

Kleine Gesten helfen bei Sprechstunden für obdachlose Menschen weiter

Obdachlose Menschen und Menschen in prekären Lebenslagen brauchen besseren und niederschweligen Zugang zu medizinischer Versorgung. Was können Ärztinnen und Ärzte dafür tun?

Die Gründe für die Obdachlosigkeit und das Leben auf der Straße sind vielfältig und komplex. Bei den einzelnen Faktoren kann man Ursache und Wirkung kaum unterscheiden: Arbeitsverlust, Krankheit, Unfall, Scheidung, Sucht, Haft, etc.

So verliert zum Beispiel ein 40 Jahre alter Mann durch einen Autounfall mit schweren Folgen seine Arbeit. Seine Wohnung ist für Rollstuhlfahrer ungeeignet, eine behindertengerechte Wohnung schwer zu finden. Seine Versuche, sich selbst zu helfen, scheitern. Hilfe bei Ämtern wird, wenn überhaupt, zu spät gesucht: Die Wohnung ist bereits aufgrund von Mietrückständen gekündigt und die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung beendet.

Das Leben auf der Straße ist hart: Diese Menschen suchen oft sichere Plätze zum Überleben. Defensive Häuserarchitektur macht das Leben bei schlechten Witterungsverhältnissen schwer. Sie sind oft Opfer von Gewalt und verachtenden Blicken ausgesetzt. Die Lebenserwartung liegt bei Männern um elf Jahre und Frauen acht Jahre unter dem Durchschnitt. 27 % Männer und 13 % der Frauen, die auf der Straße leben, erreichen nicht das 65. Lebensjahr. Die Barrieren, zum Arzt zu gehen, sind vielfältig: Scham, befleckte Kleidung, mangelnde Hygiene, abgelatschte Schuhe, Hab und Gut in Tüten, Sprachbarrieren und ablehnende Blicke. Aus diesen Gründen ziehen viele Betroffene die Anonymität vor und gehen aus ländlichen Regionen in die Städte.

Hilfe wird erst bei hohem Leidensdruck gesucht

Obdachlose Menschen gehen häufig erst dann zum Arzt oder in die Notaufnahme, wenn der Leidensdruck nicht mehr auszuhalten ist. Im Warte- und Behandlungs-



Foto: © ArndtLow – stock.adobe.com

zimmer treten sie unsicher auf, oft mit gesenktem Kopf. Beim Gespräch gibt es kaum direkten Blickkontakt – ein Zeichen der erlebten schlechten Erfahrungen und des Mangels an Vertrauen in die Mitmenschen. Betroffene haben häufig Schwierigkeiten, ihre (gesundheitlichen) Probleme offen zu schildern: halbe, nicht zu Ende gesprochene Sätze, unsichere Sprache, Andeutungen. Sie neigen zu einer Bagatelisierung ihres Leidens. Der Hinweis, der Aufenthalt solle nicht lange dauern und möglichst wenig Untersuchungen umfassen, kommt erfahrungsgemäß vor allem von ehemaligen Privatversicherten, die heute in Armut leben.

Zu wenig Zeit für Zuwendung

Das Arzt-Patient-Gespräch ist oft organbezogen und der körperliche Schmerz ist die häufigste Visitenkarte zum Gespräch, auch wenn der seelische Schmerz umso schwerer wiegt. Die Kolleginnen und Kollegen bemühen sich mit großer Leidenschaft und Hingabe, diesen Menschen in Not zu helfen. Aber die Bürokratie und praktische Hürden in der Versorgung erschweren die ganzheitliche Zuwendung für diese Menschen. So bleibt oft der seelische Schmerz der Einsamkeit bei den Betroffenen zugeschüttet. Gerade diese Menschen, die selten in ihrem ganzen Le-

ben Liebe, Umarmung, Anerkennung, Wertschätzung und Vertrauen erfahren, bräuchten von uns im Sinne unserer Berufung Trost, Hoffnung, Geborgenheit und Nächstenliebe!

Praktische Tipps

Dennoch kann man mit wenig Aufwand viel erreichen. Beispielsweise zu Beginn dem Patienten ermöglichen, seine Tüten mit den Habseligkeiten sicher aufzubewahren oder in das Sprechzimmer mitzubringen. Bieten Sie einen Stuhl an, leichte Berührungen beispielsweise an der Schulter können helfen, Vertrauen aufzubauen. Kurze Gesprächspausen mit nettem Blickkontakt ebenso. Einfühlsame Worte können einen einfachen Einstieg ins Gespräch liefern: „Gut, dass Sie gekommen sind“, „Es ist nicht leicht für Sie, die bestehenden Hürden zu überwinden“, „Sind Sie zum ersten Mal bei uns?“, „Könnten Sie für weitere Behandlungen leicht zu uns finden?“ Es geht erst um nonverbale und verbale Beziehungsarbeit. Präsent sein, die Patienten wahrnehmen und Interesse für sie als Mensch zeigen. „Wie fühlen Sie sich?“, „Wie geht es Ihnen innerlich?“, „Wie kann ich Ihnen helfen?“ Fragen nach der letzten Arbeitsstelle, dem Elternhaus und möglichen noch bestehenden sozialen Kontakten können Sprachbarrieren überwinden,

Vertrauen aufbauen und Hintergrundinformationen liefern für weitere Hilfen.

Fallbeispiel aus der Praxis

Ein 25-jähriger Mann mit Typ I-Diabetes hat keinen Kontakt mehr zu den Eltern (beide suchtkrank). Er lebte zehn Jahre vor dem Hauptbahnhof in Frankfurt am Main auf der Straße und ist selbst psychisch krank. Er ging gern freitags zum Betteln vor das Standesamt. Jetzt, durch Bindung an Sozialarbeiter, hat er wieder eine Arbeit gefunden, sogar eine eigene Wohnung mit eigenem Namensschild, Schlüssel, Dusche, Küche und Bett. Er trinkt nicht mehr und ist von weiteren Drogen losgekommen. Trotz seiner schwierigen Biografie hat er eine fröhliche Ausstrahlung behalten.

Man darf nicht vergessen: Menschen sind obdachlos, weil sie krank werden und krank sind. Sie brauchen unsere Hilfe.

Kommissarischer
fachärztlicher Leiter
Hochschulambulanz
Uniklinikum Mainz
Zweiter Vorsitzender
des Vereins „Armut
und Gesundheit in
Deutschland“, Bot-
schafter der Stiftung „Lebensspur“,
E-Mail: rahim.schmidt@gmx.de

**Dr. agr. Dr. med.
Rahim Schmidt**



Foto: privat

Quellen: Robert Koch-Institut, Deutschlandfunk, Magazin Hinz & Kunz. Der Artikel bezieht sich inhaltlich auch auf einen

Beitrag, den der Autor in „Die Innere Medizin, Ausgabe 11/2024“ veröffentlicht hat.

Für sein ehrenamtliches Engagement erhielt Dr. Dr. Rahim Schmidt die Verdienstmedaille des Landes Rheinland-Pfalz. Der Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland“ kümmert sich um obdachlose Menschen und Flüchtlinge, die außerhalb der Regelversorgung medizinische Hilfe brauchen. Für Spenden finden sich Informationen auf den Webseiten www.armut-gesundheit.de und www.stiftung-lebensspur.de

Im Hessischen Ärzteblatt 12/2024 findet sich ein weiterer Beitrag des Autors zur interkulturellen Medizin. Kurzlink: <https://tinyurl.com/ysk5w3br>

Recht

Kurz notiert: Mündlichkeit der Aufklärung

Immer wieder ist von Patienten der Satz zu hören: „Das hat mir der Arzt aber vorher nicht gesagt“, – eine Aussage, die sich auf das Aufklärungsgespräch bezieht. Der Aufklärungsfehler und die Verletzung der Aufklärungspflicht sind neben dem Behandlungsfehler der zweite Bereich, in dem die Arzthaftung greift. Während beim Behandlungsfehler der Patient beweisen muss, dass ein Behandlungsfehler ursächlich für einen Schaden war, muss beim Aufklärungsfehler der Arzt beweisen, dass er mündlich ordnungsgemäß aufgeklärt hat. Obgleich zu diesem Thema eine Fülle von Gerichtsurteilen existiert und viel über das Thema geschrieben wurde, ist im Alltag immer wieder festzustellen, dass „Schwerpunkt“ der Aufklärung der Aufklärungsbogen ist. Der Patient bekommt regelmäßig das Aufklärungsformular ausgehändigt mit der Bitte, es zu lesen und nach dessen Lektüre gegebenenfalls Fragen zu stellen, falls erforderlich. Dieses Vorgehen entspricht weder der gesetzlichen Vorgabe noch der der Rechtsprechung. Der Bundesgerichtshof hat in einer aktuellen Entscheidung [1] seine Vorgaben zu Umfang und Modalitäten der Aufklärung wie folgt konkretisiert:

Die wirksame Einwilligung des Patienten setzt bekanntlich dessen ordnungsgemäße Aufklärung voraus [2]. Dabei müssen die in Betracht kommenden Risiken nicht exakt medizinisch beschrieben werden. Es genügt vielmehr, den Patienten „im Großen und Ganzen“ [3] über Chancen und Risiken der Behandlung aufzuklären und ihm dadurch eine allgemeine Vorstellung von dem Ausmaß der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren zu vermitteln, ohne diese zu beschönigen oder zu verschlimmern [4]. Dabei ist über schwerwiegende Risiken, die mit einer Operation verbunden sind, grundsätzlich auch dann aufzuklären, wenn sie sich nur selten verwirklichen. Entscheidend für die ärztliche Hinweispflicht ist, ob das betreffende Risiko dem Eingriff spezifisch an-

haftet und es bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet [5].

Zu den Modalitäten der Aufklärung bestimmt § 630e Abs. 2 BGB [6], dass die Aufklärung mündlich zu erfolgen hat und ergänzend auf Unterlagen Bezug genommen werden kann, die der Patient in Textform erhält. Nach den Gesetzgebungsmaterialien soll dem Patienten die Möglichkeit eröffnet werden, in einem persönlichen Gespräch mit dem Behandelnden gegebenenfalls auch Rückfragen zu stellen, so dass die Aufklärung nicht auf einen lediglich formalen Merkposten innerhalb eines Aufklärungsbogens reduziert wird [7]. Das zeichnet die Rechtsprechung des Senats nach, wonach es zum Zwecke der Aufklärung grundsätzlich des vertrauensvollen Gesprächs zwischen Arzt und Patienten bedarf. Das schließt die ergänzende Verwendung von Merkblättern nicht aus, in denen die notwendigen Informationen zu dem Eingriff einschließlich seiner Risiken schriftlich festgehalten sind [8]. Ein Rückzug des Arztes auf Formulare und Merkblätter, die er vom Patienten hat unterzeichnen lassen, kann aber nicht ausreichen und könnte zudem zu Wesen und Sinn der Patientenaufklärung geradezu in Widerspruch geraten [9]. Der Arzt muss sich nämlich in dem Aufklärungsgespräch davon überzeugen, dass der Patient mündliche wie schriftliche Hinweise und Informationen verstanden hat, und gegebenenfalls auf individuelle Belange des Patienten eingehen und eventuelle Fragen beantworten [10].

Dr. jur. Thomas K. Heinz

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de



Foto: Jens Haensel

Die Literaturhinweise finden sich online auf unserer Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.