

Die Geriaterie im Bereich der spitalexternen Krankenpflege und Gesundheitspflege

Autor(en): **Junod, Jean-Pierre**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **75 (1977)**

Heft 1

PDF erstellt am: **09.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950721>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

eine Gesundheitspolitik über den Kopf des Patienten hinweg glücklos und wirtschaftlich fast untragbar ist. Auch sie müsste also seine Mitarbeit brennend wünschen.

Der Patient im privaten Bereich

Nun leidet aber die Mitsprache und erst recht die Mitbestimmung des Patienten gewissermassen an einem Geburts-trauma. Der in seiner Existenz von einem Unfall, einer schweren Erkrankung oder einer bedrohlichen seelischen Belastung betroffene Mensch neigt dazu, sich – soweit er seine noch vorhandenen Kräfte nicht für die Mithilfe bei seiner Bergung einsetzen muss – auf frühere bewährte Verhaltensweisen zurückzuziehen: Er ist wieder schwach, hilflos, klein und möchte heim – wie ein Kind. Diese instinktive Haltung ist zunächst durchaus *sinnvoll*, schont seine Kräfte, schirmt ihn ab und aktiviert den Helferwillen und die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Ärzten und Schwestern. – Eigenartigerweise bleibt eine zunehmende Zahl von körperlich Kranken, psychisch als gesund geltenden Patienten in dieser Verfassung stecken. Auch dann noch, wenn sie äusserlich wieder hergestellt sind und man von ihnen ein selbständigeres, aktiveres Verhalten erwarten würde, bleiben sie innerlich abhängig, verletzlich, mutlos. Diese als *Regression* bezeichnete Erscheinung spielt nicht nur in der somatischen Spitalpflege eine wichtige Rolle, sondern sie spielt auch im hausärztlichen Bereich eine grosse, neben den allmählich besser bekannten depressiven Zuständen noch zu wenig beachtete Rolle.

Wie können wir nun den Patienten aus seinem engen Dasein eines unter die Fittiche der Medizin geschlüpften Kückens herausführen? Wenn auch die Hintergründe oft recht komplex sind, so steht doch ein Angelpunkt fest: Der so Erschütterte hat den Mut verloren, wieder in sein Alltagsleben zurückzukehren, sei es ihm nun bereits bekannt oder sei es eine neue Situation in Beruf, Familie oder Gesellschaft, der er sich stellen muss. Darauf werden wir mit unseren Helfern bei den weiteren Kontakten und Gesprächen unsere Aufmerksamkeit richten müssen – aber es ist nicht so einfach, ihm Mut zu machen. Schon eine Frage der Art: «Wie stellen Sie sich nun Ihre weitere Erholung vor, haben Sie eventuell an einen Kuraufenthalt gedacht?» wird oft so beantwortet: «Ich habe keine Ahnung, Sie sind doch der Arzt!» – Es braucht dann viel Kenntnis der eigenen Probleme, der medizinischen Psychologie und Erfahrung in Arzt-Patienten-Gesprächen, um nicht wegen der (noch) fehlenden Kooperation verärgert zu sein, oder in die angebotene Rolle des überlegenen und vermeintlich hilfreichen Wohltäters zu fallen. Aber wenn der Patient schliesslich begreift, dass unsere Haltung

ihm gegenüber *Zutrauen* und Zuwendung bedeutet, auch wenn wir seinem Bedürfnis nach Verordnungen, etwa von Diäten, nicht immer nachkommen, wird es für ihn ein grosser Gewinn sein: Er wird mehr Selbstvertrauen haben, seine Anliegen besser vertreten können, aber auch die Möglichkeiten des Arztes und seine eigenen etwas realistischer beurteilen. Der Arzt muss dann nicht mehr seinem von jeher genährten Wunschbild entsprechen und wird ihn deshalb weniger enttäuschen, und auch er selbst kann vielleicht in ein mehr seinen Anlagen als familiennarzistischen Vorstellungen entsprechendes Leben zurückkehren.

Der Patient in der Öffentlichkeit

Ein so zum Partner gewordener Patient wird nun auch befähigt sein, in Fragen der Gesundheitspolitik mitzusprechen, mitzubestimmen und – damit unabdingbar verbunden – mitverantworten. Er wird nehmen *und* geben können und braucht nicht mehr mit plumpen Forderungen auf die Strasse zu gehen. Es ist zwar in dieser Hinsicht im letzten Jahr einiges in Fahrt gekommen. Aufgewühlt durch Fragen wie Euthanasie oder Schwangerschaftsabbruch hat er zu sprechen begonnen, nachdem er, ausser im kleinen Kreise, jahrelang nur Informationsempfänger und Kreditzustimmer war. Vielleicht war sein doppeltes Nein zur KUVG-Revision am 8. Dezember 1974 die Antwort darauf, dass man ihn nicht vorher gefragt hat. Das ist nun endlich anders geworden. Vor kurzem hat zum Beispiel eine Arbeitsgruppe in Zürich Patienten und gewesene Patienten eingeladen, ihre Erfahrungen mit der ärztlichen Betreuung in Zürich zu melden. Aber in vielen wichtigen Belangen ist der Patient noch nicht in die gute Stube gebeten worden. So ist durch eine kantonale Verordnung über den Verkehr mit Heilmitteln vom 15. Januar 1975, die uns Ärzten am 20. August 1975 zugestellt wurde, die sogenannte Selbst-

dispensation auch abgesehen von der Vereinbarung zwischen Ärzten und Apothekern in den Städten Winterthur und Zürich erheblich eingeschränkt worden, ohne die Patienten zu fragen, welche Erfahrungen sie denn mit dem direkten Medikamentenbezug bei ihrem Arzt gemacht haben. Und hinter verschlossenen Türen brüten Delegationen von Ärzten und Krankenkassen erneut über dem Kuckucksei eines seinerzeit gut gemeinten Einzelleistungstarifes, mit dem man die Arztkosten in den Griff bekommen wollte, statt endlich den Patienten zu fragen, wie er sich die Honorierung der Ärzte vorstelle. Wenn auch aus Gründen des Funktionierens nicht alles mitbestimmt werden kann, sondern vieles delegiert werden muss, so hätte doch der einzelne Bürger hier mitzusprechen, und der Politiker als «Arzt der Gesellschaft» müsste ihm zu dieser Rolle als Partner ver-helfen.

Richtige Diagnose, falsche Therapie

Viele Mängel des heutigen Gesundheitswesens, vor allem den medizinischen Betrieb betreffend, wurden schon seit Jahren von links stehenden Kreisen, so etwa der Progressiven Organisationen, richtig erkannt und registriert. Aber es war die eingeeengte Diagnostik des auf Fehler des «Systems» lauenden Gesellschaftskritikers, nicht die des um das Wohl seiner Patienten besorgten Arztes, und darum gehen auch ihre Therapievorschlüsse in die falsche Richtung:

Es hilft nicht, neben dem Patienten nun auch noch den Arzt zu bevormunden durch staatliche Interventionen und Einrichtungen, sondern wir müssen den Patienten in seiner Rolle als mittragenden Partner bestärken; oder um Illich zu antworten auf sein «Entartung der Gesellschaft»: Wir sollten nicht dem Arzt seinen Platz nehmen, aber dem Patient seinen Platz geben, zum Wohle aller!

Die Geriatrie im Bereich der spitalexternen Krankenpflege und Gesundheitspflege

Prof. Dr. Jean-Pierre Junod aus: Spitem

Eine Verlängerung des Lebens, wie wir sie heute kennen, ist nur dann wünschenswert, wenn die zusätzlichen Jahre für den betagten Menschen eine Bereicherung darstellen. Das wichtigste Ziel aller gerontologischen Forschung und Tätigkeit muss darin bestehen, dem betagten Mitmenschen seinen Platz in der Gesellschaft zu erhalten. Die Schaffung von «Altersghettos», was zu einer Spaltung der Generatio-

nen führen könnte, muss von vornherein abgelehnt werden. Jede Art von Lösung, die eine Gruppierung der Betagten unter sich beinhaltet, lässt sich nur rechtfertigen, wenn sie zur Erhaltung der Unabhängigkeit beiträgt.

Dass ein älterer, in seiner Gesundheit beeinträchtigter Mensch seinen Platz innerhalb unserer Gesellschaft behalten kann, ist nicht selbstverständlich. Hierzu braucht

es Anstrengungen der spitalexternen Krankenpflege und Gesundheitspflege, deren Wichtigkeit man nicht genug betonen kann. Einen Fehler darf man keinesfalls begehen, nämlich, unter dem Vorwand einer besseren Integration der Betagten, deren ganz spezifische «Altersprobleme» zu ignorieren oder sich damit begnügen, mit mehr oder weniger Glück die medizinischen, sozial-medizinischen und psychologischen Mittel bei ihnen anzuwenden, welche in der Behandlung von Kindern oder Erwachsenen Erfolg zu haben scheinen. Die Geriatrie und jene, welche sie anwenden, müssen hier, gestützt auf die klinische Erfahrung, eine neue Wirksamkeit erreichen.

Auf dem Gebiet der Vorsorge besteht die spitalexterne geriatrische Tätigkeit in erster Linie darin, Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Da es praktisch nicht machbar ist, an jeden einzelnen der Betagten heranzutreten, ist es wichtig, vor allem jenen alten Leuten eine Voruntersuchung zu ermöglichen, welche besonders gefährdet sind. Es sind dies Personen von 80 Jahren und mehr, die vor kurzem den Lebensgefährten verloren haben, die alleine leben und nur über sehr beschränkte Mittel verfügen. Man muss allerdings wissen, nach welchen Symptomen in diesen Untersuchungen gesucht werden muss, und man darf dabei nicht vergessen, dass die frühzeitige Erkennung sowohl physische wie psychische Schwächen berücksichtigen muss wie auch alle Veränderungen, die durch das Alter einerseits und durch Krankheit andererseits bedingt sind.

Jedes geriatrische Pflorgeteam kann neue Erkenntnisse gewinnen im Hinblick auf eine kostenmässig und bezüglich ihrer Wirksamkeit annehmbare Vorsorge, wenn es Krankheiten, deren rechtzeitige Erkennung für die betagten Patienten eine bessere Lebensqualität bedeutet hätte, begleitet und beobachtet.

Die Furcht vor der Diagnose hält viele ältere Leute von regelmässigen Kontrollen ihrer Gesundheit ab. Keiner kann hier mit der nötigen Information und Aufklärung besser bestehen als die betreuende Person. Dasselbe gilt für die Hospitalisierung, welche den Betagten oft in starkem Masse beunruhigt. Eine schlecht vorbereitete Hospitalisierung kann schlimmere Folgen haben als die Krankheit, welche eine Hospitalisierung scheinbar rechtfertigt. Die im spitalexternen Bereich arbeitende Pflegeperson kann für den ihr anvertrauten Kranken eine grosse Hilfe sein, wenn sie für die Ängste, welche die bevorstehende Einlieferung ins Spital hervorruft, Verständnis zeigt und gleichzeitig imstande ist, auf die damit verbundenen Vorteile hinzuweisen.

Auch ein auf das Alter ausgezeichnet vorbereiteter Mensch kann Krisen durchmachen. Er kann plötzlich am Sinn seines Lebens zu zweifeln beginnen. Daher ist der Entscheid zur Umsiedlung in ein Heim oder Spitalmilieu ein Entschluss von gros-

ser Tragweite. Die Fähigkeit, sich einer neuen Situation anzupassen, nimmt mit zunehmendem Alter ab. Deshalb ist reifliches Überlegen notwendig, bevor man sich entschliesst, einen bis anhin zuhause betreuten Betagten brüsk aus seinen alten Gewohnheiten herauszureissen. Um in der Geriatrie erfolgreich tätig zu sein, muss man die Fähigkeit besitzen zu überzeugen, ohne zu verletzen; man muss vom andern akzeptiert werden, weil man sich für ihn und seine Sorgen interessiert und nicht, weil man das erworbene Wissen anwenden will. Die Erhaltung der Unabhängigkeit muss erstes Gebot sein. An zweiter Stelle erst steht die Befriedigung momentaner Bedürfnisse.

Dass der betagte Mensch unter den besten Bedingungen lebt, was Hygiene und Sicherheit betrifft, darf nicht den Ausschlag geben, sondern, dass er so lange wie möglich in einer Umgebung leben kann, in der die Erinnerung jedem Gegenstand einen Sinn gibt.

Die Pflege zuhause macht das Gespräch zwischen dem Pflegenden und den anderen für den kranken Betagten verantwortlichen Menschen notwendig. Man möchte hoffen, dass der behandelnde Arzt im Bestreben, für das soziale Wohlergehen seines Patienten in der Zukunft vorzusorgen, dem Pflorgeteam seine volle Unterstützung anbietet, welches diese sehr nötig hat. Der Arzt wird während seines Studiums auf diese neuen Aspekte vorbereitet und sollte von deren zunehmenden Wichtigkeit überzeugt sein. Es wäre wünschenswert, dass diese Unterstützung von seiten des Arztes nicht eine rein technische bleibe, sondern ebenso sehr eine moralische wäre. Sich ganz eigenständig dem Druck der Umgebung zu widersetzen, welche eine Plazierung in einem Heim oder Spital wünscht, kann folgeschwer sein. Denn einen Kranken zuhause zu behalten, birgt die verschiedensten Risiken, welche gemeinsam getragen werden sollten. Man kann sich fragen, ob die Bildung von Gruppenpraxen nicht den Anstoss geben könnte zu regelmässigen Gruppengesprächen der Ärzte und zu einem Erfahrungsaustausch, wie dies schon andernorts der Brauch ist.

Auch die Spitäler sollten am Gespräch teilnehmen. In erster Linie zum Wohle der Kranken sollte ein Gespräch, ein Austausch von Wissen und eine Zusammenarbeit zwischen dem spitalinternen und dem spitalexternen Bereich zustande kommen. Und zwar darf es sich nicht um einen reinen Informationsfluss handeln, sondern man sollte versuchen, die Ängste und Schwierigkeiten des Patienten zu erkennen, um ihn besser verstehen zu können, aber auch, um sie besser überwinden zu können.

Zu den Institutionen, die das Pflegepersonal in ihrer Tätigkeit unterstützen, gehören ganz besonders die Geriatriedienste, die zur Zeit in unserem Lande noch in viel zu kleiner Zahl vertreten sind. Sie haben zum

Ziel, Ärzte, Berufspflegepersonal und paramedizinisches Personal an diesem allzu lange vernachlässigten Zweig der Medizin zu interessieren und dafür auszubilden. Wenn es nicht gelingt, mehr junge Mitarbeiter zu gewinnen, wird es schwierig sein, den Anforderungen, die in Zukunft auf diesem Gebiet an uns gestellt werden, gerecht zu werden. Auch das Tagesspital kann für die Pflgeteams eine grosse Hilfe sein; die von uns bis heute damit gemachten Erfahrungen sind sehr positiv und ermutigend.

Der Einsatz im spitalexternen Bereich muss umfassend und kontinuierlich sein. Um diesen Forderungen entsprechen zu können, brauchen wir den Bedürfnissen angepasste Unterkunftsmöglichkeiten wie Alterswohnungen, die sozialmedizinischen Dienstleistungen angeschlossen sind. Weiter ist es notwendig, dass die Institutionen für Betagte, wie Heime, Anstalten, Asyle u. a. m. über medizinische und soziale Dienste verfügen, damit die Betreuung auch nach der Plazierung gewährleistet ist. Bei den unternommenen Anstrengungen ist Kontinuität von grösster Bedeutung; ja oft ist es besser, für einen chronisch erkrankten Betagten gar nichts zu unternehmen, als mit viel Enthusiasmus sich seiner nur kurzfristig anzunehmen. Der Einsatz auf geriatrischem Gebiet ist meistens ein Einsatz von längerer Dauer. Dies sollte man sich vor Augen halten, denn einen älteren Patienten sich selbst zu überlassen, ihn quasi aufzugeben, verstärkt bei ihm das Gefühl der Einsamkeit, ein Gefühl, unter dem betagte Menschen ohnehin häufig leiden.

Der Einsatz in der spitalexternen Krankenpflege und Gesundheitspflege zeigt uns, dass die Geriatrie weniger ein Teilgebiet der Medizin darstellt als vielmehr Teil einer neuen Konzeption der Medizin ist.

Es bleibt zu hoffen, dass dank der spitalinternen wie spitalextern gemachten Erfahrungen auf dem Gebiet der Geriatrie die so dringend notwendigen Pflgeteams die Hilfe, die Unterstützung und das Verständnis erfahren, die sie für ihren Einsatz brauchen.

SPITEX

Aus unserer Reihe «Spitalexterne Betagten- und Krankenpflege und -betreuung in Europa»:

Bundesrepublik Deutschland

Nur ein Jahr nach ihrer Gründung (1958) nahm die «*Lebensabendbewegung*» (Lab), eine Bürgerinitiative, eine erste Altentagesstätte in Kassel in Betrieb. 1974

zählte die Lab bereits über 90 Altengemeinschaften und Tagesstätten für Betagte in der Bundesrepublik. Die Lab verfügt über Sprech- und Beratungsdienste für ältere Bürger, über ein eigenes Informationsblatt als Monatszeitung verlegt und über acht Ferien-Kurheime. Die Lab organisiert jährlich den «Tag der älteren Generation» und veranstaltete bis jetzt sechs Bundeskongresse der älteren Generation.

Der «*Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband*» umfasst über 1700 Organisationen, worunter die Lab. Insgesamt unterhalten die verschiedenen Mitgliedsorganisationen annähernd 5000 Einrichtungen für Sozialhilfe und Jugendhilfe mit über 35 000 hauptberuflichen und rund 160 000 ehrenamtlichen Mitarbeitern. Den dem «*Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband*» (DPWV) angeschlossenen Schwesternschaften gehören etwa 12 000 Berufsschwestern an. An 65 Ausbildungsstätten wurden zum Beispiel 1975 4000 junge Menschen auf soziale Berufe vorbereitet.

In einer Aufnahmestation der dem städtischen Krankenhaus *Frankfurt-Hoechst* angegliederten *Tagesklinik* werden zuerst Diagnosen erstellt. Anschliessend wird ein individuelles Therapieprogramm (Bäder, Massagen, Bewegungs- und/oder Beschäftigungstherapie u. a. m.) ausgearbeitet. Hiermit soll es den Patienten ermöglicht werden, nach einigen Wochen intensiver Behandlung wiederum in der eigenen häuslichen Umgebung verbleiben zu dürfen. Es besteht ein Hol- und Bringdienst zur Tagesklinik für Gehbehinderte. Ziel der Tagesklinik ist, Patienten Linderung ihrer «ambulanten» Leiden zu bringen und wenn möglich sie bei Erkrankungen vor einer Krankenhaus- oder Pflegeheimweisung zu bewahren.

In *Hamburg* kann sich jeder Bürger, der sich über die richtige Behandlung pflegebedürftiger Angehöriger kostenlos informieren möchte, in einem der vier Pflegeheime beraten und schulen lassen. Beratung und Unterricht erfolgen individuell, und die Mitarbeiter der Heime stehen auch später den Interessenten für Ratschläge zur Verfügung.

(Kurzfassung aus Nachrichtenblätter des «Bundes für die ältere Generation Europas» (Eurag), 1975)

Frankreich

Französische Senioren haben in einer Umfrage die Einsamkeit als Altersproblem Nr. 1 genannt. 39 % fürchten das Alleinsein – mehr als jeder Dritte. Geldsorgen stehen an zweiter Stelle mit 26 %. Schwierigkeiten mit der Gesundheit mit 14 % an dritter Stelle. Dagegen hat die Fondation de

France einen Feldzug eingeleitet. Alten Menschen sollen Radio, Fernseher, Zeitungen vermittelt werden; man will die Nachbarschaftssolidarität ankurbeln, medizinische Gratisbehandlungen und billigere Wohnungen fordern. Aber alle Aktionen helfen nicht, wenn die direkten Beziehungen nicht spielen. Beziehungen über die Kleinfamilie hinaus!

«Viele unserer älteren Ehepaare machen den Fehler, sich abzukapseln», sagte eine Fürsorgerin der Stiftung für das Alter. «Sie sind einander selbst genug, machen alles zu zweien, besser: zu zweit allein. Stirbt dann ein Ehepartner, bleibt der andere einsam, manchmal hilflos und ohne menschliche Kontakte und Freundschaften zurück.» Das muss man überlegen. Ebenso wichtig: wer nur Freundschaften im gleichen Altersbereich pflegt, verengt seinen Horizont ganz unnötig. Gerade Junioren können für ältere Leute zu guten Freunden werden, denn die Alten haben – was Eltern oft nicht haben – Zeit zum Erzählen, zum Diskutieren, zum Mitdenken und Zuhören.

(PRO, Heft 4, April 1976)

Vereinigte Staaten von Amerika

Coiffeur als Medizinhelfer?

Wie man sich gesund fühlende Menschen dazu bringen kann, die nötigen ärztlichen Kontrollen über sich ergehen zu lassen, ist eine noch weitgehend ungelöste Frage. Ein New-Yorker Präventivmediziner schlägt nun vor, auf eine mittelalterliche Gewohnheit zurückzukommen und den Quartiercoiffeur als Vermittlerinstanz einzuschalten.

Professor Donald J. Ciaglia von der Rochester-Universität hat bereits zehn Herrencoiffeure in einem «Diagnosekurs» ausgebildet, der ihnen helfen soll, Männer zu eruieren, die medizinische oder soziale Betreuung nötig hätten. Ciaglia hofft, dass die den Kunden vertrauten Figaros die Möglichkeit haben, potentielle Patienten zum Arzt- oder Beraterbesuch zu motivieren. Die Coiffeure lernten in dem Kurs Anzeichen für Drogen- und Alkoholprobleme, Bluthochdruck und Hautkrankheiten sowie für seelische Störungen kennen. Sie erhielten auch Instruktionen für Gesprächstechnik.

Die zehn Coiffeure führten Tagebücher. Sie vermerkten, dass in einem Fünftel ihrer «Fälle» emotionale Ursachen vorhanden waren. Die Coiffeure selbst waren begeistert von ihrer neuen Aufgabe und wünschten weitere Ausbildung.

(Tages-Anzeiger, 16. 3. 1976)

Bereits 14 % vorsorgliche Arztbesuche

Washington

Das überraschendste Ergebnis der ersten systematischen Studie der ambulanten Patientenbetreuung in den Vereinigten Staaten (National Ambulatory Medical Case Survey), die die amerikanische Regierung soeben abgeschlossen hat, war die gute Kooperation der Ärzte. Trotz der erheblichen zusätzlichen Arbeitsbelastung – mehr als 30 detaillierte Patientenformulare mussten pro Woche ausgefüllt werden – beteiligten sich mehr als 75 % der nach dem Stichprobenprinzip angesprochenen 1450 Ärzte, berichtete Dr. James E. Delozier, Leiter des Ambulatory Case Statistics Branch des National Center for Health Statistics. Bei einer zweiten, etwa 3000 Ärzte erfassenden und noch nicht abgeschlossenen Erhebung ist die Mitarbeit offenbar sogar noch besser.

Ziel der Erhebungen ist es, Daten für die Gesundheitserziehung, die Planung der Gesundheitsfürsorge und Ausgangsdaten für künftige Trendanalysen oder die Auswirkungen von Regierungsprogrammen zu erhalten. Die Erhebungsformulare enthalten persönliche Daten der Patienten, den Grund für den Besuch beim Arzt, die Diagnose und die Behandlung.

Schätzungsweise 645 Millionen Arztbesuche – durchschnittlich 3,1 pro Kopf – wurden der Erhebung zufolge zwischen Mai 1973 und April 1974 registriert. Mehr als 40 % davon bei Allgemein- oder Hausärzten, 28,5 % bei Chirurgen und mehr als 26 % bei Internisten. Vier Gründe waren Ursache für etwa die Hälfte der Besuche: Spezialuntersuchungen ohne akute Beschwerden (17,1 %), Erkrankungen der Atemwege (15,1 %), Kreislaufkrankungen (9,2 %) und Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (7,9 %). Zu den 15 häufigsten Diagnosen zählten – in absteigender Reihenfolge – internistische oder Spezialuntersuchungen, internistische und chirurgische Nachbetreuung, Schwangerenbetreuung, essentielle benignen Hypertonie und Atemwegsinfektionen.

In fast der Hälfte der Fälle war eine Verordnung von Medikamenten notwendig. Keine Behandlung brauchten etwa 5 % der Patienten. Injektionen, Impfungen und Laboruntersuchungen wurden etwa bei jedem 5. durchgeführt, und Röntgenuntersuchungen sowie ambulante chirurgische Eingriffe etwa bei jedem 15. Patienten vorgenommen.

Viel grösser als erwartet war mit 13,8 % der Anteil der vorsorglichen Arztbesuche ohne Symptome, etwa zu Schwangerschafts-, Säuglings- oder gynäkologischen Kontrolluntersuchungen.

(Medical Tribune, Nr. 3, 16. 1. 1976)