Schulung von Unfallverhütungsmaßnahmen diene. *„Unfallverhütung in der Häuslichkeit oder auch in der [...] Kindereinrichtung. [...] da hab ich dann eben auch richtige Vorträge gehalten, was Unfallverhütung betraf.“* (Interview 03)

3.7 Die Mütterberatung

Die Beratung und Betreuung von schwangeren Frauen und Müttern mit Kindern im Säuglingsalter war ein wichtiger Bestandteil der Tätigkeit der Gemeindeschwester. Die Mütterberatung wurde selbständig von der Gemeindeschwester durchgeführt.

Im Rahmen der Mütterberatung wurden regelhaft ein Ersthausbesuch sowie ein Besuch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus durchgeführt. Dabei informierte sich

die Gemeindeschwester über die häusliche Situation und gab Hilfestellungen bei der Versorgung des Säuglings. Ebenfalls wurde über die Impfungen und über Hilfeleistungen des Staates informiert. Die interviewten Gemeindeschwestern beschreiben das Zustandekommen des Erstkontakts uneinheitlich. Offenbar bestanden hier Unterschiede zwischen Stadt und Land. Gemeindeschwestern auf dem Land wurden durch die Bevölkerung selbst informiert. In der Stadt erfolgte die Informationsweitergabe durch das Krankenhaus. *„Das war dann so, dass wenn die Muttis nach Hause gekommen sind, dann ist man innerhalb dieser ersten Woche, dann hat man die Mutti besucht und hat sich angeguckt, wie das da im Haus so alles funktioniert, ob das auch alles vorbereitet war fürs Kind und ob auch alles da ist und so und dann hat man auch gleich sich das Kind angeguckt. So wie's ernährt ist, Nabelpflege gemacht und der Mutti noch mal erklärt, wie man das macht und mit der Ernährung auch noch mal zu beraten. Gewogen und ja, noch mal im Impfpass nachgeguckt.“* (Interview 03)

Die Mehrheit (8/10) aller Interviewten berichtet, dass sie in der „Wiegestunde“ mitgearbeitet haben. Die ärztliche Tätigkeit bestand in der Untersuchung und Diagnostik. Die pflegerische Tätigkeit bestand hauptsächlich in der Assistenz des Arztes, dem Wiegen der Kinder und der Einschätzung des Ernährungszustandes des Kindes. In diesem Rahmen wurde auch eine Ernährungsberatung durchgeführt, in der über die Ernährungsmöglichkeiten für das neugeborene Kind aufgeklärt wurde. Zudem wurden die Impfungen überwacht, geplant und organisiert. In der Regel mussten die Mütter mit ihren Kindern in einem Abstand von vier Wochen zur so genannten „Wiegestunde“.

Die regelmäßige Betreuung durch die Gemeindeschwester erfolgte bis zum Eintritt der Kinder in die Kinderkrippe bzw. in den Kindergarten. Bei drohender Verwahrlosung oder Misshandlungen war es Aufgabe der Gemeindeschwester, die zuständigen Behörden, wie das Jugendamt, zu informieren. Auf Problemfamilien wurde in besonderem Maß geachtet. *„Man hat auch gesehen, also wenn dann Probleme waren, also da ist nicht so schnell jemand durch die Maschen gerutscht. Man sah, ob das Kind gepflegt war. Wir sind auch zu Neugeborenen, wo so ein bisschen problematische Familienverhältnisse waren, nach Hause gefahren, haben da also beratend sozusagen auch zur Seite gestanden, haben geguckt, ob die Pflege gewährleistet ist zu Hause.“* (Interview 02)

4. Diskussion der Ergebnisse

Die befragten Interviewpartner waren zwar nicht immer in der Lage, die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung korrekt abzugrenzen. Die Interviews zeigen aber, dass die Gemeindeschwester in der DDR viele Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention übernommen hat. (Die Schwierigkeiten der Interviewten mit der Abgrenzung der Termini bedingen, dass auch in der Analyse die beiden Subkategorien Prävention sind immer sauber getrennt werden konnten.)

Die Gemeindeschwester in der DDR hatte eine besondere Stellung in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Sie nahm selbständig Tätigkeiten im Rahmen der

Gesundheitsförderung und Prävention wahr. Die Gemeindeschwester fungierte als Schnittstelle zwischen den Klienten und anderen Institutionen. Sie war für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen für einzelne Klienten zuständig und agierte dabei sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene. Ebenfalls übernahm sie nicht nur Maßnahmen bei älteren Menschen, sondern bei allen Altersgruppen – vom Säugling bis zum Greis. Ihre Tätigkeit führte sie damit für die ganze Familie aus. Eine Differenzierung zwischen Kinder-, Erwachsenen- und Altenpflege bestand nicht – diese Abgrenzung der pflegerischen Tätigkeiten war in der DDR nicht verankert. Eine eigenständige Altenpflegeausbildung gab es nicht (und wäre für das Tätigkeitsfeld der Gemeindeschwester auch nicht sinnvoll gewesen).

Da die Grundpflege nicht im Mittelpunkt der Tätigkeiten der Gemeindeschwestern stand, sondern die medizinische und diagnostische Behandlungspflege, war die Beratung und Anleitung von Angehörigen stets ein großer Bestandteil ihrer Arbeit. Besonders deutlich wird der präventive Charakter in der Tätigkeit von Gemeindeschwestern in der Mütterberatung. Insgesamt ist festzustellen, dass die Gemeindeschwester viele wichtige präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen im Rahmen ihrer Tätigkeit übernommen hat.

Fazit und Abschlussbetrachtung

Die Gemeindeschwester in der DDR war ein wichtiger Bestandteil in der präventiven und gesundheitsförderlichen Versorgung der Bevölkerung in der DDR. Die Gemeindeschwester hatte in der DDR einen großen Anteil an der Gesunderhaltung der Bevölkerung. Ihr Aufgabenspektrum war sehr komplex und vielseitig. Es war ein Berufsprofil welches sehr viel Erfahrung, aber auch Qualifikation erforderte.

Viele Aufgaben der früheren Gemeindeschwester werden seit der Wiedervereinigung nicht mehr von Pflegenden übernommen. Sie wurden entweder ersatzlos gestrichen (etwa die Tätigkeiten im Rahmen des Unfallschutzes in Betrieben) oder an andere Berufsgruppen angegliedert (etwa die Mütterberatung, welche heute vorwiegend von Hebammen durchgeführt wird).

Eine Abschaffung dieses Berufsprofils hat zu Versorgungslücken geführt. Die komplexen Tätigkeiten der Gemeindeschwester werden in der Bundesrepublik von vielen verschiedenen Berufsgruppen übernommen, dies führt zu Schnittstellenproblemen.

Seit einigen Jahren wird die Begleitung und Vorsorge von Familien und Gemeinden neu diskutiert. Im Mittelpunkt dieser Diskussionen stehen angloamerikanische Modelle, wie die Family Health Nurse, welches die integrierte familien- und gemeindenahe Versorgung sicherstellen soll. Dabei steht eine Begleitung der Familie im Mittelpunkt und damit verbundene Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Achenbach 2004: 336ff). Parallelen zum Berufsprofil der DDR-Gemeindeschwester sind unschwer erkennbar.

Die neue Berufsbezeichnung Gesundheits- und KrankenpflegerIn und die damit verbundenen neuen präventiven Aufgaben, die vom Gesetzgeber für die Krankenpflegeberufe vorgesehen sind, müssen in entsprechende Berufsprofile integriert werden (vgl. KrPflG 2003:1442). Entsprechende Aufgaben hat die Gemeindeschwester in der DDR bereits explizit im Rahmen ihrer Tätigkeit wahrgenommen. Die Anknüpfung an das frühere Berufsprofil der Gemeindeschwester stellt insoweit eine Chance für die Pflegenden dar.

Literatur

- Achenbach, G. (2004): Gesundheit fördern und erhalten. Die Family Health Nurse. Ein Zukunftskonzept zur integrierten familien- und gemeindenahen Versorgung. In: Die Schwester Der Pfleger, 05/04: S. 336 - 342
- Deppe, H.-U. (1993): Gesundheitssystem im Umbruch: von der DDR zur BRD. Frankfurt/Main [u.a.]: Campus-Verlag
- Diekmann, A. (2004): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag
- Flick, U. (2006): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag
- Grusdat, P. (2006): Präventive Hausbesuche bei alten Menschen – Eine empirische Untersuchung anhand von Expertenaussagen. In: Hasseler, Martina/Mayer, Martha: Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele. Hannover: Schlütersche, S. 139 - 158
- Hasseler, M., Prof. Dr., Hochschullehrerin im Studiengang Pflege und Soziales an der HAW Hamburg. Schriftliche Auskunft am 03.05.07
- Hasseler, M. (2003): Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen auf die ambulante Pflege in Deutschland. In: Pflege, 16:222 - 229
- Hoffmann, W., Prof. Dr., Hochschullehrer an der Universität Greifswald, Institut für Community Medicine. Schriftliche Auskunft am 18.07.06
- KrPflG (2003), Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze (Krankenpflegegesetz) vom 16. Juli 2003, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36, Seite 1442 - 1450
- Meyer, M. (2006): Von der Gemeindepflege zur Pflegeversicherung: zur Dekonturierung präventiver pflegerischer Aufgaben in der gemeindenahen Pflege. In: Hasseler, Martina/Mayer, Martha: Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele. Hannover: Schlütersche, S. 13 - 31
- Richter, C. (1981): Die Gemeindeschwester. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit
- Strupeit, S. (2007): Gemeindeschwestern in der ehemaligen DDR – Berufsprofil und Übertragbarkeit auf den bundesdeutschen Kontext. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Hamburger Fern-Hochschule. Hamburg
- Trojan, A. (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, Perta (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 195 - 228
- Waller, H. (2002): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview [26 Absätze]. Forum. Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [Online Journal], 1(1). Abrufbar über: <http://qualitative-research.net/fqs> [Zugriff: 19.09.06]

Steve Strupeit, Dipl. Pflegewirt (cand.), FH
Fesefeld 133, 28203 Bremen, strupeit@arcor.de