

Lehre und Forschung



Gesundheitliche Situation von Geflüchteten

Bericht über einen Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie

OTTOMAR BAHRS

Der Beitrag skizziert Erfahrungen mit dem in Göttingen durchgeführten Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie, in dem Medizinstudenten sich Grundlagen der Psychosozialen Medizin im Hinblick auf ausgewählte Kommunikationssituationen aneignen und im Rollenspiel ihre kommunikativen Kompetenzen erproben und fördern. Diskussionen in der Gruppe und Selbsterfahrung sind wesentliche Elemente eines Erfahrungsprozesses, in dem die Studierenden zwischen Mediziner und Arzt zu differenzieren lernen. Am Beispiel des von Studierenden selbst erarbeiteten Themas „Gesundheitliche Situation von Geflüchteten“ wird die förderliche Wirkung von Engagement und Partizipationsmöglichkeit veranschaulicht. Deutlich wird, dass die souveräne Gestaltung von Kommunikationssituationen mit der Chance wächst, sich schon im Lernprozess als Subjekt zu erfahren und der je unterschiedlichen – biographisch und kulturell geprägten – individuellen Voraussetzungen gewahr zu werden und diese wechselseitig gelten zu lassen.

Schlüsselwörter: Medizinstudium, Kommunikationskurs, Erfahrungslernen, Fremdverstehen, Gesundheitssituation von Geflüchteten

Am Ende des erfolgreich absolvierten Medizinstudiums steht die Approbation als Arzt, der nunmehr zu gesundheitsbezogenem Handeln berechtigt (und ggf. auch verpflichtet) ist. Dieses Handeln ist eingelassen in kommunikative Prozesse, deren Gestaltung neben dem situationsangemessenen Gebrauch fachlicher Kenntnisse auch die Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung erfor-

dert. Doch auf die Bewährung in Handlungssituationen bereitet das Medizinstudium ungenügend vor. Die Approbationsordnung hat vor diesem Hintergrund manche Veränderung erfahren, in deren Folge ab 2003 u.a. ein von der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie angebotener Kursus zur Kommunikationsförderung verpflichtend geworden ist. Unsere in Göttingen entwickelte Variante greift Erfahrungen auf, die in Begleitforschungsprojekten zur hausärztlichen Versorgung und zur familialen Bewältigung bei psychosozialen Krisen und chronischen Erkrankungen gemacht wurden. Ich werde das Konzept knapp charakterisieren [vgl. Bahrs 2010, 2011] und dann besonders kulturelle Aspekte der Kommunikation akzentuieren.

Kommunikationsförderung in der Vor-Klinik

Der 42 Unterrichtsstunden umfassende Wochenblock richtet sich an Studierende des 2. Fachsemesters der Humanmedizin, die in der Regel einen sehr unterschiedlichen Erfahrungshintergrund mitbringen. Etwa jeder Dritte hat mittlerweile eine Ausbildung in einem Beruf im Gesundheitsbereich zumindest angefangen, oft auch schon eine Zeit lang praktiziert und geht der Tätigkeit in der Regel auch studienbegleitend zumindest zeitweilig nach. Dabei handelt es sich häufig um Rettungsassistenten, Gesundheits- und Krankenpfleger, Physiotherapeuten oder Medizinische Fachangestellte. Einigen ist das ärztliche Handeln aus ihrem Elternhaus – wenn auch aus zweiter Hand – bereits vertraut. Andere aber haben keine spezifischen Vorkenntnisse und viele ausländische Studierende sind noch nicht einmal mit dem deutschen Gesundheits- und Sozialsystem vertraut. Eine zentrale Aufgabe im Kurs besteht daher darin, ein gemeinsames Selbstverständnis

zu ermöglichen, indem die je unterschiedlichen Erfahrungshintergründe thematisiert und ernst genommen werden. So beeindruckte eine asiatische Studentin, die erst seit acht Monaten in Deutschland und zuvor der Sprache nicht kundig gewesen war, bei ihrem fast fehlerfreien Referat mit einer erstaunlichen Fertigkeit, die zur Beantwortung von Fragen ... ein gemeinsames Selbstverständnis zu ermöglichen, indem die je unterschiedlichen Erfahrungshintergründe thematisiert und ernst genommen werden.

erforderlichen Ausdrücke in Windeseile über ihr Handy ausfindig zu machen. Sie berichtete dann zum Erstaunen der Anwesenden, im Rahmen ihrer Hospitation erstmalig in Kontakt mit einem Gynäkologen gekommen zu sein, einem Arbeitsfeld, das in ihrer Heimat viel stärker tabuiert sei als hierzulande. So konnten

Einsichten in kulturspezifische Umgänge mit Gesundheit und Krankheit gewonnen und zugleich exemplarisch nachempfunden werden, welche außerordentliche Individuationsleistung diese Studierende fern der Heimat vollbrachte.

Die klassischen Kommunikationstheorien von Schulz von Thun und Watzlawick sind den Studierenden oft schon aus der Schule vertraut und brauchen deshalb nur kurz rekapituliert zu werden. Im Vordergrund steht daher die Auseinandersetzung mit Konzepten zur Gesprächsführung mit Bezug auf abgrenzbare Situationen und deren praktische Erprobung in Falldiskussionen und im Rollenspiel. Beispiele sind: Erstgespräch, Visitengespräch, Diagnosemitteilung, Gespräch mit Patienten mit chronischer Krankheit, Motivationsgespräch bzgl. Verhaltensänderung und Gespräch mit Patienten mit Migrationshintergrund. Hierbei geht es weniger um die Vermittlung von Techniken als um die Unterstützung bei der Ausbildung einer als authentisch erlebten hilfreichen Haltung.

Die Studierenden tun sich nicht immer leicht damit, die ihnen im Alltag selbstverständlich zur Verfügung stehenden Kompetenzen zur Beziehungsgestaltung in die (hier natürlich simulierte) Berufspraxis zu übertragen. Zwar registrieren sie bei der Diskussion von Assoziationen zu videodokumentierten Sequenzen von Hausarzt-Patienten-Gesprächen, wie sehr Übertragungs- und Gegenübertragungsleistungen die Wahrnehmung steuern; und hier können die Studierenden auch nachvollziehen, wie zugleich triftig und bruchstückhaft diese Interpretationen sind. Bei der Umsetzung ins eigene Rollenspielhandeln beschneiden sich die Studierenden hingegen oft ihrer eigenen Subjektivität und sparen insbesondere Fragen zu psychosozialen Kontexten und Vermutungen zu deren möglicher Bedeutung aus. So wird im Rollenspiel der Arzt immer wieder zum Mediziner und die Akteure priorisieren damit ausgerechnet das, wovon sie zu diesem Zeitpunkt des Studiums typischerweise am wenigsten wissen.

Dabei bringen die Studierenden ein hohes Maß an Empathiefähigkeit sowie Neugier und Bereitschaft zum Engagement mit, all

das also, was sie als Arztpersonen auszeichnen und als Subjekte wirken lassen wird. Auch im Kurs kann dies zum Tragen kommen und zwar insbesondere dann, wenn sich die Studierenden ein für sie neues Thema zu Eigen machen¹ und für den Kurs aufbereiten. Ich konnte dies beim Thema „Gesundheits- und Versorgungssituation von Geflüchteten“ erleben, das im Zuge der großen Wandlungsbewegung 2015 besonders aktuell wurde. Während andere Referatsthemen auf Basis ausgewählter Literatur vorbereitet werden und der Arbeitsaufwand für die Referenten damit überschaubar gehalten werden konnte, mussten sich die Studierenden dieses Thema vollständig selbst erarbeiten – und sie konnten dies auch.

Gesundheits- und Versorgungssituation von Geflüchteten als Herausforderung

Die Referierenden stürzten sich mit Vehemenz in die Literatursuche und bereiteten auf, wie die in der öffentlichen Diskussion nahezu synonym verwandten Begriffe Migrant, Geflüchteter und Asylant zu unterscheiden sind. Sie rekonstruierten die Wellen der Zuwanderung, die durch die Anwerbung von Arbeitskräften in den 1960er- und 1970er-Jahren Menschen insbesondere aus Griechenland, der Türkei und Italien anzogen hatten, die in der Folge des Zerfalls der sozialistischen Volksrepubliken Migrationen in die BRD ausgelöst und ermöglicht hatten und die aus der Flucht vor den Gefahren von Krieg und Verfolgung aus dem früheren Jugoslawien in den 1990er-Jahren sowie Afghanistan, Irak und Syrien in den letzten Jahren zu verstehen sind. Damit wurden Ausmaß und Vielfalt der Problemlagen deutlich – und es wurde auch erkennbar, dass Zuwanderung kein neues Phänomen ist und dass die „Aufnahmegesellschaft“ ihren Anteil an der Herstellung der Bedingungen hatte, die die „Fremden“ zu Migration oder Flucht veranlasst hatten.

Die Studierenden bereiteten auf, welche gesundheitlichen Risiken und Behandlungsbedarfe die jeweiligen Bevölkerungsgruppen mitbrachten, was gleichsam kontrastierend die privilegierte Situation verdeutlichte, in der sich die am Kurs Teilnehmenden selbst – und die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland – befinden. Die Studierenden wiesen auf die rechtlichen Probleme bei der Versorgung hin, die eine systematische Schlechterstellung für Personen mit ungeklärtem Aufnahmestatus zur Folge hat und engagierte Betreuungspersonen in Verunsicherung aufgrund von Rechtsunsicherheit stürzt. In den sich anschließenden Diskussionen wurden schnell und sehr unmittelbar Bezüge zwischen sozialer Lage und gesundheitlicher Situation erkennbar und große Betroffenheit ausgelöst. Als geradezu skandalös wurde die Diskrepanz zwischen psychischer Belastung aufgrund von Traumatisierungen und dem erschwerten Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung empfunden. Einige Studierende konnten eigene Erfahrungen aus der Arbeit mit Geflüchteten einbringen

¹ Dies gilt in ähnlicher Weise, wenn sich die Neugier in der Begegnung mit Gästen entfalten kann. Patienten, die die Studierenden an ihren Erfahrungen teilhaben und den Sinn von Patientenorientierung erleben lassen, lassen die Studierenden erstaunliche Ausbalancierungen des angemessenen Verhältnisses von Nähe und Distanz erbringen und ermöglichen so in kurzer Zeit dichte Einsichten in das, was ein Gesundheits-Krankheits-Prozess bedeuten kann



und berichteten u.a. von Schwierigkeiten in der Auseinandersetzung mit Institutionen, die für die Geflüchteten eine zusätzliche Erschwernis darstellten. Der Referent, dessen Vater in Syrien als Arzt im Krankenhaus tätig gewesen war, veranschaulichte die Erwartungen, die Geflüchtete aufgrund ihrer Erfahrungen mit medizinischen Institutionen in ihrem Herkunftsland an die hiesige Versorgung anlegen – und gelegentlich aus nachvollziehbaren Gründen scheitern lässt. Am Ende des Beitrags wurden Kontaktadressen für regionale Flüchtlingshilfen genannt und die Studenten mit eigenem (familiären) Migrationshintergrund – etwa 20% – waren begehrte Gesprächspartner in der Pause.

Diese ausgesprochen positive Erfahrung hat mich veranlasst, Studierenden die Beobachtung entsprechender Versorgungssituationen nahezulegen.

Berufsfelderkundung in einem Erstaufnahmelaager – Auszug aus einem Hospitationsbericht²

„Die Erstaufnahmeeinrichtung hat die Aufgabe, sich medizinisch aber auch sozial und bürokratisch um ankommende Geflüchtete aus aller Welt zu kümmern. Die Menschen bleiben allerdings nur maximal 3-4 Tage in der Einrichtung. Nur in komplizierteren Fällen oder im Falle eines Notfalls verlängert sich der Aufenthalt. (...)“

Wider meinen Erwartungen waren meine Arabischkenntnisse nicht sehr hilfreich, um eine Patientenperspektive zu erhalten.

Mittlerweile ist der Strom aus dem Nahen Osten zurückgegangen, denn die Grenzen sind gesperrt, die Türkei fängt viele ab und es gibt vermehrt Kontrollen. Die meisten Asylsuchenden, die ich gesehen habe, kamen aus dem ehemaligen Ostblock, eher russischsprachige Gebiete, wie beispielsweise Usbekistan, Kirgistan oder Kasachstan. Die Gründe für die Flucht sind verschieden, aber danach wird meistens nicht gefragt. Doch abhängig von den Gründen und der persönlichen Situation variiert auch das Verhalten und die Zufriedenheit gegenüber der Einrichtung. (...)“

Die Atmosphäre im Allgemeinen fühlt sich an wie der Wartebereich an Flughäfen, wenn ein Flug verspätet ist und niemand weiß, wann und wohin es weitergeht. Die Mitarbeiter untereinander sind sehr hilfsbereit, sehr kollegial und das Arbeiten macht Spaß. Auch bei der Interaktion mit den Patienten ist es ein sehr angenehmes Arbeiten, doch dies ist, wie jede Interaktion, von dem Patienten abhängig. Durch forderndes und aggressives Verhalten konnte die Stimmung auch ins Angespante kippen, doch dies wurde schnell wieder ausgeglichen. Schwer war es, wenn

man sich hilflos bei Schicksalsschlägen fühlte und an die Grenzen des Möglichen gelangte.

Die Hospitation hat mir gezeigt, wie flexibel und unvoreingenommen medizinische Versorgung sein kann. Auch wenn die Kommunikation mit den Patienten nicht so einfach war, habe ich einen guten Einblick erhalten, wie sie mit den Beschwerden umgehen. Ob diese Beschwerden der Grund für die Flucht waren oder zusätzlich auftraten, die Menschen trugen es mit Fassung und in Relation zu ihren anderen Lebensbedingungen.

Ich finde diese Form der Arbeit sehr bewegend und kann mir sehr gut vorstellen in diesem Tätigkeitsbereich zu arbeiten. Im Vergleich zu Praktika im Krankenhaus hatte man, auch wenn man noch nicht viel Erfahrung und Wissen miteinbringen konnte, das Gefühl etwas zu bewegen.“

Zum Abschluss

Der Kurs geht von der Voraussetzung aus, dass die Begegnung von Patient und Arzt ein doppeltes Verstehensproblem aufwirft und die beiden Interakteure allererst eine gemeinsame Wirklichkeit konstruieren müssen [Bahrs u. Köhle 1990]. Die professionelle Leistung im ärztlichen Gespräch ist daher immer schon ein methodisch kontrolliertes Fremdverstehen. Dieses Fremdverstehen hat Selbstreflexion zur Voraussetzung, eine Auseinandersetzung also auch mit dem, was dem Gesprächsführenden an sich selbst „fremd“ ist. Mein Eindruck ist, dass es sehr hilfreich ist, diesen Lernprozess als gemeinsamen zu organisieren. Der Erfahrungsschatz der Teilnehmenden (und ihres jeweiligen Bezugsfeldes) stellt einen Reichtum dar, aus dem alle am Kurs Beteiligten schöpfen können. □

Literatur

- Bahrs O, Köhle M: Das doppelte Verstehensproblem - Arzt-Patient-Interaktion in der Hausarztpraxis. In: Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis, Band 4, Neubig H, Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo Hong Kong 1989, 103-130
- Bahrs O: Kommunikationsförderung in der Vor-Klinik – Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie; Z Med Psych, 2010, 19; 97-101
- Bahrs O: Wer Partizipation ermöglichen soll, muss Partizipation selbst erfahren können – Überlegungen zum und Erfahrung mit dem Kurs der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie in der vorklinischen Medizinerbildung; in: Petzold TD, Lehmann N (Hrsg.): Kommunikation mit Zukunft; Verlag Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim 2011: 167-182; ISBN 978-3-98 13922-2-7

Ottomar Bahrs

... geb. 1951, ist Medizinsoziologe und ist/war wissenschaftlicher Mitarbeiter an allgemeinmedizinischen, medizinsoziologischen und -psychologischen Abteilungen in Göttingen und Hannover. Schulungsleiter und Moderator von Qualitätszirkeln; Mitherausgeber der Zeitschrift Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin;

Arbeitsschwerpunkte: Arzt-Patienten-Kommunikation; Salutogenese; Qualitätsentwicklung; Kooperationsförderung und Selbsthilfe.



Quelle: Autor

² Der Bericht über das (mindestens) vierstündige Berufsfelderkundungspraktikum wurde im Sommersemester 2016 von Sundus El-Magary angefertigt. Die Studierende ist im zweiten Fachsemester Medizin und als Kind arabischer Eltern in Deutschland aufgewachsen