

Kleine und große Wunder bewirken

„Kolibri-Medizin“: Hausärztliche Basisversorgung für Menschen in sozialen Notlagen



Als „Kolibri-Bereiche“ der Medizin stellt der Arbeitskreis Junge Ärztinnen und Ärzte der ÄKWL in lockerer Folge spannende Berufe abseits von Klinik und Praxis vor. In dieser Ausgabe geht es um die medizinische Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen. Miriam Rubens hat sich dazu den Fragen von Dr. Abdulhadi Kocabas gestellt.

Bitte stellen Sie sich kurz vor: In welchem medizinischen Bereich arbeiten Sie?

Ich heiße Miriam Rubens, bin 43 Jahre alt und Fachärztin für Allgemeinmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Suchtmedizin. Angestellt bei der Stadt Dortmund biete ich hausärztliche Basisversorgung an für Obdachlose, Wohnungslose, Menschen ohne Krankenversicherung und Menschen in sozialen Notlagen.

Was hat Sie motiviert, diesen beruflichen Weg einzuschlagen?

Der Fokus auf Menschen, die in Armut leben, hat mich schon lange begleitet. Nach dem Abitur habe ich ein Auslandsjahr in Guatemala gemacht und dort auf dem Dorf und in den Siedlungen viel sehr basale existenzielle Not gesehen – aber auch, wie die Menschen unter diesen Umständen ihre Form von Normalität leben. Eigentlich war meine Motivation zum Medizinstudium auch, später international zu arbeiten. Entsprechend habe ich während meines Studiums Auslandsaufenthalte in Argentinien, Bolivien, Mexiko, Frankreich und Israel eingelegt. Ich habe aber früh gelernt, dass klassische Entwicklungs„hilfe“ auch ein Ausdruck von Kolonialismus und westlicher Überheblichkeit ist und nicht unserem heutigen Verständnis von Augenhöhe und gegenseitigem Respekt entspricht. Also habe ich meine Berufstätigkeit in Deutschland begonnen, immer aber mit dem gewissen Störgefühl, dass ich „dafür“ – für mein Empfinden wirtschaftlich orientierte

„Mainstream“-Medizin – nicht studiert hatte. Stationen meiner Weiterbildung waren u. a. die Innere Medizin im St. Josefs Hospital in Dortmund-Hörde, ein Jahr Hausarztpraxis in Dortmund, ein Jahr konservative Orthopädie in Kamp-Lintfort und ein weiteres hausärztliches Jahr in der Dortmunder Nordstadt. Parallel begann ich, ehrenamtlich in der Obdachlosenpraxis am Gast-Haus e. V. in Dortmund mitzuarbeiten. Als ich mich gegen Ende meiner Facharztweiterbildung umsah, wie es für mich weitergehen sollte, wurde eine Stelle bei der Stadt Dortmund frei. Das bot mir die Chance, meine ehrenamtliche Nebentätigkeit zum Hauptjob zu machen und endlich mit vollem Fokus das tun zu dürfen, wofür ich brannte.

Welche fachlichen Qualifikationen und persönlichen Eigenschaften sollte man für diese Tätigkeit mitbringen?

Das Wichtigste für unseren Arbeitsbereich ist m. E. die wohlwollende, respektvolle Haltung gegenüber denen, die bei uns Hilfe suchen. Ich staune immer wieder, unter welchen widrigen Umständen Menschen Wege finden, um zu überleben. Ich staune auch über ihre Widerstandskraft: Vieles, was ihnen widerfährt, hätte mich komplett zerlegt. Ich profitiere sehr davon, über psychotherapeutische und suchtmittelmedizinische Kenntnisse zu verfügen. Die allermeisten unserer Patientinnen und Patienten sind schwer traumatisiert: Grob geschlagen, sexuell missbraucht, verlassen und vernachlässigt, sie hatten psychisch und suchtkranke Eltern. Viele haben selbst früh mit dem Konsum begonnen und konsumieren auch heute, weil sie von Flashbacks und Alpträumen verfolgt werden und ihre Emotionen nicht regulieren können. Manche kommen aber auch erst durch die Wohnungslosigkeit zum Konsum, was besonders bedauernd ist, weil es vermeidbar wäre und die Rehabilitation deutlich erschwert.



Miriam Rubens arbeitet im Gesundheitsamt Dortmund. Foto: kd

Mit meinem Hintergrundwissen kann ich Verständnis zeigen für ihr Verhalten, so gut es geht für Transparenz und Sicherheit im Kontakt sorgen, mit ihnen wirklich sachlich über mögliche Alternativen zum Konsum sprechen, Ängste berücksichtigen, realistische Perspektiven explorieren, Rückfälle und Zeiten ohne Veränderung gelassen nehmen und wohlwollend begleiten.

Es hilft, sich Skills in der Gesprächsführung anzueignen. Es schadet auch nichts, sich in Wundversorgung und psychiatrischer Medikation auszukennen.

Viele Patienten sind nicht Deutsch-Muttersprachler. Eigene Erfahrungen im Ausland helfen mir, sprachliche und kulturelle Herausforderungen „sportlich“ zu nehmen. Ich bemühe mich um einfache Sprache und weiß auch, wie hilflos man sich fühlen kann, wenn man nicht verstanden wird. Ich lerne selbst Sprachen meiner Patienten, bisher Rumänisch und Polnisch, nächstes Ziel ist Türkisch. Grundkenntnisse reichen oft, um die Beziehung und die Kommunikation erheblich zu verbessern. Übrigens sind auch viele Patientinnen und Patienten quer durch die Nationalitäten gar nicht oder nur rudimentär alphabetisiert. Da braucht es schon mal Kreativität, um die Medikamenteneinnahme oder den Weg zu Sozialarbeitenden oder fachärztlicher Versorgung zu vermitteln. Viele unserer Patienten schaffen es

Junge Ärzte



Serie

einfach nicht in die fachärztliche Praxis oder haben Berührungängste und schämen sich. Ich bin dankbar für ein breites Netzwerk an niedergelassenen und stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen, die ich mit Fragen kontaktieren darf und so Wege abkürzen kann, wo es notwendig ist.

Mir ist ein Aspekt noch besonders wichtig: Wir haben eine lange gesellschaftliche Tradition, Armut, Wohnungslosigkeit und Sucht zu individualisieren, ein achselzuckendes „selbst schuld“ ist manchmal unsere Form, uns abzugrenzen wo wir uns überfordert fühlen. In meinen viereinhalb Jahren in dieser Arbeit habe ich mitbekommen, wie hart die Menschen kämpfen, wie viel Ungerechtigkeit sie erfahren. Leider sind die Hilfsstrukturen historisch streng getrennt gewachsen und es gibt wenig Schnittstellen. Die Betroffenen bekommen daher aus strukturellen Gründen nicht die Behandlung, die sie brauchen.

Allein dieses Jahr sind mir drei Menschen begegnet, die ihre Wohnung durch verzögerte Bearbeitung ihrer Anträge oder versehentliches Nicht-Überweisen der Miete vom Amt verloren haben. Ein Patient sollte nach zehn Jahren Obdachlosigkeit das Kündigungsschreiben seines letzten Arbeitgebers vorlegen, sonst bekäme er keine Sozialleistungen. Wir haben Patienten, die aus guten Berufen heraus psychisch krank geworden sind, ihren zuletzt privaten Versicherungsschutz verloren haben und jetzt von keiner Versicherung mehr aufgenommen werden. Wir begleiten Menschen, die als billige Arbeitskräfte hierher gelockt wurden, durch Krankheit oder Verletzung ihre Arbeit und damit auch ihre Behelfsunterkunft verlieren. Es kann jeden treffen. Armut, Sucht und Wohnungslosigkeit haben viele Gesichter und unser Netz hat leider viele große Lücken.

Ich bezeichne unsere Zielgruppe gelegentlich als die „Intensiv-Patienten unserer Gesellschaft“: Sie sind schwerst krank an Körper, Seele und sozialen Verhältnissen und haben sich ihr Schicksal nicht selbst ausgesucht. Ihre Not wird oft missverstanden, denn nicht immer können sie diese in gepflegte, angepasste Worte fassen. Manchmal rasten sie eben auch aus oder suchen sich irgendeine Behelfslösung zum Überleben, die dann z. B. Diebstahl, Prostitution, Schwarzfahren oder Substanzkonsum heißt. Sie brauchen frühe, gut koordinierte intensi-

ve interprofessionelle Hilfe — oder die Verelendung schreitet weiter voran und wird irreversibel. Im Gegensatz zu medizinischen Intensivstationen ist aber das Hilfesystem bei Weitem nicht so gut ausgestattet, die Stigmatisierung setzt sich strukturell fort.

Wie sieht ein typischer Arbeitstag aus?

Ein typischer Arbeitstag von mir beginnt damit, in unsere Praxisräume im Gesundheitsamt Nord zu gehen, wo ich auf meine ärztliche Kollegin, unsere zwei MFAs und die Kolleginnen und Kollegen aus den benachbarten Teams (Soziale Arbeit, Psychiatrische Versorgung, Methadonsubstitution) treffe. Die offenen Sprechstunden finden sowohl in den Räumen unserer Gesundheitsamt-Filiale statt als auch in anderen Einrichtungen des Hilfesystems, die wir nach einem festen Sprechstundenplan anfahren. Es kommen meist zwischen 10 und 20 Personen an einem Vormittag. Da die Menschen, die zu uns kommen, sehr heterogen sind, gibt es schon mal Spannungen im Wartebereich.

So unterschiedlich die Menschen, so unterschiedlich die Anliegen. Von der infizierten Unterschenkelwunde über Schlaflosigkeit, chronische Hepatitiden, Luftnot, unklare Ganzkörperschmerzen, Diabetes, diverse Formen von Wahn, Erfrierungen, Thrombosen, Ohrenschmalz und Krebsverdacht ist alles dabei. In den Praxisräumen können wir z. B. Sono, EKG und Blutabnahmen durchführen. Die somatische Behandlung wird durch die Wohnungslosigkeit, eine psychische Erkrankung, fehlende Versicherung, sprachliche Hürden oder andere Kontextfaktoren zum individualisierten Kunstwerk.

Am Mittag bleibt meist nur kurz Zeit zum Biss ins Brot, es wartet die Nachmittagssprechstunde. Ich packe Material zusammen, schnappe den Rucksack mit Diagnostik- und Erstversorgungsausstattung und mache mich mit Rad oder Auto auf den Weg. Jeder Sprechstundenort hat seine eigene Klientel.

Was würden Sie einer angehenden Assistenzärztin bzw. einem angehenden Assistenzarzt raten, der/die einen ähnlichen Weg einschlagen möchte?

Ich empfinde meine — unsere — Arbeit jeden Tag als unmittelbar sinnvoll. Sicher können wir nicht jede Lebensgeschichte wenden, und für manche Dinge braucht es einen langen Atem. Aber in den meisten Fällen können

wir wirklich etwas zum Guten verändern, Not lindern, Behandlungskontinuität gewährleisten in unversicherten Umbruchszeiten, kleine und größere Wunder bewirken. Neben der Sinnhaftigkeit gefällt mir auch die große Vielseitigkeit und Abwechslung. Es wird nie langweilig.

Die Möglichkeit, diese Tätigkeit hauptamtlich auszuüben, gibt es neben Dortmund z. B. auch in Köln und in Mainz. Sonst sind es überwiegend ehrenamtliche Initiativen. Auf www.bagw.de (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe) gibt es ein Suchportal, dort findet man einen Großteil der Angebote. Dort kann man sich ehrenamtlich einbringen und so schon früh Erfahrungen sammeln und das lokale Netzwerk besser kennenlernen. Im Rückblick weiß ich, dass mir viele prekär lebende Menschen schon in meiner Weiterbildungszeit begegnet sind. Ich habe sie zwar bemerkt, aber würde ihnen heute anders begegnen.

Gab es Ereignisse, die Sie besonders geprägt haben?

Es gab zwei etwas abenteuerliche Episoden: Einmal haben wir einen Herzinfarkt „am Straßenrand“ medikamentös behandelt, weil der Patient partout nicht ins Krankenhaus gehen wollte. Also täglich „Visite“, EKG, Anpassung der Medikamente. Er hat es gut überstanden, ist dann aber leider der großen Hitze im Sommer 2022 zum Opfer gefallen — Obdachlose haben keinen Hitzeschutz! Ein anderes Mal habe ich einen Patienten „am Straßenrand“ durch eine Alkoholentgiftung begleitet. Er war nicht versichert, hatte aber die Möglichkeit, nüchtern in eine caritative Wohneinrichtung zurückzukehren. Dass er das wirklich geschafft hat, war ein respektabler Akt der Selbstdisziplin!

Ich feiere meinen jungen Patienten, der bei unserer ersten Begegnung wohnungslos war und alles konsumiert hat, was er kriegen konnte. Mit multimodaler ADHS-Behandlung ist er konsumfrei, lebt inzwischen in Norddeutschland und scheint seinen inneren Frieden gefunden zu haben. Ich trauere um die Menschen, die wir in ihrer Psychose nicht erreichen konnten und die von inneren Feinden bis in den Tod verfolgt worden sind. Schizophrenie is a bitch! Ich trauere auch mit der Frau, die sich über die Jahre unseres Kontaktes mühevoll von Kokain, Gras und Alkohol weggekämpft hat. Dann hat eine Hirnblutung alle Träume von neuer Leichtigkeit vernichtet.

Und ich kann es bis heute kaum glauben, dass die überdimensionierten Unterschenkel-Ulcera meines lebenswürdigen, wahnhaften Seniorpatienten tatsächlich geheilt sind. Er war aus dem Krankenhaus ausgebüxt, weil ihm die Beine amputiert werden sollten. Nach zehn Jahren Obdachlosenübernachtungsstelle und drei Jahren Wohnprojekt hat er jetzt eine würdige Bleibe in einer altersgerechten Einrichtung gefunden. Erlebte Biographien, wie wir sie in der hausärztlichen Medizin kennen — mit dem gewissen „Extra“!