

Zeit der Anwerbung von Arbeitsmigranten und -migrantinnen für den Wiederaufbau der Bundesrepublik in den Nachkriegsjahren war vorbei und die weitere Anwesenheit dieser Menschen in Vergessenheit geraten. Nach dem Zusammenbruch der sozialistischen Staaten in Osteuropa begannen Zuwanderungsbewegungen in die Bundesrepublik in einem hohem Maße. Als *Michail Gorbatschow* 1985 in der UdSSR an die Macht kam, wurden die Auswanderungsgesetze für die deutschstämmige Bevölkerung liberalisiert. Diese Tatsache und auch die gleichzeitig sich verschlechternden Wirtschaftsbedingungen innerhalb der Sowjetunion motivierten viele deutschstämmigen Familien zur Ausreise nach Deutschland.

So ist die Ausländerzahl zum Beispiel in Hamburg in den letzten fünf Jahren deutlich gestiegen. Sie beträgt zurzeit 272 604 und macht damit 15,7 Prozent der Bevölkerung Hamburgs aus. In den psychiatrischen Abteilungen des Klinikums Nord Ochsenszoll hat sich der Anteil ausländischer Patienten und Patientinnen in den letzten vier Jahren verdoppelt und liegt mittlerweile bei circa dreizehn Prozent. Der Anteil der Russisch sprechenden Migrantinnen und Migranten im Versorgungsbereich des Klinikums Nord Hamburg liegt bei ungefähr sechs Prozent. Von diesen sind fünf Prozent Aussiedler und Aussiedlerinnen, daneben gibt es eine kleine Gruppe Russisch sprechender Asylbewerber und -bewerberinnen und Kontingentflüchtlinge jüdischen Glaubens aus verschiedenen Republiken der ehemaligen UdSSR sowie Kriegsflüchtlinge aus Armenien und Tschetschenien.

Der psychiatrische Bereich des Krankenhauses Ochsenszoll besteht aus sieben Abteilungen. Die Psychiatrie im Klinikum Nord Ochsenszoll arbeitet nach dem Prinzip der inneren Sektorisierung. Die Abteilung III hat zusätzlich den Auftrag, Migrantinnen und Migranten aus dem russischen Sprachraum zu behandeln, und beschäftigt sich unter anderem mit Problemen der sozialen Eingliederung und Anpassung in eine fremde Gesellschaft. In der Abteilung werden vorwiegend Patienten und Patientinnen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren behandelt. Die Verweildauer beträgt durchschnittlich drei Wochen, in begründeten Ausnahmefällen kann sich die Aufenthaltsdauer um mehrere Monate verlängern. Es werden überwiegend Psychosen, Neurosen, depressive Erkrankungen sowie Angststörungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen behandelt.

Zurzeit bietet die Abteilung III für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Nord Ochsenszoll durch muttersprachlich Russisch sprechende Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte ein befriedigendes Angebot

für die Migrantinnen und Migranten. Doch zeigen die Erfahrungen, dass eine ambulante Weiterversorgung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten trotz deren Engagements auf Grund der Sprachbarriere immer wieder scheitert.

Sprachbarrieren sind Verständnisbarrieren

Bei der Behandlung psychisch erkrankter Migrantinnen und Migranten nehmen die sprachbedingten Probleme eine zentrale Stellung ein. So sind Gefühle und Erinnerungen an die Muttersprache gebunden, deswegen wirken Patienten und Patientinnen, wenn sie in ihrer Zweitsprache befragt werden, oft emotionslos, selbst bei der Schilderung eigentlich belastender Ereignisse. Es ist leicht vorstellbar, dass die Unkenntnis dieses Phänomens zu Fehleinschätzungen bei der Erstellung des diagnostischen Befundes führen und somit schwer wiegende Folgen nach sich ziehen kann.

Neben der verbalen Sprache gilt es auch, die Körpersprache bei der Behandlung von Migranten und Migrantinnen zu berücksichtigen. Allgemein bekannt ist, dass Körpersprache in den verschiedenen Kulturen einen unterschiedlichen Stellenwert besitzt. Die Nichtberücksichtigung kann deshalb zu diagnostischen Fehleinschätzungen führen. Darüber hinaus ist für das Verständnis ausländischer Migrantinnen und Migranten die Kenntnis des kulturellen Hintergrundes entscheidend. Eine adäquate Behandlung psychisch erkrankter Migranten und Migrantinnen ist sonst nicht oder nur schwer möglich. Ein Beispiel: Eine koreanische Patientin, die sich in der bisherigen Therapie als sehr wortkarg erwiesen hatte, gab eines Tages als Grund für ihr Verhalten an, dass nach Vorstellungen in ihrem Land ein aufrichtiger Mensch sich nicht zu erklären bräuchte, nur ein falscher Mensch würde viel reden.

Es wurde auch festgestellt, dass psychotische Patienten und Patientinnen mit Fortschreiten ihrer Erkrankung die Fähigkeit verlieren, eine vor Krankheitsbeginn perfekt beherrschte Zweitsprache zu sprechen, sie können aber nach Abklingen der akuten Symptomatik wieder auf diese zurückgreifen. In einer Studie (*Haasen u.a. 1999*) wurde ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Sprachproblemen und der Art der Einweisung in das Krankenhaus gezeigt. Ein Vergleich der Migranten und Migrantinnen mit und ohne Sprachprobleme ergab, dass ein doppelt so hoher Prozentanteil der Migrantengruppe mit Sprachproblemen zwangsweise eingewiesen wurde. Dafür gibt es vermutlich mindestens zwei Gründe:

▲ Sprachprobleme erhöhen die Wahrscheinlichkeit

von Situationen, in denen die Patientin oder der Patient nicht verstanden werden und daher Gefühle von Ablehnung und Angst entstehen. In kritischen Situationen kann dies schneller zu einem Kontakt mit Polizei oder Ordnungsamt führen.

▲ Für erkrankte Migranten und Migrantinnen, die der einheimischen Sprache nicht mächtig sind, ist es sehr viel schwieriger, adäquate und rechtzeitige Beratung und Hilfe zu finden. Dies verhindert einen frühzeitigen Beginn der Behandlung, bis eine zwangsweise Therapie letztendlich unvermeidlich wird.

Es besteht auch ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Sprachproblemen und den diagnostischen Befunden: Bei Migranten und Migrantinnen mit Sprachproblemen wurden unter anderem signifikant häufiger psychotische Symptome (Wahngedanken, Aggressivität und manische Symptome) dokumentiert, dagegen weniger depressive Symptome. Außerdem fanden sich Anzeichen für Fehldiagnosen bei diesen Patienten und Patientinnen. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Behandlung psychisch erkrankter Migranten und Migrantinnen mit Sprachproblemen nicht adäquat verläuft. Insofern war der Gedanke, direkt bei diesen Problemen anzusetzen und einen Sprachkurs in das Angebot der Abteilung III aufzunehmen, nahe liegend.

Das Projekt Deutschkurs

Das Projekt Deutschkurs wurde ursprünglich für Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion geplant. Parallel zu dem Sprachkurs für die Russisch sprechenden Patienten und Patientinnen konnten wir erstmals 1994 einen multinationalen Deutschkurs für die Patienten und Patientinnen unterschiedlichster nationaler Herkunft auf Station organisieren. Die Kursinhalte wurden dem Bedarf und den Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten angepasst. Ansatzpunkt und Ziel war es, sie zu motivieren, nach der Entlassung möglichst mit Kursen an der Volkshochschule oder anderen Einrichtungen fortzufahren. Es geht darüber hinaus darum, die Wahrnehmung der Patienten und Patientinnen zu schulen, die Konzentrationsfähigkeit zu verbessern und eine allgemeine Orientierungsfähigkeit im Alltagsleben zu erreichen. Die Inhalte des Konzepts zielen daher ganz konkret auf die Bewältigung des Alltags hin.

Die Anmeldung der stationären Patientinnen und Patienten erfolgt über ein Gutachten des behandelnden Arztes beziehungsweise der Therapeutin. Das Gutachten beinhaltet alle wichtigen Fragestellungen zur Sprachthematik, zum Verhalten der Patientinnen und Patienten und zum Aufenthaltsstatus. Die zuständige Sozialpädagogin führt nach Konsil-

eingang ein Informationsgespräch mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen sowie den Therapeuten und Therapeutinnen der Patientin oder des Patienten. Dies ist notwendig, um bestimmte Themen während des Unterrichtes, die traumatische Erinnerungen auslösen könnten, zu vermeiden. Ebenso nehme ich den Erstkontakt mit dem Patienten oder der Patientin auf. Danach wird über die Aufnahme entschieden. Der Patient oder die Patientin erhält daraufhin einen Therapiepass, in den die einzelnen Kurstermine eingetragen und durch die Kursleiterin abgezeichnet werden. Für die behandelnde Station ist so eine Kontrolle der vereinbarten Teilnahme jederzeit möglich.

Durch den Einsatz von Rollenspielen und praktischen Übungen soll das Verständnis der deutschen Sprache, die mündliche und schriftliche Sprache erlernt werden. Die grammatischen Übungen werden integriert. Übergeordnetes Ziel ist dabei, dass sich die Kursteilnehmer und -teilnehmerinnen innerhalb der Station wie auch außerhalb der Klinik selbstständiger im Alltag zurecht finden. Die Inhalte und Schwierigkeitsgrade richten sich nach den jeweiligen Bedürfnissen. Im Einzelnen werden folgende Unterziele verfolgt:

▲ *Sprache als Mittel der Integration in den Stationsalltag:* Ziel ist hier das Verständnis der wichtigsten Vokabeln, um sich im Stationsalltag zu orientieren und eine Kommunikation mit dem Stationsteam, den Mitpatienten und -patientinnen und eine Verständigung im Arzt-Therapeutengespräch zu ermöglichen. Themen sind zum Beispiel: Kontaktaufnahme, Begrüßung, Ablauf des Stationsalltages, Mahlzeiten, Gegenstände im Alltag, Körperteile benennen, Beschwerden beschreiben, Krankheiten benennen, Ablauf und typische Dialoge von Praxisprechstunden.

▲ *Der Sprachkurs als therapeutisches Geschehen:* Für die psychisch erkrankten Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer kann der Sprachkurs eine hohe Anforderung bedeuten. Deshalb muss eine Motivation, den Kurs aufzusuchen, vorhanden sein. Der Veranstaltungsort muss aufgesucht werden, die Teilnahme am Gruppengeschehen und die Teilnahme am Unterricht müssen bewältigt werden können. Neben dem Erlernen der deutschen Sprache wird weiterhin die Konzentrationsfähigkeit angeregt, es werden Gedächtnisleistungen trainiert sowie die Wahrnehmungssicherheit und die Orientierungsfähigkeit im Alltagsleben gefördert.

▲ *Sprache als Mittel der Integration in außerstationäre Angebote:* Um etwa Besuche des Sozialtherapeutischen Zentrums, des Cafes oder von Kursen aller

Art zu erleichtern, werden im Sprachkurs die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung, das Lesen von Zeitungen und Veranstaltungskalendern sowie das Einholen von Auskünften, das Treffen von Verabredungen und das Führen von Telefonaten geübt.

▲ *Sprache als Mittel der Integration in den Alltag:* Hier werden Bereiche wie Essen und Trinken, Einkaufen, Wohnen, Orientierung in der Stadt, Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, Umgang mit wichtigen Institutionen (Arbeits-, Sozial-, Wohnungs-, Ausländeramt, Beratungsstellen), Berufe und Stellensuche thematisiert. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer und Teilnehmerinnen betrug bei den klinischen Kursen 43 Jahre, die Gruppenstärke lag durchschnittlich bei fünf Personen. Von wieder aufgenommenen Kranken wissen wir, dass viele sich von den Sprachkursen außerhalb der Klinik überfordert fühlen. Außerdem leben viele von ihnen von Arbeitslosengeld II, sie sind nicht in der Lage, die Sprachkurse selbst zu finanzieren. Die Rückmeldung von den Kollegen und Kolleginnen auf Station ist gut. Nach ihrer Einschätzung hat sich die Integration der Betroffenen in den Stations- und Behandlungsalltag verbessert.

▲ *Ansatzweiterung – Aufbau eines nachklinischen Angebotes:* Mit der zunehmenden Verkürzung der Liegezeiten sind wir allerdings im klinischen Bereich zunehmend gezwungen, bestimmte langfristig angelegte Rehabilitationsstrategien eher nur vorzubereiten, modellhaft zu initiieren und schließlich umzusetzen. Mit der Entlassung der Patienten und Patientinnen muss jedoch der „soziale Empfangsraum“ so organisiert sein, dass diese Ansätze weiter aufgegriffen und entwickelt werden können. Insbesondere bei den Menschen aus dem russischen Sprachraum registrieren wir mit deren Entlassung aus der Klinik oftmals eine individuelle Rückzugstendenz, die sozialen Integrationsbemühungen entgegensteht. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen mit dem Sprachförderprogramm auf den Stationen wissen wir, dass dieser Ansatz für eine große Anzahl psychisch kranker Migranten und Migrantinnen im außerklinischen beziehungsweise im nachklinischen Bereich fehlt oder in nicht adäquatem Maße vorhanden ist.

Nachklinisches Angebot

Gemeinsam mit dem Hamburger Verein der Deutschen aus Russland e.V. konnte jetzt ein Brücke in die nachklinische Versorgung geschlagen werden. Dieser Schritt hat sich im Laufe der langjährigen klinischen Arbeit als notwendig und überfällig gezeigt. Der klinische Sprachkurs kann nur als wichtige Anregung, Erfahrung mit einer Form der Erwachsenenbildung und als Hilfe zur Integration in nachklini-

sche Maßnahmen verstanden werden. Bislang fehlten nachklinische Angebote, die den Bedürfnissen und Fähigkeiten dieser Personengruppe gerecht werden konnten. Die oftmals vorzufindende hohe Rückzugsbereitschaft der betroffenen Patientengruppe steht für die subjektive Seite dieses Problems.

Die jetzt geplanten Sprachkurse sollen gezielt nachklinisch angeboten werden und auch außerhalb einer Klinik stattfinden. Die Sprachförderkurse werden mit zusätzlichen Informationsblöcken angereichert, die sich mit alltagspraktischen Fragen auseinandersetzen. So wird zum Beispiel über Sozial-, Miet- und Arbeitsrecht sowie über Verschuldungsrisiken informiert. Aber auch psychoedukative Informationen werden in der Gruppe präsentiert. Dieser Kurs soll von einem Psychologen und Lehrer angeboten werden, der selbst aus dem russischen Sprachraum stammt. Nur durch das besondere Engagement des Hamburger Spendenparlamentes konnte der Ansatz in der beschriebenen Form erweitert werden. Wir danken den Mitgliedern der Finanzkommission besonders dafür.

Anmerkung

1 Übersetzung durch Frau Belinda Dolega-Pappé, Berlin

Literatur

Haasen, Chr. u.a.: Auswirkung von Sprachproblemen in der stationären Behandlung von Migranten. In *Krankenhauspsychiatrie* 10/1999, S. 91-95

Handbuch für Ausländerfragen. Bonn 1997

Hill, J. u.a.: *Transkulturelle Psychiatrie und Migration im Klinikum Nord. Konzeptbeschreibung, retrospektive Analyse der Jahre 1995 bis 2004, Ausblick.* Hamburg 2002

Novikov, J.: Politischer, sozialer und psychologischer Hintergrund von russischsprachigen Migranten zum Verständnis für eine Integration. In: Assion, H.-J.: *Migration und seelische Gesundheit.* Heidelberg 2005