

Nicht nur eine Sprachbarriere

Probleme und Möglichkeiten bei der Gesundheitsversorgung von Migranten

Seit dem Beginn meines Medizinstudiums habe ich die Möglichkeit, in einer Praxis tätig zu sein und arbeite auch neben dem Studium im medizinischen Bereich. In Diskussionen mit Kollegen und aus eigenen Beobachtungen sind in den letzten Monaten immer mehr Herausforderungen in der Versorgung von ausländischen Patienten aufgekommen, die sowohl sprachlich als auch kulturell begründet werden können. Mir ist bewusst, dass es im Moment höchst polarisierend ist, über das Thema Migration zu diskutieren, jedoch empfinde ich es als sehr wichtig, sich ehrlich und offen mit dem Thema zu beschäftigen und nach effizienten Lösungen zu suchen. Im folgenden Text möchte ich auf meine Beobachtungen und Erkenntnisse aus der Praxis eingehen und Strategien für den Umgang mit ausländischen Patienten darlegen. In diesem Artikel soll es ausschließlich um medizinische Aspekte in der Gesundheitsversorgung von Migranten gehen. Eine Debatte und Wertung der politischen Hintergründe sind irrelevant.

Migration in Deutschland

Deutschland ist ein Migrationsland. 2018 hatten bei einer Gesamtbevölkerung von circa 81 Millionen Einwohnern, 9,9 Millionen Menschen keine deutsche Staatsangehörigkeit. Einen Migrationshintergrund hatten 20,8 Millionen. Laut

Statistischem Bundesamt hat eine „Person [...] einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt.“ Die größten Einwanderungsgruppen bilden dabei Menschen mit türkischer (13,3 Prozent), polnischer (10,8 Prozent) und russischer (1,4 Prozent) Herkunft. [1]

Die Beheimatung der migrierten Menschen in Deutschland erstreckt sich über Generationen und stellt oft eine vielgestaltige Anpassungsleistung dar. Diese umfasst kognitive wie auch sozioökonomische, sprachliche, emotionale und kulturelle Bereiche. Darum berührt die Gesundheitsversorgung von Migranten immer auch ethische, soziale und rechtliche Sachverhalte. Es mag deshalb erstaunen, dass die Thematik „Migration und Gesundheit“ wenig in der deutschen Versorgungsforschung und Politik repräsentiert ist. Fehl-, Unter- und Überversorgung können die Folge sein. Ärzte sollten sich der unterschiedlichen Bedürfnisse und Konstitution ihrer Patienten bewusst sein und auf diese eingehen können.

Krank in der Fremde

Sein Heimatland auf eine ungewisse Zeit zu verlassen, stellt eine besondere physische und psychische Beanspru-

chung dar und geht daher mit erhöhten Gesundheitsrisiken einher. Bei Patienten mit diesem Hintergrund konnten wir Sucht, psychosomatische und psychische Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen und psychogene Erektionsstörungen gehäuft beobachten. Ursache ist oft eine große psychische, teilweise traumatisierende Belastung. Dazu zählen nicht nur traumatisierende Erlebnisse im Heimatland und auf der Flucht, sondern auch neue traumatisierende Erfahrungen im neuen Heimatland. Hier können Unbehagen und verspürte Ablehnung durch Menschen im neuen Umfeld und verzerrte oder verfälschte Erwartungen an das neue Heimatland genannt werden. Viele der ausländischen Patienten, die die Praxis aufsuchen, in der ich tätig bin, fühlen sich in ihrer neuen Heimat und deren bürokratischen Strukturen verloren und überfordert. Sie haben mit Existenzängsten zu kämpfen, da sie nicht berechtigt sind zu arbeiten oder keine Arbeit finden und ihre zurückgelassenen Angehörigen mitversorgen oder um deren Entwicklung bangen müssen.

Besonders junge Patienten erfahren in ihrer neuen Heimat einen Zusammenprall der Kulturen. Bildung und eine freie Zukunftsgestaltung stehen nicht selten traditionellen Werten und Er-



Gesundheitsversorgung von Migranten berührt immer auch ethische, soziale und rechtliche Sachverhalte.

wartungen von Familie und Freunden rivalisierend gegenüber. Zum Beispiel wurde in der Praxis eine afghanische Patientin, 19 Jahre alt, mit diffusen Schmerzen wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Parästhesien vorgestellt. Im weiteren Verlauf und in Zusammenarbeit mit Spezialisten konnten keine körperlichen Ursachen diagnostiziert werden. Im Gespräch wurde dann klar, dass die junge Patientin krampfhaft versucht hat, mit ihren neuen deutschen Freunden mitzuhalten und dabei auch an ihre Grenzen gegangen ist, um sich „zu beweisen“ – es lag ein Alkohol- und Drogenabusus sowie eine erhöhte Risikobereitschaft vor. Auf der anderen Seite wollte sie trotzdem noch den Ansprüchen und Erwartungen ihrer Familie gerecht werden, worin sie sich zunehmend nicht mehr in der Lage sah. Ihre Krankheit fungierte als Methode, sich aus beiden Situationen zu „befreien“. Das Praxisteam konnte der Patientin helfen, indem es sie sowohl über ihr Risikoverhalten aufklärte, als auch mit der Familie offen über das Leben von Jugendlichen in Deutschland sprach.

Viele Patienten leiden unter ihrer Unsicherheit und ihrer gefühlten Nutzlosigkeit. Sie versuchen, ihr Unbehagen

durch verschiedene Verhaltensmuster zu kompensieren. Aus eigener Erfahrung gibt es zwei Hauptkompensationsmechanismen. Zum einen gibt es Patienten, die aufmüffig, fordernd und leicht aggressiv auftreten. Sie sind ichzentriert und rücksichtslos, zum Beispiel indem sie eine sofortige Behandlung ohne Wartezeiten einfordern. Auf der anderen Seite habe ich besonders bei Frauen beobachten können, dass sie oft weinerlich und mit mangelnder emotionaler Selbstkontrolle auftreten. Ein Ziel scheint hier die „Erpressung“ des Arztes durch Mitleid bei einer nicht der Vorstellung der Patienten entsprechenden Therapie zu sein. Bei diesen Patienten fällt gehäuft der Satz: „Doktor, möchtest du mich töten?“

In beiden Situationen handelt es sich um klare Abwehrmechanismen, die die Patienten als Schutzpanzer entwickeln, um Unsicherheit und Selbstverachtung zu kaschieren. Sie sollten daher als Hilferuf gedeutet werden.

Dennoch sollte dieses Verhalten in keiner Weise von dem Praxispersonal akzeptiert oder toleriert werden. Im Umgang mit solchen Patienten sollte weder nachgegeben noch sich dem aggressiv entgegengestellt werden. Es ist wichtig, bestimmt aufzutreten und klare Grenzen zu setzen und dabei selbst nicht abwertend zu sein, um die Situation professionell zu klären und gegebenenfalls Alternativen zu stellen. Hier ist es besonders wichtig, dass keine Unterschiede zwischen den Patienten gemacht werden, da dies zu einer schlechten Stimmung in der Praxis führen kann.

Sprachliche Barrieren

Besonders sprachliche Barrieren können zu Missverständnissen in der Arzt-Patienten-Kommunikation führen. Diese erschweren das ärztliche Handeln auf jeder Ebene und können dadurch zur Fehl-, Unter- oder Überversorgung von Patienten führen.

Insbesondere ältere Patienten sind sprachlich oft eingeschränkt, da das Lernen von neuen Sprachen für sie meist schwieriger ist als für Kinder und Jugendliche. Häufig muss die Verständigung über einen Übersetzer stattfinden. Da ein Übersetzer selbst vom Patienten organisiert und finanziert werden muss, greifen die Patienten oft anstatt auf einen ausgebildeten, staatlich anerkannten und zertifizierten Übersetzer auf einen Verwandten oder Bekannten zurück. Bei dieser Kommunikation über Laien gehen häufig Informationen verloren – Informationen werden durch mangelnden Wortschatz

„Am Anfang war die Sprache die größte Barriere beim Arzt. Es ist mir schwer gefallen meine Situation und Symptome zu beschreiben.“

Patient, 24 Jahre, aus Syrien

weggelassen oder ungenau und schwammig beschrieben. Noch schwieriger ist es bei klinischen Untersuchungen, wie zum Beispiel der diabetischen Fußuntersuchung. Ein eingeschränktes Verständnis der sich darstellenden Situation kann zu einer mangelhaften Bereitschaft des Patienten beim Mitwirken an der therapeutischen Maßnahme oder einer ungenauen Diagnostik führen. Dies erschwert sowohl die Diagnosestellung wie auch die Planung der Therapie und Einstellung der Medikation.

Kulturelle Unterschiede

Während es oberflächlich die sprachlichen Barrieren sind, die zu erheblichen Missverständnissen in der Gesundheitsversorgung und -förderung führen, sind es tatsächlich die kulturell geprägten Unterschiede, die die größten Missverständnisse herbeiführen.

Zu besonderen Spannungen in der Arzt-Patienten-Verständigung kommt es durch divergierende Krankheitsvorstellungen sowie durch vorgefasste Erwartungen an den behandelnden Arzt und an die zu erzielenden Behandlungsergebnisse. Zudem fällt es Patienten mit Migrationshintergrund oft schwer, Krankheiten zu erkennen, die angebotene Hilfe zu deren Heilung in Anspruch zu nehmen und den Anweisungen des medizinischen Personals (Arzt, Physio-, Ergotherapeut et cetera) Folge zu leisten. Hierbei handelt es sich nicht um ein „simples“ Sprachproblem. Auch religiöse und kulturelle Aspekte spielen eine Rolle. Kulturell bedingte Tabuthemen, wie zum Beispiel sexuell übertragbare Erkrankungen, Impotenz, psychische Erkrankungen und uneheliche Schwangerschaften, werden entweder sehr ungern oder nur zögerlich angesprochen. Natürlich sind dies auch immer noch Tabuthemen in der deutschen Bevölkerung, aber die Tendenz zum Verschweigen scheint aus eigener Erfahrung bei ausländischen Patienten verbreiteter zu sein. Wir konnten beobachten, dass Angststörungen und Depressionen von den Patienten eher versteckt beschrieben wurden indem sie ihr Anliegen bildlich umschrieben. So berichten arabische Patienten mit

Depressionen oft von einer verspürten „Kälte“ im ganzen Körper. Die Situation körperlich zu beschreiben ist kulturell verpönt.

„Ich merke, dass es einen riesigen Unterschied zwischen der medizinischen Versorgung in Deutschland und zu Hause gibt. In Syrien behandeln sich viele Leute selbst, weil fast alle Medikamente – auch Antibiotika – frei verkäuflich sind. Viele haben also hier die Erwartung, direkt Medikamente vom Arzt zu bekommen. Das ist aber nicht so.“ (Patient, 24 Jahre, aus Syrien)

Ausländische Patienten scheinen auch im Vergleich zu der „deutschstämmigen“ Bevölkerung Präventions- und Prophylaxe-Maßnahmen weniger häufig zu nutzen. In der Praxis konnten wir das besonders in den letzten beiden Grippe-Saisonen beobachten. Die Gripeschutz-Impfung wurde von vielen Patienten aus dem arabischen Raum zunächst sehr kritisch betrachtet. Erst nach intensiven Gesprächen mit den Patienten (syrischer und afghanischer Herkunft) konnte ich herausfinden, dass besonders in den Flüchtlingsunterkünften anscheinend bei vielen jungen Männern das Gerücht kursierte, dass der Grippeimpfstoff impotent mache und die Impfkampagne eine verkappte Verhütungskampagne der

deutschen Regierung sei. Durch aktives Ansprechen des Sachverhalts und einer detaillierten Aufklärung konnte ich die Patienten zu einer Impfung animieren. In diesem Zusammenhang muss man sich fragen: Wie weit sollte der Hausarzt in das Privatleben seiner Patienten eindringen? Welche beratende Rolle sollte er auf der sozialen Ebene neben der gesundheitlichen spielen? Inwieweit sollte der Hausarzt als Vertrauensperson einen gesellschaftlichen Auftrag erfüllen?

Keine einfache Unterscheidung

Es muss festgehalten werden, dass eine einfache Unterscheidung in „deutschstämmig“ und „nicht-deutschstämmig“ unzureichend ist, um die Wahrnehmungen und Bedürfnisse eines Migranten zu erfassen. Es herrscht eine große Heterogenität zwischen den Migranten – unterschiedliche Herkunftsländer und Regionen, Aufenthaltsdauer, Sprachkenntnisse, Bildungsstand und sozioökonomische Faktoren sowie der Grad der Integration können einen ausschlaggebenden Einfluss auf die individuelle Wahrnehmung und Nutzung des Gesundheitssystems bewirken. Auch innerhalb der deutschen Bevölkerung sind diese Unterschiede zu beobachten.

„Ich finde es wichtig, dass ein Arzt versucht, seine Patienten zu verstehen und regelmäßig kontrolliert, damit er eine passende Behandlung findet.“
(Patientin, 20 Jahre, aus Afghanistan)

Chance für das Gesundheitssystem?

Die Probleme, denen wir in der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund begegnen, sollten uns ermuntern, allgemeine Fragen und Probleme der Patientenversorgung mit einem holistischen Blick zu betrachten. Der Patient sollte immer im Mittelpunkt der Behandlung stehen und als Individuum betrachtet werden. Manchmal kann es auch einfach hilfreich sein, über den medizinischen Tellerrand zu blicken, da dies manchmal das Mitempfinden von Patienten erklären kann.

Die Medizin sollte nicht nur das Ziel der fachgerechten Behandlung und Krankenbetreuung (Medikamente verschrei-

ben und Krankschreibungen ausstellen) verfolgen, sondern auch das Ziel, Patienten bei der Prävention und Früherkennung zu unterstützen. Dem Patienten sollte geholfen werden, sich in einem zunehmend komplizierten Gesundheitssystem und in einer Flut aus medialen Informationen zurechtzufinden. Strukturen, Prozesse und Informationen im Gesundheitswesen sollten auch so gestaltet sein, dass sie für jeden zugänglich und verständlich sind. Das gilt insbesondere auch für die Beschaffung, das Verstehen, das Werten und die Nutzung von Gesundheitsinformationen.

„Ob ein Arzt gut ist oder nicht, entscheide ich nicht danach ob er eine Frau oder ein Mann ist, Deutsch oder ein Ausländer, sondern wie seine Persönlichkeit ist und ob ich mich wohl fühle bei ihm.“

(Patient, 18 Jahre, aus dem Libanon)

Am besten zusammenfassen lässt sich das alles mit einem Zitat des kanadischen Internisten Sir William Osler (1849 – 1919): „Die ärztliche Praxis ist eine Kunst, kein Handelsgeschäft, eine Berufung, kein Laden; eine Erwählung, die das Herz ebenso wie den Kopf fordert.“

Doch um dieser Aufgabe gerecht zu werden, muss man sich als behandelnder Arzt die Zeit auch nehmen und leisten können. ■

Alle Patienten, die in diesem Text erwähnt und zitiert werden, wurden darüber informiert und aufgeklärt und haben ihre Erlaubnis für eine Publikation geäußert. Aus Datenschutzgründen wird keine Institution namentlich benannt.

Literatur bei der Autorin

Yasmin Youssef, Leipzig
Medizinstudentin

E-Mail: Yasmin.Youssef@medizin.uni-leipzig.de