

Man spricht deutsch!?

**Suchtkranke MigrantInnen
- eine Herausforderung für
die Drogenhilfe -**

Dokumentation der Fachtagung
am 1. Dezember 2004 in Köln

Impressum

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln
Dezernat Gesundheit / Heilpädagogische Heime
Amt für Planung und Förderung

Redaktion: Gerda Schmieder

Textgestaltung: Monika Grollius

Druck: Hausdruckerei
Landschaftsverband Rheinland

Bestellungen: www.lvr.de

Köln, im April 2005

1. Auflage: 1 - 1.000

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

Inhalt

1. Begrüßung und Einführung in das Thema - Interkulturelle Kompetenz als Entwicklungsziel - Michael van Brederode	4
2. Einführung in das Thema unter besonderer Berücksichtigung juristischer Aspekte Dr. rer. nat. Dietmar Czycholl	8
3. Die klinische Behandlung von suchtkranken Migrantinnen und Migranten Dr. Bernhard Bätz	12
4. Medizinische Rehabilitation von suchtkranken Migrantinnen und Migranten Annette Finke Dirk Koster	24

Arbeitsgruppen

AG 1 Ambulante Drogenberatung und Qualifizierte Akutbehandlung Wolfgang Schreiber Dr. Markus Banger	35 38
AG 2 Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung Sybille Teunißen Dr. Peter Summa-Lehmann	42 46
AG 3 Migrationshilfe und Qualifizierte Akutbehandlung Arif Ünal Dr. Martin Reker	48 48

Fazit

Dr. Thomas Kuhlmann	50
---------------------	-----------

Verzeichnis der Referentinnen und Referenten	52
---	-----------

Moderation am Vormittag:

Dr. Thomas Kuhlmann
Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach

Moderation am Nachmittag:

Georg Seegers
Diözesan-Caritasverband Köln

Michael van Brederode

Begrüßung und Einführung in das Thema - Interkulturelle Kompetenz als Entwicklungsziel -

Ich freue mich, Sie für den Landschaftsverband Rheinland zu unserer Fachtagung begrüßen zu können, die sich mit Fragen der Versorgung suchtkranker Migrantinnen und Migranten befassen wird.

Begrüßen darf ich Sie auch im Namen

- des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes,
- des Diözesan-Caritasverbandes Köln,
- des Diakonischen Werkes der Ev. Kirche im Rheinland
- sowie des Fachverbandes „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger“,

die als Mitveranstalter und Mitorganisatoren einen wichtigen Beitrag zum Zustandekommen der heutigen Tagung geleistet haben.

Ich freue mich sehr, dass es im Rheinland im Bereich der Suchtkrankenhilfe zunehmend zur guten Praxis wird, Tagungen gemeinsam zu organisieren.

Dies ist zum einen Ausdruck einer zunehmend engen Zusammenarbeit zwischen den Verbänden, die hier im Rheinland Verantwortung für die Suchtkrankenhilfe übernehmen.

Und es ist zum anderen sicherlich auch der Qualität von Tagungen eher zuträglich, wenn in die Vorbereitung die Kenntnisse und Perspektiven unterschiedlicher Gruppen einfließen.

Ich möchte mich deshalb noch einmal ganz herzlich bei den Vertretern der genannten Verbände - Frau Schröder, Herrn Wedekind, Herrn Seegers und Herrn Dr. Kuhlmann für die gute Zusammenarbeit bedanken.

Wir haben bereits im November des letzten Jahres hier im Haus eine Fachtagung gehabt, in deren Mittelpunkt Menschen mit Migrationshintergrund standen. Damals ging es ganz allgemein um die psychiatrische Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe.

Anlass für die damalige Tagung war, dass vieles darauf hindeutet, dass wir Menschen mit psychischen Störungen mit den vorhandenen psychiatrischen Hilfsangeboten dann nicht gut erreichen, wenn sie aus einem anderen kulturellen Zusammenhang stammen.

Viele Migrantinnen/Migranten finden trotz eines erheblichen Problemdrucks nicht den Weg in die verfügbaren Hilfen. Und wenn sie ihn gefunden haben, werden die Angebote ihren spezifischen Problemen, Bedürfnissen und Erwartungen vielfach nicht ausreichend gerecht.

Diese - damals mit Blick auf die psychiatrische Versorgung im Allgemeinen getroffene Feststellung - gilt in besonderem Maße auch für den Teilbereich der Suchtkrankenhilfe.

Insbesondere Angehörige der zweiten und inzwischen auch schon dritten Generation der Familien mit Migrationshintergrund gelten als in erheblichem Maße suchtgefährdet oder viele sind suchtkrank.

Vieles weist also darauf hin, dass Suchtprobleme in erster Linie die Kinder aus Einwandererfamilien betreffen, von denen viele bereits hier geboren wurden, zumindest jedoch prägende Jahre ihres Lebens hier verbracht haben.

Wie groß die Zahl der Betroffenen ist und wie sich die Prävalenz zeitlich entwickelt, ist leider nicht sehr präzise zu bestimmen.

Unsere Kenntnisse über die Verbreitung von Suchterkrankungen basieren auf statistischen Untersuchungen, von denen die meisten die Frage eines Migrationshintergrundes nicht beleuchten.

Aber auch die Patienten- oder Klientenstatistiken der Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe geben hier nur sehr rudimentäre Auskunft. Ein Grund dafür ist, dass viele Statistiken den Migrationshintergrund nicht vollständig erfassen.

Statistisch erfasst wird in der Regel die Staatsangehörigkeit und die ist gerade in Bezug auf Migrantinnen/Migranten der zweiten und dritten Generation kein sicheres Merkmal mehr, weil viele bereits die deutsche Staatsangehörigkeit haben. Dies gilt in besonderem Maße für junge Aus- und Umsiedler aus osteuropäischen Ländern, die ja die deutsche Staatsangehörigkeit haben und sich hier häufig dennoch oft „fremd“ fühlen.

Dass junge Migrantinnen/Migranten in hohem Maße suchtfährdet oder suchtkrank sind, muss jedoch inzwischen als gesichert angenommen werden. Darauf verweisen die wenigen vorliegenden Untersuchungen, vor allem aber die Beobachtungen aus der Praxis.

Erklärungsansätze für die besondere Vulnerabilität von jungen Menschen mit Migrationshintergrund fokussieren deren besondere soziale Situation:

- den Kulturkonflikt, dem viele Migrantinnen/Migranten dadurch ausgesetzt sind, dass sich ihr Leben gewissermaßen in der Schnittstelle zweier unterschiedlicher Kulturen mit zum Teil unterschiedlichen Rollenvorbildern, Normen, Identifikations- und Verhaltensmustern abspielt,
- Prozesse der sozialen Marginalisierung in Folge eines niedrigen sozialen

Status und tatsächlicher oder subjektiv erfahrener Diskriminierung

- und den Wegfall protektiver Faktoren infolge der Auflösung traditioneller Wertemuster, familiärer Strukturen und fehlender Zukunftsperspektiven.

Wir müssen die Warnzeichen, die auf eine besondere Betroffenheit junger Migrantinnen/Migranten von Suchtphänomenen schließen lassen, sehr ernst nehmen.

Im Rheinland leben etwa 1,3 Mio. Einwohner mit einem ausländischen Pass, das sind 13,7% der rund 9,6 Mio. Einwohner. Hinzu kommen Eingebürgerte sowie Aus- und Übersiedler. Letztere werden auf ca. 350.000 Menschen geschätzt.

Eine sehr große Gruppe also mit hoher soziodemographischer Bedeutung. Denn: Migrantinnen/Migranten sind deutlich jünger als die deutsche Bevölkerung. In der Altersklasse bis 14 Jahren liegt der Anteil ausländischer Kinder- und Jugendlicher in der Stadt Köln etwa bei ca. 40%.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aus Migrantenfamilien sind damit ein wichtiger Bestandteil unserer demographischen Zukunft. Eine besondere Suchtbelastung in dieser Gruppe mit all ihren Folgen für die schulische, berufliche und soziale Sozialisation muss auch deshalb sehr beunruhigen.

Hier bedarf es primär differenzierter und wirksamer Präventionskonzepte. Das ist schnell gesagt, aber schwer getan, denn gerade die Prävention ist ein schwieriges Unterfangen und selbst die elaboriertesten Präventionsstrategien sind leider vielfach machtlos gegen die Übermacht anderer, Suchtentstehung begünstigender Faktoren.

Dennoch sollten wir uns das deutlich machen, auch wenn wir heute primär nicht über Fragen der Primärprävention sondern der Behandlung sprechen.

Prävention ist mit Blick auf die Migrationsbevölkerung ein besonderer gesellschaftlicher Auftrag, denn hier ist Prävention auch gleichbedeutend mit Integration.

Wir befinden uns ja gerade in einer gesellschaftspolitischen Phase, in der die Fehler und Versäumnisse, die auf diesem Feld in den vergangenen Jahrzehnten gemacht wurden, noch einmal breiter kritisch thematisiert werden.

Ungeachtet des unbedingten Vorrangs von Prävention muss parallel sichergestellt werden, dass im Bedarfsfall Hilfe nicht nur theoretisch verfügbar ist, sondern auch in Anspruch genommen wird und das im Idealfall in einem möglichst frühen Stadium der Suchtentstehung.

Die heutige Tagung soll sich u. a. mit der Frage auseinandersetzen, wie gewährleistet werden kann, dass Angebote der Suchtkrankenhilfe Menschen mit Migrationshintergrund besser - d. h. vor allem auch rechtzeitig - erreichen.

Es geht damit um Barrieren, die eine Inanspruchnahme von Hilfen verhindern und um die Frage, wie diese Barrieren beseitigt werden können.

Voraussetzung hierfür ist es, Barrieren überhaupt erst wahrzunehmen und zu verstehen. Ein in diesem Zusammenhang häufig verwendeter Begriff ist der der „Interkulturellen Kompetenz“.

Einer der Referenten der bereits zitierten Tagung im letzten Jahr - Thomas Hege- mann - hat diesen Begriff wie ich finde sehr plastisch mit der Fähigkeit übersetzt, sich auf den kulturellen Landkarten kundig zu machen, nach denen Menschen durch ihr Leben reisen.

- Das sind Leitvorstellungen zu Rollen und Beziehungen:
Über den Umgang zwischen Männern und Frauen, zum Konzept, was Mannsein, Frausein eigentlich bedeutet, zum Umgang zwischen Älteren und Jüngeren, zum Verhältnis zwi-

schen Familie und Außenwelt - um nur einige Faktoren zu benennen.

- Das sind aber auch Vorstellungen zu der Frage, was normal und anormal ist und wie mit Abweichungen von der vermeintlichen Normalität angemessen umzugehen ist.
Stärker noch als deutsche Familien scheinen viele Migrantenfamilien psychische Erkrankungen vor allem auch Sucht zu tabuisieren, nicht zur Kenntnis zu nehmen, sie weg schweigen zu wollen.
- Und natürlich sind damit verbunden auch Ideen bezüglich einer angemessenen Behandlung von Menschen, die aufgrund ihrer anderen kulturellen Prägung andere Erwartungen an Hilfen haben.

Es ist sicherlich unbestritten, dass Muttersprachlichkeit der Helfer interkulturelle Kompetenz erheblich erleichtert. Helfer, die mit ihren Klientinnen/Klienten die kulturelle Herkunft, aber auch die Erfahrung, hier in Deutschland zu leben, teilen sind sicherlich am besten gerüstet, diese zu verstehen und adäquat anzusprechen.

Es wäre jedoch verfehlt, interkulturelle Kompetenz als exklusive Aufgabe ausschließlich den muttersprachlichen Behandlern und Helfern zuzuweisen. Nach dem Motto „Dafür ist bei uns Herr Yenin zuständig“.

Dies ist schon allein deshalb der falsche Weg, weil sich unter den Bedingungen unseres Gesundheits- und Sozialsystems muttersprachliche Kompetenz aktuell nicht flächendeckend

- in jeder Einrichtung und jedem Dienst,
- und für jede der unterschiedlichen Kulturen, die unsere Gesellschaft teilen und prägen,

abbilden lässt.

Hieraus die Forderung nach ethnisch orientierten Spezialeinrichtungen abzuleiten, wäre meines Erachtens der falsche Weg,

weil er uns dem Ziel der Integration nicht näher bringt, sondern davon wegführt.

Interkulturelle Kompetenz ist vielmehr als eine allgemeine Anforderung

- an die Professionalisierung der Helferberufe
- und die Konzeptionierung der Einrichtungen und Dienste zu verstehen,

zu der allerdings muttersprachliche Kolleginnen und Kollegen einen wesentlichen Beitrag leisten können und müssen. Ohne muttersprachliche Profis geht's nicht.

Sie werden heute Gelegenheit haben, sich eingehend mit Praxismodellen für migrantenspezifische Arbeitsansätze in Einrichtungen und Diensten der Suchtkrankenhilfe zu befassen. Ich hoffe, dass diese Tagung damit einen zumindest kleinen Beitrag zur Weiterentwicklung interkultureller Kompetenz hier in der Region leisten kann.

Ich wünsche Ihnen einen interessanten Verlauf und darf damit das Wort an Herrn Dr. Kuhlmann weitergeben, der den heutigen Vormittag moderieren wird.

Dr. Dietmar Czycholl

Einführung in das Thema unter besonderer Berücksichtigung juristischer Aspekte

Defizite in der Versorgung suchtkranker Migrantinnen/Migranten*

Vielen Fachleuten, die im Suchthilfesystem arbeiten, mag es selbstverständlich erscheinen, dass allen Menschen, die in der BRD leben, gleichermaßen ein Recht auf Hilfe zukommt, sobald sie solcher Hilfe aufgrund von Suchtgefährdung oder -krankheit bedürfen. Tatsächlich aber gilt dies für einen bedeutenden Teil der Bevölkerung nicht: viele Menschen in der BRD haben entweder nicht dieses Recht auf Hilfe oder aber sie können es nicht ungehindert wahrnehmen.

Etwa 10 % der Bevölkerung der BRD sind Zuwanderer. In der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen ist dieser Prozentsatz noch erheblich höher. Nach der Verteilung der Altersgruppen sowie nach der Wirkung zahlreicher Risikofaktoren, bedingt durch die psychosoziale Situation vieler Migrantinnen/Migranten, ist anzunehmen, dass in dieser Bevölkerungsgruppe der Bedarf an Leistungen der Suchthilfe besonders groß ist. Migrantinnen/Migranten sind in keiner Weise eine homogene Gruppe. Zugänge zum System der Suchthilfe können für die Angehörigen unterschiedlicher Migrantengruppen in unterschiedlicher Weise behindert sein. Einige Beispiele:

- Ein abhängigkeitskranker Asylsuchender kann sich aufgrund fehlender Anspruchsvoraussetzungen keiner Entwöhnungsbehandlung unterziehen.

- Ein drogen- oder alkoholgefährdeter Aussiedler, der erst vor verhältnismäßig kurzer Zeit zugewandert ist, nimmt die Angebote der Suchthilfe nicht wahr, weil er sie nicht kennt oder weil er aufgrund seiner Vorerfahrungen davon ausgeht, das Drogenhilfesystem sei Teil der staatlichen Repression.
- Ein drogenabhängiger „Drittstaatler“, türkischer Staatsangehörigkeit etwa, in der BRD geboren und aufgewachsen, aber mit dem aufenthaltsrechtlichen Status einer Aufenthaltserlaubnis ausgestattet, läuft bei Inanspruchnahme von Hilfeleistungen Gefahr, Ausweisungsgründe offenbar zu machen und dadurch mindestens eine Statusverschlechterung zu bewirken.
- Ein weiblicher drogenabhängiger Kontingentflüchtling aus Russland ohne Deutschkenntnisse hat keine Möglichkeit, stationäre Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen, da es keine spezialisierten Einrichtungen mit russischsprachigen Therapieangeboten gibt, die Frauen aufnehmen.
- Ein illegaler Einwanderer mit Drogen- oder Alkoholproblemen muss sich hüten, irgendwo in Erscheinung zu treten, wo seine Personalien aufgenommen werden, wird also versuchen, jede Behandlung zu vermeiden - selbst eine dringend erforderliche Akutentgiftung.

Eine Reihe von Zugangsbarrieren machen eine adäquate Versorgung von Migrantinnen/Migranten von vornherein unmöglich. Zu den typischen Zugangsbarrieren gehören nach einer Aufzählung von Gaitanides (1998) von der Seite der Migrantinnen/Migranten aus gesehen:

* überarbeitete Fassung von: Czycholl, D.: Die Lächer im Netz: Was fehlt im deutschen Suchthilfesystem? In: Rometsch, W. u. a. (Hrsg.): Best Practices - in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Russlanddeutschen in der ambulanten Suchthilfe. Forum Sucht, Bd. 34, 2003

- Sprachbarriere,
- Unkenntnis des Beratungs- und Hilfesystems,
- Misstrauen und Angst vor juristischen Konsequenzen,
- fehlende Anspruchsvoraussetzungen,
- Missverstehen durch ethnozentrische Fehldeutung,
- Ressentiments gegen verbale, insbesondere reflexive Methoden,
- ethnozentrisches, mittelschichtenorientiertes Beratungs- und Therapiesetting,
- alternatives Therapiekonzept,
- schlechte soziale Chancen.

Aber auch auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hilfesystems sind Barrieren zu beschreiben, die den Zugang von Migrantinnen/Migranten zu den Einrichtungen erschweren. Hierzu sind auch hier die Sprachbarriere sowie ethno- und soziozentrische Denk- und Auffassungsweisen zu zählen. Außerdem nennt Gaitanides (2002) u.a.:

- Überbetonung und klischeehafte Generalisierung kultureller Unterschiede,
- Colour-blindness - Leugnung der kulturellen Differenz, rassistischer und struktureller Ausgrenzung. „Wir behandeln alle gleich!“,
- Aktivierung und Abwehr verdrängter kollektiver Schuldgefühle,
- Furcht vor Mehrbelastung durch eine besonders „schwierige“ und „belastete“ Klientel - Entlastung durch Delegation an Sonderdienste,
- Professionelle Überforderungsgefühle, Kompetenzverlustängste,

- Mangelnde Bereitschaft und Energie umzulernen (Routine, Burn-out-Syndrom).

Wenn aber auch derartige Zugangsbarrieren überwunden werden können, wenn also eine Migrantin/ein Migrant Zugang zu den Diensten des Suchthilfesystems erlangt, ist damit noch längst nicht sichergestellt, dass eine adäquate Versorgung, d.h., mindestens eine Versorgung, die dem Standard der Versorgung einheimischer Klientinnen/Klienten entspricht, erfolgen kann. Viele der genannten Barrieren wirken sich vielmehr auch noch nach erfolgtem Zugang in Beratung, Therapie und anderen Situationen aus.

Überwindung der Barrieren, die einem Zugang zum Hilfesystem im Wege stehen, und solcher, die nach erfolgtem Zugang einem adäquaten Betreuungsverlauf im Wege stehen, setzt vor allem zweierlei voraus:

1. In den Arbeitsbereichen der Suchthilfe sind Veränderungen und Entwicklungen notwendig.

Mit Kompetenzen, die im Laufe der Zeit entwickelt wurden und einen gewissen Standard der Versorgung Suchtgefährdeter und -kranker ermöglichen, gelangt man in der Arbeit mit Migrantinnen/Migranten an eine Grenze, für deren Überwindung die professionelle Seite in der Arbeitsbeziehung verantwortlich ist: Nicht Hilfebedürftige müssen sich dem Hilfesystem anpassen, sondern das Hilfesystem muss so beschaffen sein, dass es, wenn es gebraucht wird, auch in Anspruch genommen werden kann. Die Facheinrichtungen stehen daher vor der Aufgabe, Prozesse interkultureller Öffnung in Gang zu setzen und die erforderlichen interkulturellen Kompetenzen zu entwickeln. Hiermit ist zweifellos die Verantwortung jeder Fachfrau und jedes Fachmannes angesprochen. Besonders aber ist die Verantwortung derjenigen angesprochen, die bei Wohlfahrtsverbänden, Leistungsträgern und anderen beteiligten Institutionen über die Definition von Leitbil-

dern, Standards und Qualitätsmerkmalen zu entscheiden haben: Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen der Suchthilfe muss als Organisationsprinzip, interkulturelle Kompetenz als Basisqualifikation angesehen werden.

2. Zur Überwindung der genannten Barrieren sollte darüber hinaus durch gesetzliche Vorgaben verpflichtet werden. „Barrierefreie Zugänge“, wie sie das Sozialgesetz endlich im wörtlichen Sinne für behinderte Menschen vorschreibt, sind gleichermaßen im übertragenen Sinne für andere Gruppen zu fordern.

Versorgungsdefizite festzustellen und zu beheben, darf nicht weiter davon abhängen, ob Leistungsträger zufällig einen Bedarf wahrnehmen oder überhaupt an dieser Wahrnehmung interessiert sind oder nicht.

Verschiedene Gruppen von Zuwanderern werden systematisch benachteiligend diskriminiert, sei es durch bestehendes Ausländer-„Recht“, sei es durch fehlende Behandlungsmöglichkeiten in den Herkunftssprachen, sei es durch Führen verschiedener Wartelisten in Kliniken, sei es durch „Kontingentierung“ bestimmter Gruppen in Einrichtungen. Solchen benachteiligenden Diskriminierungen kann, wie Beispiele verschiedener anderer Einwanderungsländer zeigen, durch entsprechend grundsätzliche gesetzliche Verbote entgegen gewirkt werden.

Als „Löcher im Netz“ sind somit vor allem zwei zu benennen:

Das Suchthilfesystem wird den Bedürfnissen vieler Migrantinnen/Migranten nicht gerecht, weil es insgesamt Zuwanderern nicht in der gleichen Weise offen steht wie Einheimischen. Erste wichtige Entwicklungsansätze sind zwar vorhanden. Sie gehen häufig von der Praxisebene aus und tragen dazu bei, dringendste Defizite

zu reduzieren. Eine systematische Entwicklung hätte jedoch interkulturelle Kompetenz als Basisqualifikation zur Voraussetzung und müsste sich in den Curricula der einschlägigen Ausbildungsgänge, in Leitbilddiskussionen, in der Formulierung von Qualitätsstandards etc. niederschlagen.

Das zweite Loch im Netz besteht aufgrund gesetzlicher Vorgaben, die nicht nur nicht zum Abbau von Versorgungsdefiziten verpflichten, die nicht nur nicht benachteiligende Diskriminierung von Migrantinnen/Migranten im Versorgungssystem verhindern, sondern, und dies betrifft in erster Linie das Aufenthaltsrecht, benachteiligende Diskriminierung auslösen. Das „Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung ...“ führt bedauerlicherweise in dieser Hinsicht zu keiner Verbesserung. Von zwingender Ausweisung, Regelausweisung und besonders Ermessensausweisung sind suchtkranke Migrantinnen/Migranten weiterhin bedroht (Artikel 1, §§ 53 ff).

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachdienste und Entscheidungsträger der Verbände sind gefordert, die Schließung der „Löcher im Netz“ zu betreiben - in erster Linie natürlich dort, wo der eigene Zuständigkeitsbereich in Frage steht. Wo immer möglich, ist aber auch auf Missstände und Defizite hinzuweisen, die nicht vom Fachbereich verantwortet werden. Sicherlich sind die Fachleute des Suchthilfesystems nicht zuständig für die Legislative. Als Experten psychosozialer Arbeit sind sie jedoch nicht nur für individuelle Hilfeleistung zuständig, sondern auch für die Identifizierung und Kritik gesellschaftlicher Bedingungen, die eine adäquate Versorgung erschweren - und möglicherweise auch nicht selten zu Symptombildungen wie der der Sucht beitragen. Und zu diesen gesellschaftlichen Bedingungen gehören - unter vielen anderen - auch die rechtlichen Bedingungen.

Versorgung suchtgefährdeter und -kranker Migrantinnen/Migranten:
Forderungen an Suchthilfe und Politik:

1. Interkulturelle Öffnung der Dienste ist als Verpflichtung für Träger und Einrichtungen festzulegen.
2. Interkulturelle Kompetenz ist den Basisqualifikationen der in Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie und Medizin tätigen Fachleute zuzurechnen; Ausbildungs-Curricula haben dem Rechnung zu tragen.
3. Interkulturelle Öffnung und Kompetenz sind als Qualitätsmerkmale von Facheinrichtungen i.S. der Qualitätssicherungsprogramme der Verbände zu definieren.
4. Durch verpflichtende Fortbildungs- und spezifische Supervisionsmaßnahmen sind die erforderlichen Veränderungen einzuleiten und zu begleiten.
5. Dem Notstand in der Versorgung suchtkranker Migrantinnen/Migranten ist durch die Schaffung einer ausreichenden Zahl spezialisierter Einrichtungen zu begegnen.
6. Gesetzliche Rahmenbedingungen müssen die adäquate Versorgung suchtgefährdeter und -kranker Migrantinnen/Migranten sicherstellen und dürfen sie nicht länger der Behörden-Willkür überlassen (Anti-Diskriminierungs-Gesetz u.a.).
7. Bestehende gesetzliche Regelungen, die bestimmte Gruppen von Migrantinnen/Migranten von Leistungen ausschließen, müssen abgeschafft werden.

Literatur:

Czycholl, D.: Krank in der Fremde oder krank durch die Fremde? In: Suchtreport 6/1997, S. 29 ff.

Czycholl, D.(Hrsg.): Sucht und Migration. Berlin 1998.

Czycholl, D.: Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe. In: Barth, W. u. C. Schubert (Hrsg.): Migration - Sucht - Hilfe: Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationsberatung. Nürnberg: emwe, 2002.

Czycholl, D.: Migration als Krise und Prozess. In: Kawamura-Reindl, G. u.a. (Hrsg.): Migration, Kriminalität und Kriminalisierung. Freiburg: Lambertus, 2002.

Gaitanides, S.: Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. In: DHS (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus, 1998.

Gaitanides, S.: Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil in der sozialen Arbeit. In: Kawamura-Reindl, G. u.a. (Hrsg.): Migration, Kriminalität und Kriminalisierung. Freiburg: Lambertus, 2002.

Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern (Zuwanderungsgesetz). In: Bundesgesetzblatt 2004 Teil I Nr 41.

Salman, R. u.a.(Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen 1999.

Dr. Bernhard Bätz

Die klinische Behandlung von suchtkranken Migrantinnen und Migranten

Problemlage

Brakhoff und Schmitobreck gingen 1982 davon aus, Migrantinnen/Migranten mit Suchtproblemen würden verstärkter Aufmerksamkeit bedürfen. Sie legten dar, dass die besondere soziale Situation ausländischer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, welche u. a. durch Beziehungsstörungen geprägt ist, zu einem „Entwurzelungssyndrom“ führen könne. Ein Symptom dieser Entwurzelung bzw. ein (untauglicher) Versuch von deren Bewältigung kann ein Missbrauch von Alkohol oder illegaler Drogen bzw. auch eine manifeste Abhängigkeit davon sein. Sie gingen davon aus, dass die „Suchtproblematik bei ausländischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mindestens im gleichen Umfang gegeben ist wie bei der vergleichbaren deutschen Bevölkerung“. Auch nahmen sie an, dass es eine kaum abschätzbare Dunkelziffer von Migrantinnen/Migranten mit Suchtproblemen gebe, welche aufgrund von Sprachbarrieren keinen Anschluss an das Suchthilfesystem gefunden haben.

Suchtmittelkonsum stellt eine besonders nahe liegende Symptombildung für migrationsspezifische Schwierigkeiten dar. So werden Scheinlösungen geboten, etwa im Sinne einer „Schein-Beziehung“, einer „Schein-Sicherheit“, einer „Schein-Geborgenheit“ (Czycholl 1997).

Bei Migrantinnen/Migranten werden allgemeine suchtfördernde Faktoren vermehrt gefunden, z. B. eine defizitäre Schulbildung, Arbeitslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive. Akkiyib (1991) beschrieb migrantenspezifische Belastungsfaktoren wie objektive Benachteiligung, Diskriminierung, geringe Kontakte zur deutschen Umwelt.

Mit der Migration und dem Leben danach in Deutschland sind häufig Veränderungen verbunden:

- Die Rollenverteilung in der Familie verändert sich, z. B. bei Arbeitslosigkeit des Mannes/Vaters, welcher bis dahin das unhinterfragte patriarchale Familienoberhaupt war, und der Berufstätigkeit der Frau/Mutter.
- Das Selbstwertgefühl wird durch die bei den Migrantinnen/Migranten besonders seit den 90er Jahren anteilmäßig höhere Arbeitslosigkeit beeinträchtigt.
- Das Leben in Milieus zusammen mit anderen Migrantinnen/Migranten gleicher oder ähnlicher Herkunft bei wenigen Kontakten zur einheimischen Bevölkerung erschwert die Integration.
- Die Erfahrung der „doppelten Diskriminierung“ bei Aussiedlerinnen und Aussiedlern (als „Deutscher“ oder „Faschist“ im Herkunftsland, als „Russe“ oder „Polacke“ in Deutschland) erschwert das ungebrochene Beibehalten einer Identität. Insbesondere bei jungen Aussiedlerinnen und Aussiedlern aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion findet sich eine vehement betriebene Selbstidentifikation als „Russe“, welche den Vorstellungen der Elterngeneration widerspricht.
- Die Idealisierung der deutschen „Heimat“, die in den Herkunftsländern der Aussiedlerinnen und Aussiedler aufrechterhalten wurde, wird mit einer Realität konfrontiert, die wenig mit

dem erträumten Heimatland gemein hat.

- Die Sprachprobleme der Migrantinnen/Migranten stellen ein erhebliches Problem dar. Die Probleme der Aussiedler z. B., die in den letzten Jahren nach Deutschland kamen, sind im allgemeinen größer als die von denen, die vor 10 Jahren ausreisten; sie sind so auch mit größeren Schwierigkeiten zu integrieren, sie fühlen sich eher als Außenseiter und verhalten sich auch so (Kemper 1999). Diese Personengruppe trifft es ganz besonders, dass die Mittel für die Sprachförderung für Aussiedler gekürzt wurden und deren Dauer reduziert wurde.

Für die Gruppe der jungen Aussiedler kann nachgehalten werden, dass sich deren Motivation zur Ausreise in den letzten Jahren verändert hat. Die Hoffnung auf materielle Besserstellung wird von Aussiedlerjugendlichen in den 90er Jahren überwiegend (39,9 %) als Ausreisemotiv genannt, gefolgt von Familienzusammenführung (26,9 %), Rückkehr in das Abstammungsland (20,2 %), Leben in einem deutschen Umfeld (19,8 %) und einer besseren Nationalitätensituation (19,8 %) (Dietz/Roll 1998). Diese Motive unterscheiden sich nach dem Herkunftsland der Aussiedler: Die Suche nach einer besseren Nationalitätensituation gaben 36,4 % der Jugendlichen aus Kirgisien an, aber nur 14,3 % von denen aus Russland. Die jungen Aussiedler aus Russland gaben hingegen am häufigsten (47,6 %) wirtschaftliche Motive an, die aus Kirgisien nur in 27,3 %. Nach einer 1997 durchgeführten Befragung standen 37 % der jugendlichen Aussiedler der Ausreise mit Freude und großen Erwartungen gegenüber (Dietz 1997). 1982 war dies bei der Hälfte der Jugendlichen der Fall (Kossolapow 1987).

Zum Umfang des Suchtproblems bei Migrantinnen/Migranten

Es ist unklar, wie groß der Anteil an Süchtigen bei den Migrantinnen/Migranten im Allgemeinen und bei spezifischen Migrantengruppen im Besonderen ist.

Ein methodisches Problem ergibt sich daraus, dass z. B. die größte Studie über ausländische Klientinnen und Klienten von Suchtberatungsstellen, welche vom Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln (1997) durchgeführt wurde, eben die Gruppe der Aussiedlerinnen und Aussiedler ausblendet. Auch die wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit“ (Schmid 1998) hob ausdrücklich auf ausländische Drogenabhängige ab.

Untersuchungen in Suchtberatungsstellen, Krankenhäusern und Kliniken erfassen nur die dort Beratenen bzw. Behandelten. Diese müssen die für Migrantinnen/Migranten spezifischen Zugangsbarrieren, wie sie von Gaitanides (1998) aufgezeigt wurden - u. a. Unkenntnis des Beratungs- und Hilfesystems, Misstrauen und Angst vor juristischen Konsequenzen, fehlende Anspruchsberechtigung zu Bezug von Leistungen für ambulante und stationäre Hilfen und Therapien bei Migrantinnen/Migranten mit ungesichertem Aufenthaltsstatus, Fehlen muttersprachlicher Berater / Helfer / Therapeuten, Unterstellung von Vorurteilen und mangelhafter Parteilichkeit -, zunächst überwinden, um die entsprechenden Behandlungsangebote überhaupt wahrnehmen zu können.

Bei einer schriftlichen Befragung von 1.196 Aussiedlerinnen/Aussiedlern und 989 Deutschen in Schulen in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 1998/1999 gaben 32,6 % der Deutschen wöchentlichen und 3,3 % täglichen Alkoholkonsum an - aber nur 14,9 % zw. 0,4 % der Aussiedlerinnen/Aussiedler. Bei einem weit gefassten Kriterium für problematischen Gebrauch illegaler Drogen stellten sich 5,0 % der befragten Deutschen als eine Problemgruppe dar, aber nur 3,2 % der Aussiedlerinnen/Aussiedler (Strobl/Kühnel 2000, S. 152 ff).

Bei Umfragen generell ergibt sich aber das Problem, dass viele Migrantinnen/Migranten um ihr Fremdbild in Deutschland wissen - Horstmann, der frü-

here Gesundheitsminister von NRW, sah die Entwicklung eines gefährlichen sozialen Sprengsatzes, mit bedingt durch den steigenden Drogenkonsum junger Aussiedlerinnen/Aussiedler (Goebels 1997) - und deshalb im Sinne sozialer Erwünschtheit antworten (Braun 1998). Daraus ergeben sich so gravierende Probleme, dass von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (1999) davon ausgegangen wird, dass „allgemeine Bevölkerungsumfragen und Schülerbefragungen keine probaten Mittel (sind), um zu zuverlässigen Prävalenzangaben zu kommen“ (EBDD 1999, S. 19).

Dem gegenüber stehen die Ergebnisse einer Untersuchung von Bauer (1996): Diese fand, dass 1995 12,7 von 1.000 Aussiedlerinnen/Aussiedlern aus den GUS-Staaten in Paderborn im Suchtbereich der dortigen psychiatrischen Klinik zum Alkoholentzug aufgenommen wurden - aber nur 4,6 von 1.000 der sonstigen Bevölkerung.

Leiter einer Migrantengruppe des Kreuzbundes berichteten in 2003, dass das Suchtproblem bei den Migrantinnen/Migranten sehr groß sei, es sei erheblich größer als beim Durchschnitt der anderen Bevölkerung. „Unter den 15- bis 25jährigen bestehen immense Drogen-

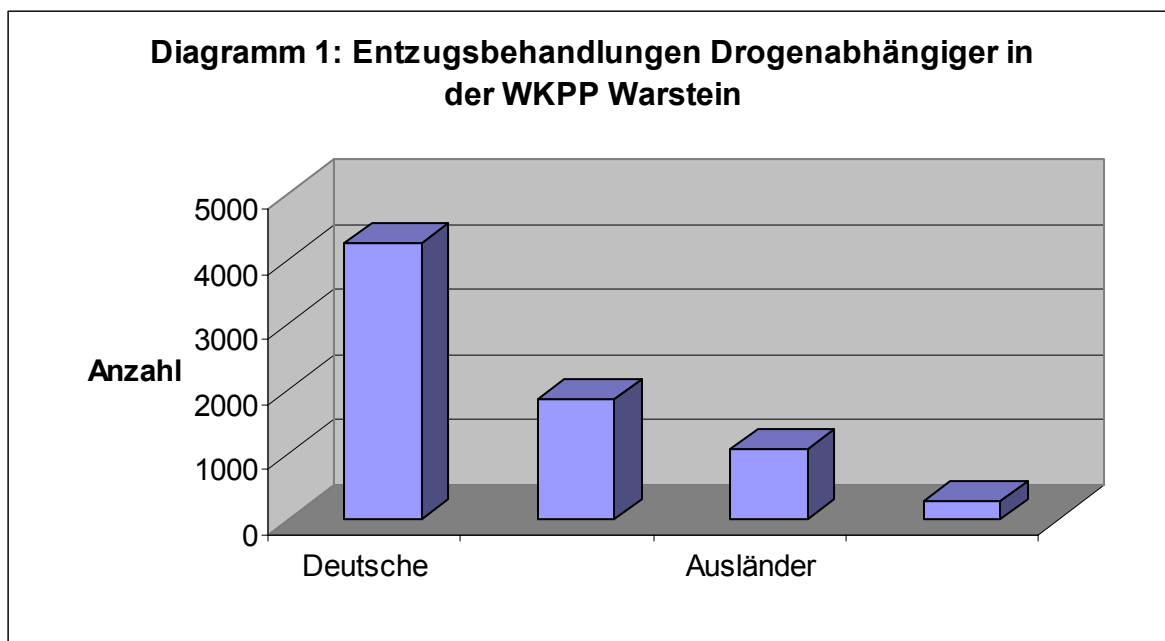
probleme, bei den Erwachsenen trinken etwa 70 % zu viel Alkohol.

Hüllinghorst und Holz (1998) schätzen, dass - wenn die gängigen Prävalenzschätzungen zutreffen - etwa 400.000 Migrantinnen/Migranten in Deutschland ein Suchtproblem haben.

Czycholl (1997) geht davon aus, dass etwa die Hälfte der Migrantinnen/Migranten aufgrund hinreichender Deutschkenntnisse im Krankheitsfall bestehende Hilfsangebote in Anspruch nehmen könnte. So folgert er, dass 135.000 bis 225.000 abhängigkeitskranke Migrantinnen/Migranten sprachlich differenzierter Angebote der Suchthilfe bedürfen.

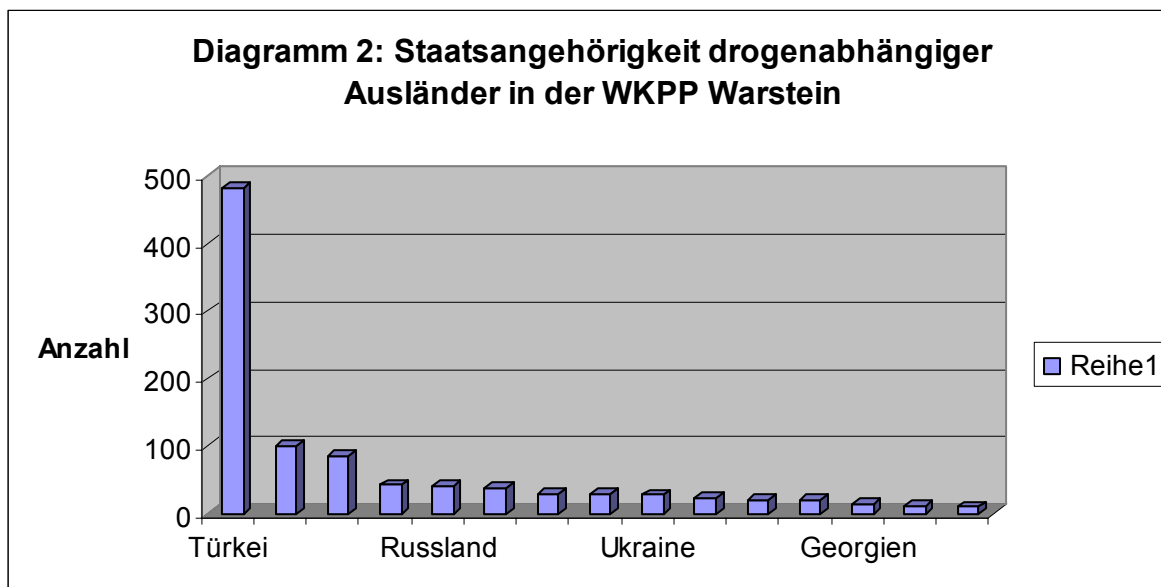
Ergebnisse der WKPP Warstein über die stationäre Entzugsbehandlung

In der WKPP Warstein wurden bis Anfang 2003 7.461 Entzugsbehandlungen Drogenabhängiger durchgeführt. 57,1 % (4.258) dieser Entzugsbehandlungen betrafen drogenabhängige Deutsche, 24,7 % (1.841) Aussiedler, 14,5 % (1.082) Ausländer und 3,7 % (279) Deutsche mit Migrationshintergrund, überwiegend Binnenmigranten aus der ehemaligen DDR.



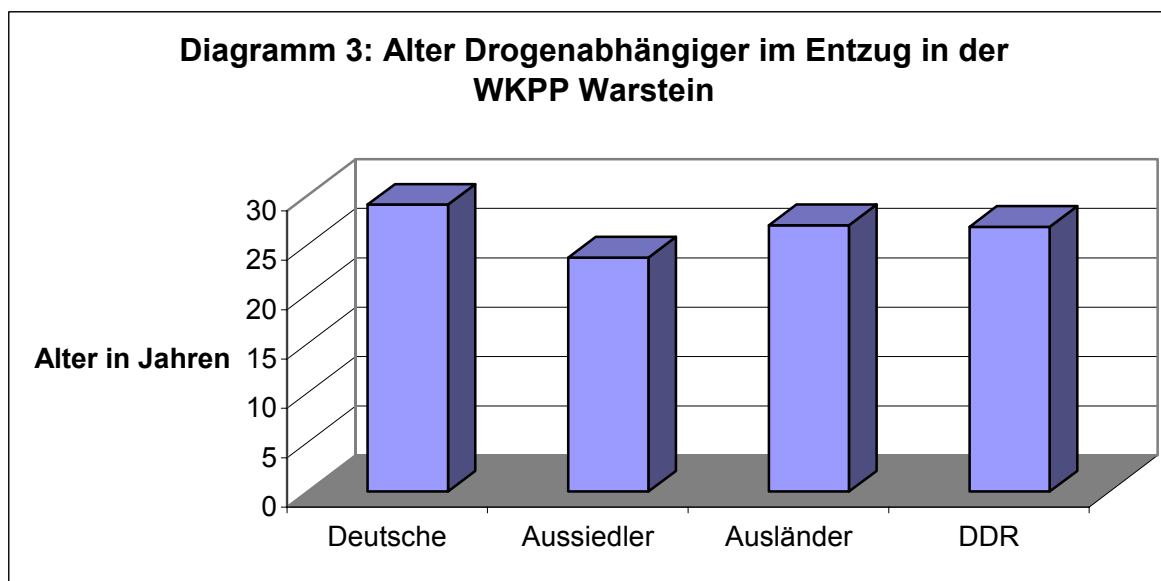
Von den 1.841 Entzugsbehandlungen drogenabhängiger Aussiedler wurden 49,9% (919) bei Aussiedlern aus Kasachstan, 24,0 % (441) bei Menschen aus Russland, 11,8 % (218) aus Kirgistan und 8,1 % (150) aus Polen durchgeführt.

Die 1.082 drogenabhängigen Ausländer waren überwiegend türkischer Nationalität (N = 481, d. i. 44,5 %), gefolgt von Italienern (N = 101, d. i. 9,3 %), Marokkanern (N = 85, d. i. 7,9 %) und Iranern (N = 43, d. i. 4,0 %).



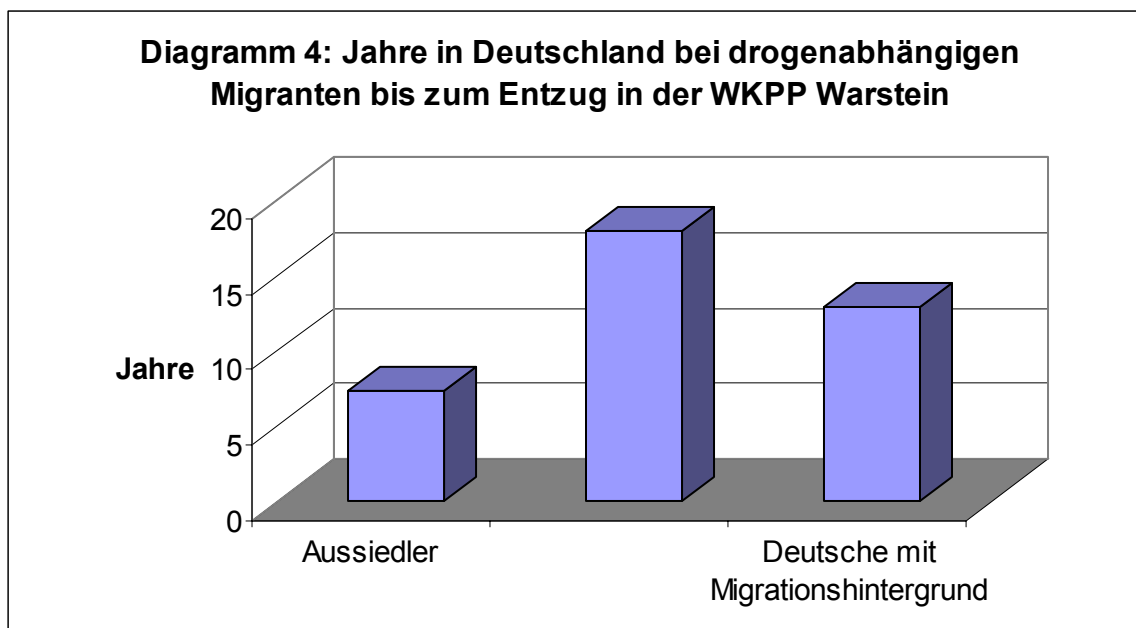
Die drogenabhängigen Deutschen waren zum Zeitpunkt der stationären Entzugsbehandlung durchschnittlich 29,06 Jahre alt. Mit 23,71 Jahren im Durchschnitt waren die drogenabhängigen Aussiedler im Entzug deutlich jünger (die aus Kasachstan waren dabei 23,60 Jahre alt, die aus Polen mit 25,98 Jahren vergleichsweise älter). Auch die Ausländer im Entzug waren mit 26,97 Jahren jünger als die deutschen

Drogenabhängigen; die marokkanischen Drogenabhängigen waren mit 24,78 Jahren überdurchschnittlich jung, das Durchschnittsalter der Türken beim Entzug betrug 26,97 Jahre; die drogenabhängigen Iraner dagegen waren mit 36,09 Jahren die älteste Migrantengruppe. Deutsche mit einem Migrationshintergrund waren durchschnittlich 26,69 Jahre alt.



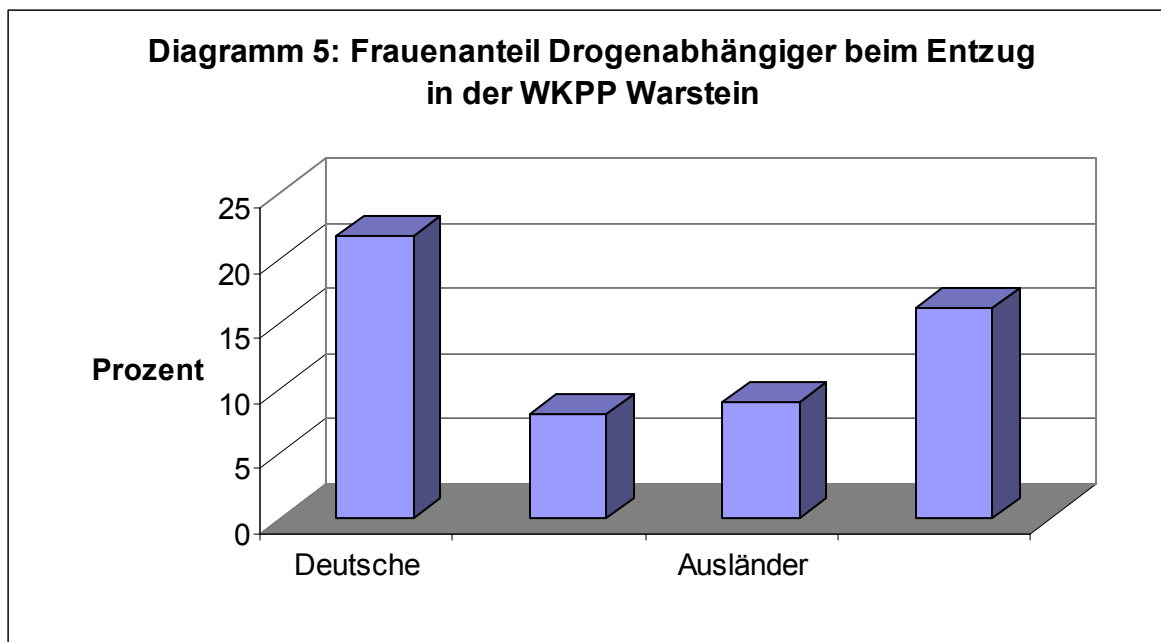
Die drogenabhängigen Aussiedler befanden sich durchschnittlich 7,32 Jahre in Deutschland bis zur stationären Entzugsbehandlung; eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass die Aussiedler aus Kasachstan 6,24 Jahre bis zur Entzugsbehandlung in Deutschland lebten, die aus Polen mit 16,73 Jahren aber mehr als doppelt so lange. Ausländer hielten sich durchschnittlich 18,02 Jahre in Deutsch-

land auf; Türken befanden sich durchschnittlich 22,29 Jahre hier, ähnlich Italiener mit 20,16 Jahren, Marokkaner kürzer mit 17,23 Jahren; der Aufenthalt der Iraner in Deutschland war mit 10,35 Jahren am kürzesten. Deutsche aus der ehemaligen DDR waren durchschnittlich 12,92 Jahre in den alten Bundesländern bis zum stationären Drogenentzug.



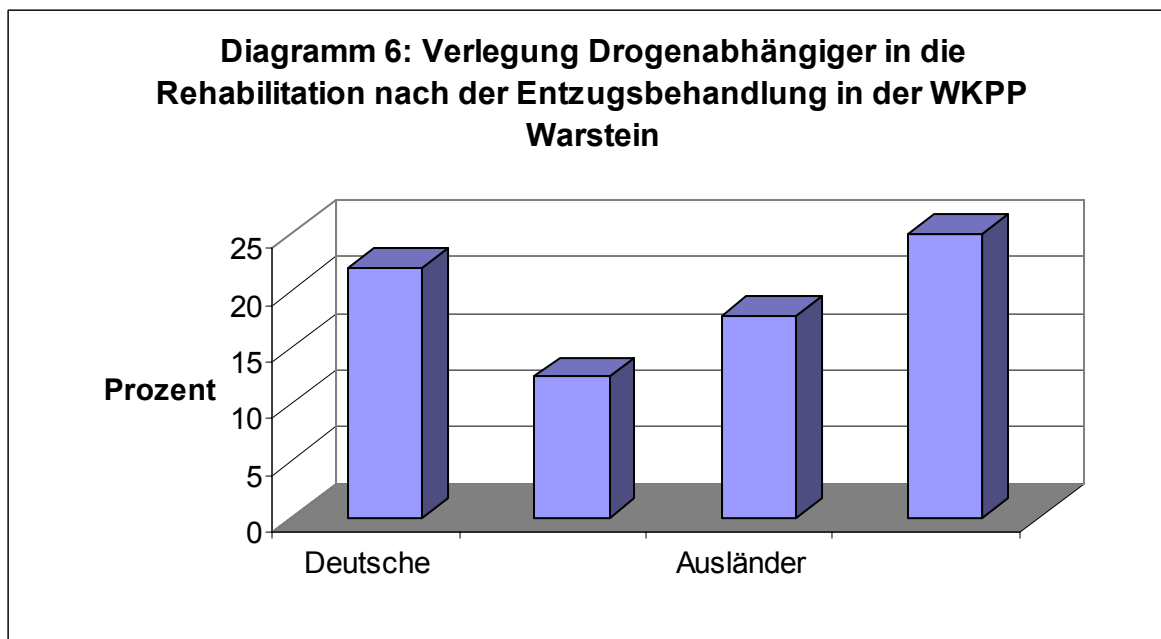
Der Frauenanteil bei den verschiedenen Gruppen war sehr unterschiedlich. Bei den deutschen Drogenabhängigen betrug dieser 21,7 %. Deutlich niedriger war dieser bei den Aussiedlern mit 8,1 %; der Frauenanteil der Aussiedler aus Kasachstan belief sich auf 5,8 %, er war somit etwa viermal niedriger als bei den Deutschen; ungewöhnlich hoch war dagegen der Frauenanteil der Aussiedler aus Polen mit 31,3 %. Niedrig war der Frauenanteil auch

bei den ausländischen Drogenabhängigen mit 8,9 %; dieser betrug bei den drogenabhängigen Iranern 0 %, bei den drogenabhängigen Italienern 4,0 %, bei den drogenabhängigen Türken 4,4 % und bei den drogenabhängigen Marokkanern 16,5 %. Bei den Deutschen aus der ehemaligen DDR war der Frauenanteil mit 16,2 % auch noch niedriger als bei den anderen Deutschen.



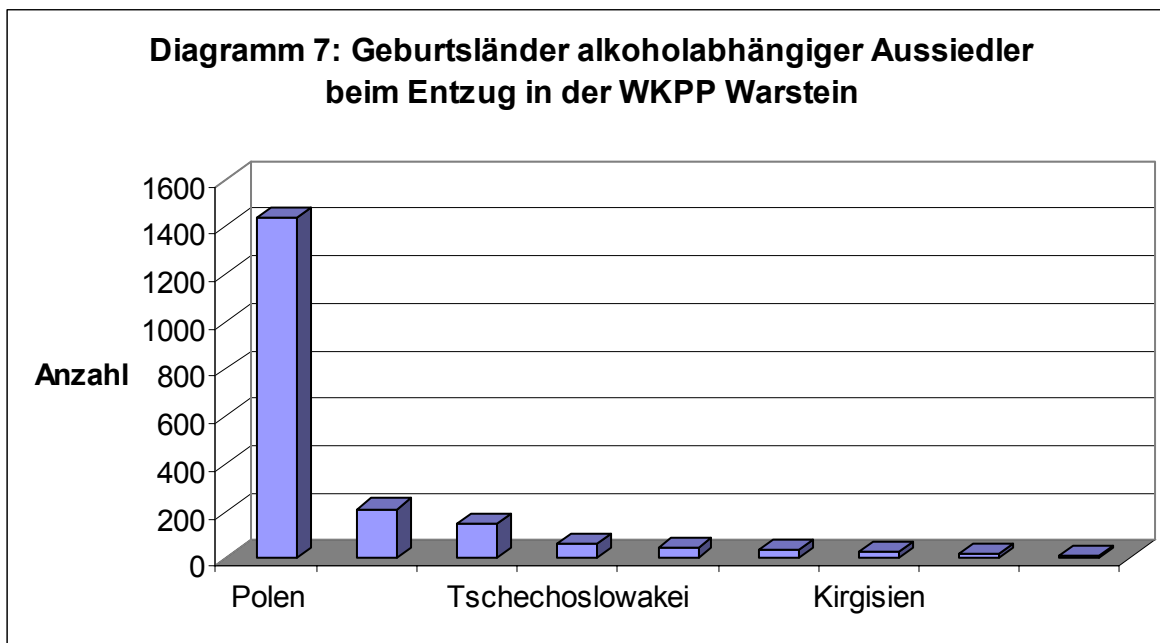
Nach der Entzugsbehandlung traten 22,0% der deutschen Drogenabhängigen eine Entwöhnungsbehandlung an. Bei den drogenabhängigen Aussiedlern war dieser Anteil mit 12,4 % sehr viel niedriger; er betrug bei Drogenabhängigen aus Kasachstan 11,8 %, bei Polen war er mit 18,7 % sehr viel höher. 17,8 % der drogenabhängigen Ausländer unterzogen sich nach dem stationären Entzug einer Entwöh-

nung; bei den Marokkanern war dieser Anteil mit 22,4 % so wie bei den Deutschen, auch bei den Türken mit 20,8 %, während er bei den Italienern mit 11,9 % und insbesondere bei den Iranern mit 4,7 % sehr viel niedriger war. Am häufigsten unterzogen sich Deutsche mit Migrationshintergrund nach der Entzugsbehandlung einer Entwöhnung, und zwar 25,0 %.

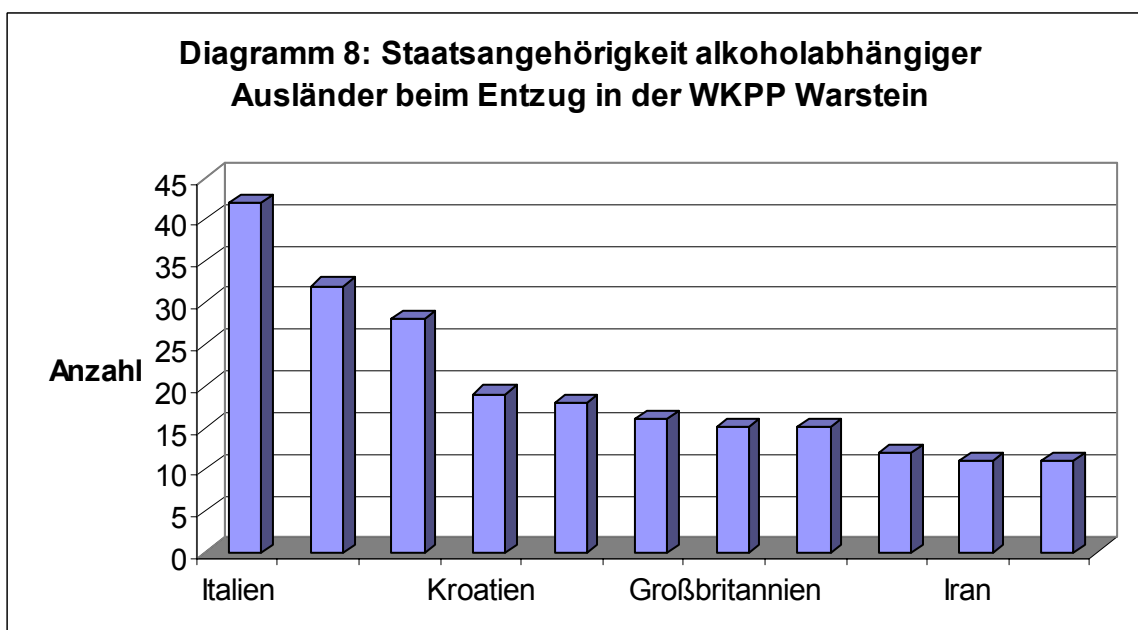


In der WKPP Warstein wurden bis Anfang 2003 nach einer unvollständigen Dokumentation 10.091 Entzugsbehandlungen Alkoholabhängiger durchgeführt. 6.901 davon betrafen Deutsche, 2.012 Aussiedler, 323 Ausländer und 765 Deutsche mit einem Migrationshintergrund - überwie-

gend Binnenmigranten aus der ehemaligen DDR. Von den 2.012 Entzugsbehandlungen bei alkoholabhängigen Aussiedlern wurden 71,5 % bei Aussiedlern aus Polen durchgeführt; aus Russland kamen 10,4 %, aus Kasachstan 7,3 % (Diagramm 7).

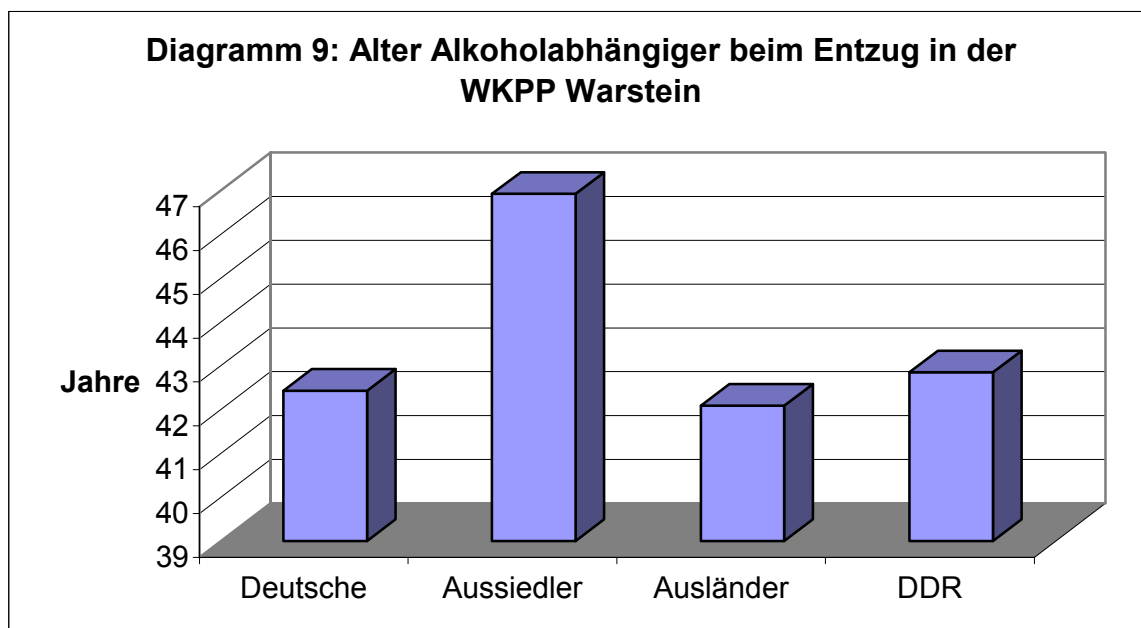


Die 323 alkoholabhängigen Ausländer kamen überwiegend aus Italien, gefolgt von der Türkei, Jugoslawien und Polen.



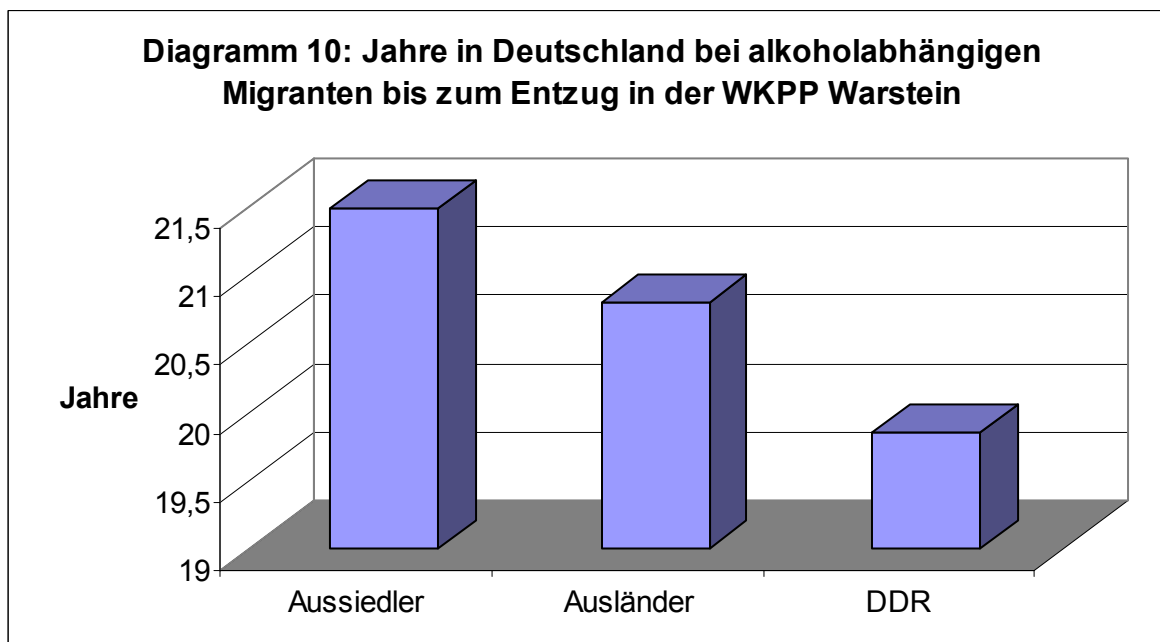
Während die deutschen Alkoholiker im Durchschnitt bei den Entzugsbehandlungen 42,43 Jahre alt waren, betrug das Durchschnittsalter der alkoholabhängigen

Aussiedler 46,92 Jahre (bei denen aus Polen waren es 48,06 Jahre, bei denen aus Kasachstan 41,67 Jahre), bei den Ausländern 42,09 Jahre.



In Deutschland befanden sich die Aussiedler bis zu den Entzugsbehandlungen im Durchschnitt 21,5 Jahre (die aus Polen mit 25,35 Jahren am längsten, die aus Russland mit 9,39 Jahren deutlich kürzer,

ebenso Menschen aus Kasachstan mit 6,0 Jahren), die Ausländer 20,68 Jahre, die DDR-Übersiedler bzw. auch -Flüchtlinge 19,89 Jahre.



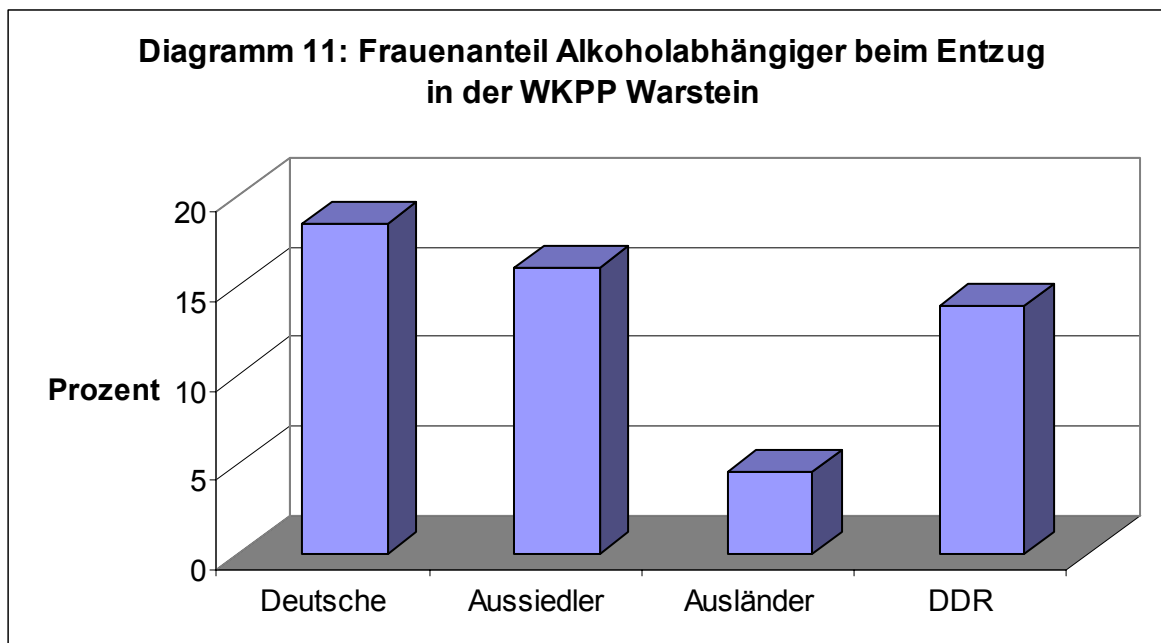
Insbesondere bei den Aussiedlern aus Polen zeigt sich, dass mit der Zeit des Aufenthalts in Deutschland nicht zwangsläufig

der Zugang zum Suchthilfesystem leichter wird. Aussiedler z. B. aus Russland und Kasachstan, welche deutlich kürzere Zeit

in Deutschland waren, fanden deutlich schneller den Zugang zur stationären Entzugsbehandlung.

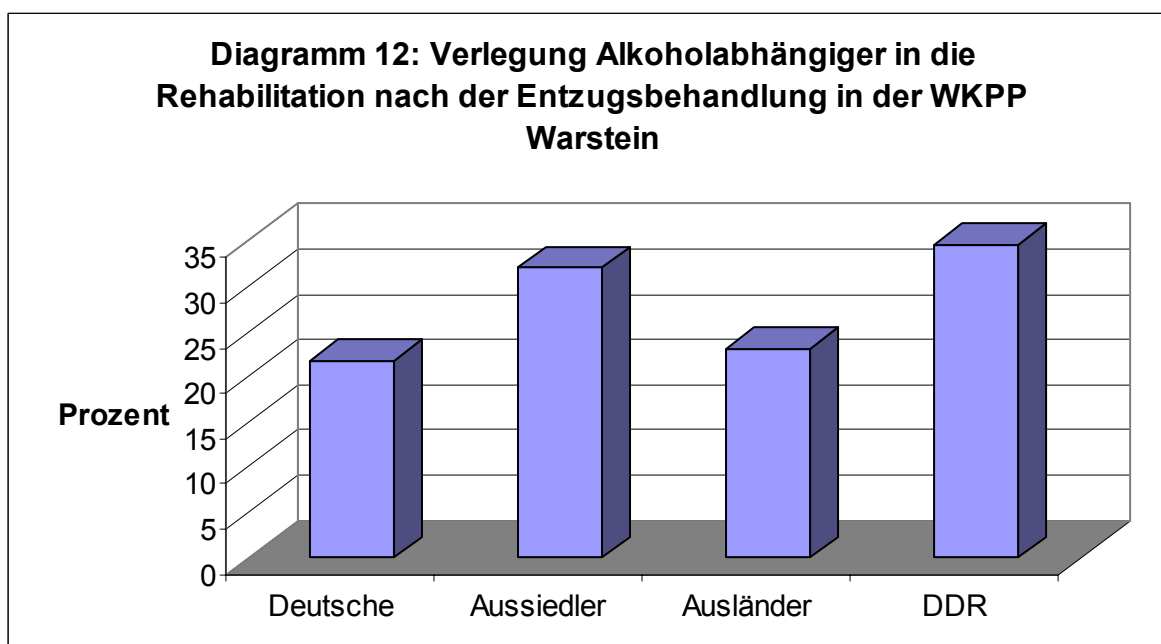
Auffallend ist die Geschlechtsverteilung der alkoholabhängigen Deutschen und der verschiedenen Migrantengruppen. Bei den Deutschen betrug der Frauenanteil 18,5%,

bei den Aussiedlern 16,0 % (bei Menschen aus Polen 19,7 %, aus Kasachstan 4,8 %, aus Russland 3,8 %), bei den Ausländern 4,6 % (bei Menschen aus der Türkei 6,3 %, bei Italienern 4,8 %), und bei Betroffenen aus der ehemaligen DDR 13,9%.



In die Entwöhnung verlegt wurden nach der Entzugsbehandlung 21,8 % der deutschen Alkoholabhängigen, aber 32,1 % der Aussiedler (aus Kasachstan sogar 40,1 %) und 23,2 % der Ausländer (bei

TürkInnen betrug dieser Anteil lediglich 12,5 %) - bei Personen aus der ehemaligen DDR war er mit 34,6 % deutlich höher als bei den anderen Deutschen.



Schlussfolgerungen

Die klinische Behandlung suchtkranker Migrantinnen/Migranten muss die Tatsache berücksichtigen, dass es sich bei diesen um sehr heterogene Gruppen handelt.

Den schwersten Zugang zum stationären Suchthilfesystem haben dabei nicht etwa die Gruppen, welche sich am kürzesten in Deutschland aufhalten, sondern mit alkoholabhängigen Aussiedlern aus Polen gerade diejenigen, welche sich bereits ausgesprochen lange in Deutschland befinden.

Gerade von den jungen drogenabhängigen Migrantinnen/Migranten werden die von Gaitanides dargestellten Zugangsbarrieren zum stationären Entzug häufig überwunden, so dass diese früher als deutsche Drogenabhängige zur Entzugsbehandlung kommen.

Die Sprachbarriere existiert insbesondere bei drogenabhängigen Aussiedlern. 36 % der drogenabhängigen Ausländer wurden in Deutschland geboren, diese haben in der Regel gute Deutschkenntnisse. Zur Behebung der möglichen Sprachprobleme bei den anderen Migrantengruppen bedarf es einer entsprechenden Kompetenz in der Klinik.

Der frühe Zugang insbesondere zur Entzugsbehandlung kann vor dem Hintergrund ausgesprochen „medizinisch“ orientierter Vorstellungen von Sucht bei diesen Gruppen gesehen werden. Häufig kommen sie mit der Hoffnung, dass Medikamente, „Eigenblutbehandlung“, „Blutwäsche“, Suggestivverfahren oder „Codierung“ ihnen helfen (sollen) (Bätz 1998, Heidebrecht 1998). Es wird eine ärztliche Behandlung erwartet mit einer eher geringen eigenen Beteiligung (Schwichtenberg, Weig 1999).

Der geringere Frauenanteil insbesondere bei den drogenabhängigen Migrantinnen/Migranten wurde verschiedentlich beschrieben. Drogenkonsum wurde als eine Reaktion vorwiegend männlicher Migrantinnen/Migranten auf ihre Perspektivlosigkeit und Misserfolgserlebnisse beschrie-

ben (Schmidt 1998), während bei Mädchen und Frauen vermehrt sozialer Rückzug und psychosomatische Beschwerden gefunden werden (Mies van Engelshoven 1998). Es können aber auch geschlechtsspezifisch höhere Zugangsbarrieren wirksam sein, z. B. in der Tendenz, eine Bearbeitung der Suchtproblematik von einer Intensivierung der binnenfamiliären Bindungen zu erhoffen (Bauer 1996).

Migrantinnen/Migranten profitieren insbesondere von niederschweligen Zugängen zum Suchthilfesystem. So konnten diese die Drogensoforthilfe, welche u. a. einen schnellen Zugang zu stationären Entzugsbehandlungen und auch zu Entwöhnungen ermöglichte, überdurchschnittlich häufig nutzen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass eine Vielzahl drogenabhängiger suchtkranker Migrantinnen/Migranten in einem ausgesprochen frühen Stadium ihrer Abhängigkeitsentwicklung um stationäre Behandlung nachsuchen - viel früher als deutsche Drogenabhängige. Eine bisher eher schwer erreichbare Problemgruppe stellen insbesondere die bereits langjährig in Deutschland ansässigen alkoholabhängigen Aussiedler aus Polen dar. Diese treten und treten in der Öffentlichkeit aber nicht in einer besonderen Weise in Erscheinung, ihre besondere Problemlage wird deshalb nicht wahrgenommen.

Literatur:

Akbiyik, O. (1991): Drogenarbeit mit Ausländern. In: Heckmann, W. (Hrsg.): Drogentherapie in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für die 90er Jahre. Weinheim, Basel: Beltz, S. 156 - 171

Bätz, B. (1998): Qualifizierte stationäre Akutbehandlung drogenabhängiger Migranten - erste Erfahrungen und Daten über ein neues bedarfsorientiertes Behandlungsangebot. In: Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): Binad-Info 12, S. 18 - 22.

Bauer, I. (1996): Alkoholkrankung bei Spätaussiedlern aus GUS-Staaten - Analyse psychosozialer Aspekte der Aussiedlung. Diss., Universität Münster.

Brakhoff, J., Schmidtbreick, B. (1982): Suchtkranke Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. In: Suchtgefahren 1, S. 38 ff.

Braun, A. (1998): Methodische Gesichtspunkte der Diagnostik und Therapie bei rauschmittelabhängigen Aussiedlern. In: Czycholl, D. (Hrsg.): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 106 - 112.

Czycholl, D. (1997): Krank in der Fremde oder krank durch die Fremde? In: Sucht-Report 6, S. 29 - 36.

Dietz, B. (1997): Jugendliche Aussiedler. Ausreise, Aufnahme, Integration. Berlin: Berlin Verlag.

Dietz, B., Roll, H., unter Mitarbeit von J. Greiner (1998): Jugendliche Aussiedler - Porträt einer Zuwanderergeneration. Frankfurt/Main, New York: Campus-Verlag.

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln (Hg.): Migration und Sucht. Spezifische Anforderungen an die Beratung/Therapie von MigrantInnen im Kontext von Sucht. Dokumentation und Workshop-Ergebnisse der Tagung vom 12. bis 14. November 1996. Schriftenreihe des Diözesan-Caritasverbandes, H. 39. Köln: Diözesan-Caritasverband.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (1999): Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union - 1999. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft, S. 19.

Gaitanides, S. (1998): Zugangsbarrieren von Migranten zu den Regeldiensten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikultu-

rellen Gesellschaft. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 62 - 76.

Goebels, W. (1997): Horstmann: Große Probleme mit den jungen Aussiedlern. Schlechte Deutsch- und Berufskennntnisse. In: Westfalenpost vom 04.11.1997.

Heidebrecht, H. (1998): Deutsche aus Russland. Lebens- und Migrationserfahrungen. In: Czycholl, D. (Hrsg.): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 49 - 73.

Hüllinghorst, R., Holz, A. (1998): Vorwort. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 9 f..

Kemper, H. P. (1999): Grußwort. In: AWO-Unterbezirk West-Münsterland, Caritasverband für den Kreis Coesfeld, Untere Gesundheitsbehörde des Kreises Coesfeld (Hrsg.): Besondere Aspekte der Suchtrisiken und Suchterkrankungen bei Aussiedlern und Aussiedlerinnen - Weiterentwicklung von Hilfen im Kreis Coesfeld. Dokumentation und Arbeitshilfen zur regionalen Fachtagung vom 13. Mai 1998 in Dülmen. Coesfeld 1999, S. 11 f..

Kossolapow, L. (1987): Aussiedler Jugendliche. Ein Beitrag zur Integration Deutscher aus dem Osten. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Kreuzbund (2003): Neue Zielgruppen im Visier. Weggefährte 1, S. 27.

Mies van Engelshoven, B. (1998): 36. Sozialanalyse der Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit zur Situation junger AussiedlerInnen für den Zeitraum 01.01.1997 bis zum 31.12.1997. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit (Hrsg.): Beratungs- und Betreuungsarbeit für junge AussiedlerInnen. 36. Sozialanalyse. Bonn, S. 4 - 21.

Schmid, M. (1998): Ausländische Drogenabhängige und Zugänge zum Hilfesystem. In: Deutsche Hauptstelle gegen die

Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 77 - 91.

Schwichtenberg, U., Weig, W. (1999): Die Behandlung von illegalen Drogen abhängiger Aussiedler in einem Niedersächsischen Landeskrankenhaus. In: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.): Hand-

buch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psycho-sozial-Verlag, S. 184 - 190.

Strobl, R., Kühnel, W. (2000): Dazugehörig und ausgegrenzt. Analysen zu Integrationschancen junger Aussiedler. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Dirk Koster

(Frau Annette Finke ist erkrankt)

Medizinische Rehabilitation suchtkranker Migrantinnen und Migranten

Leider kann Frau Finke aus Krankheitsgründen heute nicht zusammen mit mir referieren; ich werde mich bemühen die Inhalte ihres Referates, die ihre praktischen Erfahrungen in der Therapieeinrichtung Loxten spiegeln, mit in meinem Vortrag zu berücksichtigen. Weiter möchte ich meinem Vorredner Dr. Dietmar Czycholl danken für die vielen Veröffentlichungen seinerseits und seiner Kollegen in der Klinik Hohenrodt, die uns in den vergangenen Jahren eine große Hilfe waren, als wir uns mit dem Thema suchtkranker Aussiedler aus den GUS Staaten anfangen zu beschäftigen. Diese Veröffentlichungen haben uns sehr geholfen, dieses für uns neue Klientel besser zu verstehen und so adäquater mit ihnen umzugehen.

Ich möchte Ihnen kurz unsere Fachklinik vorstellen, damit Sie eine Vorstellung haben, in welchem Rahmen wir unsere therapeutische Arbeit tun.

Die therapeutische Gemeinschaft Loxten existiert seit 1993, hat 20 Therapieplätze für junge Männer. Die Klinik beschäftigte sich von 1993 bis 1996 ausschließlich mit suchtkranken Frauen und hat seit 1997 mit jungen drogenabhängigen Männern in der Altersgruppe 18 bis 25 Jahren zu tun. 70% unserer Klienten haben heute einen Migrationshintergrund. Zeitweilig sind über die Hälfte unserer Klienten Spätaussiedler aus den GUS Staaten und bildet somit die Hauptgruppe unter den Klienten.

Die Therapieeinrichtung Casum existiert seit mehr als 30 Jahren und hat sich in den letzten 10 Jahren auf die Gruppe der sogenannten Alt-Fixer (drogenabhängige Männer mit einer Suchtkrankheit von mehr als 20 Jahren) spezialisiert. Die Einrichtung hat 25 Plätze. Klienten mit einem Migrationshintergrund machen etwa 30%

der Klientel in Casum aus. In den letzten Jahren sind darunter vermehrt Spätaussiedler aus den GUS Staaten.

Regionalität

Die Fachkliniken Casum und Loxten leisten seit mehr als 10 Jahren Regionalversorgung im Bereich Drogentherapie für die Region Ostwestfalen-Lippe (d. h. Westfalen, östlich von Münster). Circa 60% unseres Klientel kommt aus dieser Region. Die übrigen Klienten kommen fast ausschließlich aus Westfalen. Die Regionalität, mit einer ortsnahen Versorgung, hat für die Arbeit mit Drogenabhängigen erhebliche Vorteile; wir kennen alle Beratungsstellen und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Drogenhilfe in der Region persönlich und es gibt in vielen Fällen eine enge Zusammenarbeit im Bezug auf die Klienten. In regelmäßigen Abständen tauschen wir uns mit einzelnen Beratungsstellen über die gemeinsamen Klienten, die Ziele der Behandlungen und die erreichten Ergebnisse aus.

Durch die Regionalität bedingt sind seit 1997 immer mehr Aussiedler in unsere Einrichtungen gekommen. Anfänglich wurden sie nicht vom Drogenhilfesystem vermittelt, sondern von Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälten oder durch Vermittlung im Freundes- und Bekanntenkreis. Fanden zunächst die drogenabhängigen Aussiedlerinnen/Aussiedler keinen Zugang zum Drogenhilfesystem wurde dies ab Mitte der 90er Jahre deutlich anders, durch verstärkte Bemühungen von Seiten der ambulanten Beratungsstellen, auf diese Klientel zuzugehen. Ein gutes Beispiel einer solch gelungenen Arbeit stellt die Drogenberatungsstelle Lippe dar: es gelang ihr ab Mitte der 90er Jahre mit speziellen Programmen und Hilfeangeboten

für Spätaussiedlerinnen/Spätaussiedler einen Zugang zu dieser Klientel zu finden. Ostwestfalen-Lippe wurde Anfang der 90er Jahre verstärkt von Aussiedlerinnen/Aussiedlern aus den GUS Staaten als Wohnort gewählt. Entsprechend konnten wir in diesen Jahren die Integrationsprobleme dieser Gruppe beobachten. Zunächst im ambulanten Bereich, ab Ende der 90er Jahre auch im stationären Bereich der Drogenhilfe.

Die ersten Spätaussiedlerklienten (Russlanddeutsche) stellten uns Ende 1998 vor erheblichen Probleme: Sie verhielten sich sehr misstrauisch bis ablehnend gegenüber unseren Therapieangeboten und den therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, blieben sehr unter sich und kommunizierten wenig mit anderen Gruppenmitgliedern, zeigten sich bei vielen Therapiethemen, wie z. B. Familie, Entwicklungsgeschichte, Konfliktverhalten, Suchtentwicklung u.s.w. wenig aufgeschlossen und gesprächsbereit.

Wir erlebten die Gruppe der Russlanddeutschen als sehr geschlossen und für uns kaum erreichbar. Als wir den Eindruck bekamen, dass immer mehr Klienten intoxikiert waren, konnten wir mit den üblichen Gesprächsangeboten in Gruppen, Urinkontrollen und ähnlichen Standardverfahren der Drogentherapie diesen Klienten ihren Konsum nicht nachweisen. Die Klienten gestanden ihre Rückfälligkeit nicht ein, leugneten Drogen konsumiert zu haben und es gelang uns erst, als wir an einem Tag dreimal allen betroffenen Klienten eine Urinprobe abnahmen, den Drogenkonsum nachzuweisen.

Später erfuhren wir, dass die vorhergehenden Urinproben alle gefälscht wurden, dass die russlanddeutschen Klientinnen/Klienten alle eisern dicht gehalten hatten und keine Informationen über ihre Rückfälligkeit preis gaben. In der Gruppe der Russlanddeutschen bestanden zwingende Regeln, darüber zu schweigen und potentielle Abweichler wurden mit Gewalt bedroht und zum Schweigen gezwungen. Es existierte sogar eine präzise Verhaltensanleitung für den Umgang mit einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie diese am besten zu manipulieren waren.

Diese Erfahrung löste in der Mitarbeiterenschaft der Therapieeinrichtung Loxten einen ziemlichen Schock aus, sie reagierten persönlich betroffen über soviel „Raffinesse und kriminelle Energie“, obwohl sie alle in der Drogenarbeit lang erfahren waren. Wut und Enttäuschung führten zu heftigen Diskussionen im Team, die erst später in Supervisionssitzungen reflektiert werden konnten.

Da die Einrichtung aus belegungsökonomischen Gründen jedoch nicht auf diese Klientel verzichten konnte, wurden zunächst Kontingente (maximal vier russlanddeutsche Klientinnen/Klienten gleichzeitig in der Einrichtung) vereinbart. Man versuchte das Problem, zu dem man kein Zugang fand, klein zu halten, damit es die therapeutische Arbeit insgesamt nicht zu sehr dominierte.

Arbeitsgruppe Aussiedler in der **Westfälische Einrichtungen stationärer Drogentherapie (WESD)**

- Im Dezember 1998 wurde im Rahmen der WESD eine Arbeitsgruppe aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen Alpha (Warburg-Scherfede), Unterberg (Beckum) und Casum/Loxten (Borgholzhausen und Versmold) gebildet (die Arbeitsgruppe existiert bis heute und hat sich im Laufe der Jahre erweitert um die Einrichtungen Beusingser Mühle (Soest), Sirius (Altena), Quellwasser (Wetter a.d. Ruhr), die Nado (eine Adaptionseinrichtung aus Dortmund). Sie arbeitet seit 2003 als Qualitätszirkel.
- Die vorgenannten Einrichtungen haben alle ähnlich problematische Erfahrungen mit russlanddeutschen Klientinnen/Klienten gemacht. Ziel der Arbeitsgruppe war es, sich über diese Erfahrungen einrichtungsübergreifend auszutauschen mit dem Ziel, ein besseres Verständnis für diese Klientel zu entwickeln, um daraus therapeutisch wirksame Handlungsstrategien abzuleiten. Im Erfahrungsaustausch zwischen den Kolleginnen und Kollegen entdeckten wir viele parallele Erfah-

rungen und lernten die Kränkungs-
erfahrungen weniger als persönliches
Versagen unsererseits zu sehen.

- Wir bemühten uns, Literatur zu finden zum Thema „Geschichte der Russlanddeutschen“, zu ihrem Sucht- und Behandlungsverständnis, zu ihren Familienstrukturen und den Gründen ihrer Ausreise in die BRD. Zu diesem Zeitpunkt existierten wenige Veröffentlichungen, die wir fanden stammten überwiegend aus der Klinik Hohenrodt in Baden-Württemberg.
- Die Kenntnis der historischen Hintergründe der Deutschen in Russland und in der späteren Sowjetunion war für mich ein wichtiger Schlüssel zu mehr Verständnis für das Verhalten vieler russlanddeutscher Klientinnen/Klienten. Ich kann Ihnen nur empfehlen sich mit diesem Thema zu beschäftigen.

Die Arbeitsgruppe erstellte einen ersten Arbeitsbericht im Februar 1999 mit einigen Arbeitshypothesen für die weitere Arbeit.

Die erste systematische Beschäftigung mit dem Thema Russlanddeutsche hatte viele positive Effekte: Wir wurden immer neugieriger auf die Herkunftsgeschichte dieser Klienten und ließen uns von ihnen informieren über die Lebensumstände und das Land ihrer Herkunft. Wir machten die Erfahrung, dass diese Thematik von den Klienten in der Regel gerne aufgegriffen wurde und sie plötzlich sehr aufgeschlossen über ihre frühere Heimat berichteten. Dadurch bekamen wir einen besseren Zugang zu ihnen und wir machten diese Themen auch zu Gruppenthemen. So kam es, dass nicht nur die russlanddeutschen Klienten über ihre Herkunft berichteten, sondern auch die deutschen, türkischen, portugiesischen, spanischen und italienischen Klienten über das Land ihrer Herkunft erzählten. Nicht nur wir Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kamen mit den Klienten besser ins Gespräch, sondern die Klienten erfuhren auch mehr voneinander.

Die Fachkliniken Casum und Loxten haben traditionell einen Therapieschwerpunkt im Bereich Arbeitstherapie.

In verschiedenen Arbeitsbereichen (Küche/Hauswirtschaft, Garten, Töpferei, Metallwerkstatt/Kraftfahrzeugwerkstatt) werden die Klienten gezielt für ein späteres Arbeitsleben trainiert und vorbereitet.

In diesem Bereich zeichneten sich die Russlanddeutschen von Anfang an durch ihr Engagement, ihr positives Arbeitsverhalten und ihre Fähigkeiten aus. Sie waren meist besser als andere Klienten in der Lage, die gestellten Aufgaben zu bewältigen und lieferten erstaunlich gute Ergebnisse. Wir entdeckten, dass Arbeit für sie offensichtlich einen anderen Stellenwert hat als für andere Klienten. Obwohl sie in der Regel über keine Berufsausbildungen verfügen, haben sie mehr Fertigkeiten als andere.

Ein weiterer Bereich der Therapieeinrichtung, die Erlebnispädagogik, die traditionell in unseren Einrichtungen einen festen Platz hat, wurde von den Russlanddeutschen gerne und gut angenommen. Das Sportprogramm, die einmal jährlich stattfindenden Kanutouren und insbesondere die in Loxten einmal jährlich sechs bis acht Wochen dauernde Theaterwerkstatt mit anschließenden öffentlichen Aufführungen fanden bei den russlanddeutschen Klienten einen guten Anklang. Hier zeigten sie sich von ihrer starken Seite, wurden eine Bereicherung für die Therapiearbeit. Ihr Engagement und ihre Kreativität führten zu einer deutlichen Steigerung der Produktqualität bei den jeweiligen Veranstaltungen.

Ich möchte an dieser Stelle den Vortrag von Frau Finke, Abteilungsleiterin der Fachklinik Loxten, verlesen.

Welchen speziellen Problemen begegnen wir in unserer Arbeit mit Aussiedlern?

Einleitung

Wir arbeiten seit ca. sechs Jahren mit Aussiedlern aus den GUS Staaten, vornehmlich aus Kasachstan und Kirgistan.

Unsere Herangehensweise an dieses Klientel war zunächst unvoreingenommen (heute würde ich es schon fast naiv nennen) in der Annahme, es kommen Deutsche mit ähnlichem Aussehen, wir sprechen dieselbe Sprache, haben gleiche Normen und Werte, eine ähnliche Sozialisierung. Wir haben uns getäuscht: Wir haben Deutsche erwartet - es sind (uns relativ) Fremde gekommen.

Wenn wir vergleichen mit unserer Herangehensweise an die Klienten aus Südeuropa, z. B. Türken, die in einer früheren Phase massiv in die Therapieeinrichtungen strebten: Durch ihr anderes Aussehen, ihre Sprache, unser Wissen/die Vorinformationen um ihren soziokulturellen Hintergrund, ihre Religion, haben wir die Unterschiede zu deutschen Klienten schneller akzeptiert, sind neugierig gewesen, haben uns schlau gemacht, ihre Länder bereist, fanden das Fremde auch exotisch.

In unserer therapeutischen Arbeit mit jungen Russlanddeutschen begegneten wir im Laufe der Zeit folgenden Besonderheiten und Schwierigkeiten: (Ich bin mir der Gefahr der Verallgemeinerung bewusst, möchte dennoch einige Phänomene benennen, die uns beschäftigten und mit denen wir uns auch weiterhin auseinandersetzen müssen).

1. Therapiemotivation

Die Therapiemotivation der russlanddeutschen Drogenabhängigen ist hauptsächlich extern, durch Inhaftierung, Justizdruck, Druck der Familien bestimmt. Sie kommen oft zu einem erheblichen früheren Zeitpunkt ihrer Drogenkarriere als andere Klienten in die Entwöhnungsbehandlung.

2. Therapeutischer Bereich

Ihre Sprachlosigkeit gegenüber der eigenen Lebensgeschichte, die Schwierigkeiten beim Verbalisieren von Gefühlen erschwerte unsere bisherigen gruppentherapeutischen Inhalte und Arbeitsweisen, die auf die Aufarbeitung persönlicher Probleme, des lebensgeschichtlichen Hin-

tergrundes auf Traumata, Beziehungsstörungen etc. fokussieren.

Russlanddeutsche haben offensichtlich wenig Erfahrung mit Selbstreflexion, sie haben kritisches Hinterfragen nicht gelernt.

Der Zusammenhang zwischen ihren psychosozialen Entwicklungsbedingungen und der Suchtentwicklung wird nicht gesehen oder ist nicht bekannt. Ihre Lösung heißt oft: Die Drogen künftig wegzulassen, sonst nichts zu ändern.

Wir begegnen hohen Heilungserwartungen an die Therapeutinnen/Therapeuten bei geringer persönlicher Veränderungsbereitschaft. Motto: „Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass“.

Die Familie und die Aussiedlung darf nicht in Frage gestellt werden. Man redet nicht schlecht über die eigenen Eltern, selbst wenn man sehr viel Schlimmes erlebt hat.

Sie haben oft sehr bürgerliche, materiell geprägte Werte und Lebensziele: Führerschein, Auto, Freundin, Arbeit, Konsumgüter, Haus.(oft: "leben wie die Eltern").

Die Freizeitaktivitäten und Wünsche in Deutschland orientieren sich hauptsächlich an vorgegebenen (und teuren) Angeboten (Krafttraining, Sport, Vergnügungspark). Sie zeigen wenig Kreativität und Eigeninitiative.

3. Beziehung zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern/Erwartungen an die Hilfen

Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und die Institution wurden mit großem Misstrauen, Vorbehalten und Ängsten angesehen.

Die Kontaktaufnahme zum Team erfolgt häufig auf einer doppelbödigen Ebene, oft mit dem Ziel, uns besser einzuschätzen, auszuhorchen, hintergehen zu können. Es gibt wenig Mut zu offener Auseinandersetzung. Auflehnung, Widerstand erfolgen eher verdeckt.

Wir sehen uns mit Erwartungen von klaren Hierarchien und häufiger Abfrage von

„Wer hat das Sagen“ konfrontiert. Es herrscht Unverständnis und Irritation gegenüber demokratischen, partnerschaftlichen Ansätzen.

Wir begegnen einer hohen Forderungshaltung bezüglich der Regelung von behördlichen Belangen und materieller Unterstützung. Russlanddeutsche Klienten zeigen wenig Eigeninitiative und haben unzureichende Kenntnisse und Erfahrungen mit den gängigen bürokratischen Wegen und Zusammenhängen.

4. Zusammenleben in der therapeutischen Gemeinschaft

Die Verantwortungsübernahme für das Haus, die Weitergabe von Regeln, das Interesse am Funktionieren der therapeutischen Gemeinschaft sind gering ausgeprägt; stattdessen finden wir häufig Selbstbezogenheit, Wahrung persönlicher Interessen, nach dem Motto „jeder muss selbst wissen, was er tut“.

Unsere Regeln werden selten auf ihren Sinn hinterfragt.

Oft erfolgt eine Abgrenzung zu in Deutschland geborenen Deutschen und anderen Nationalitäten. Aussiedler bezeichnen sich selbst als „Russen“, Gruppenbildungen finden statt.

Die Etablierung von Subsystemen hat zeitweilig unsere Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten völlig ausgehebelt. Wir haben folgende Regeln und Auswirkungen kennen gelernt:

- durch meist sehr subtile und daher von uns nur vermutete Vertragspartnerschaften, Erpressung, Gewaltandrohung zum Schweigen gebracht;
 - unreflektiertes Beibehalten von Erfahrungen und Werten aus den Justizvollzugsanstalten und der Drogenszene.
- Dem gegenüber stehen folgende positive Erfahrung mit Aussiedlern:
- Russlanddeutsche zeigen ein höheres Durchhaltevermögen (statistisch messbar höhere Therapieverweildauer), viel Geduld (vielleicht auch Resignation) im Aushalten von für sie unangenehmen Situationen;
 - Sie bringen meist gute Fähigkeiten in den Arbeitsbereichen mit, haben handwerkliches Geschick, Improvisationstalent, Leistungsorientierung;
 - die vordergründige Akzeptanz von allen Autoritätspersonen, der Respekt gegenüber Älteren führt zu angemessenem und höflichem Verhalten gegenüber dem Team;
 - wenn therapeutische Beziehungen entstehen, dann sind das in der Regel sehr enge, treue Beziehungen mit großer Aufmerksamkeit gegenüber den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern. Solche Beziehungen entstehen oft erst durch Krisen, nachdem die Frage der Zusammenarbeit zugunsten der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Einrichtung ausgefallen sind und ein gefürchteter Gesichts-/Ehrverlust sich entweder nicht bestätigt hat oder eine Ausgrenzung stattgefunden hat.
 - Wir freuen uns an ihrer großen Naturverbundenheit und Bewegungsfreude;
 - Und wir stellen einen guten Zusammenhalt und große Hilfsbereitschaft untereinander fest;
 - Nicht zuletzt haben uns die russischen Lieder schon oft verzaubert.

Im Laufe der Zeit folgte eine mehr oder weniger freiwillige (weil durch wirtschaftliche Zwänge stark beeinflusste) Entscheidung, russlanddeutsche Drogenabhängige auch in größerer Anzahl aufzunehmen. Nur so konnten wir schließlich aber auch erfahren, dass der Umgang miteinander selbstverständlicher wurde, dass das Individuum für uns erkennbar und differenzierbar wurde. Wir sprechen heute nicht mehr von den Russlanddeutschen, sondern von Sergej, Anatoli, Juri, Waldemar u.s.w. Wir haben uns angenähert, sind neugierig geworden und haben uns unseren russlanddeutschen Klienten gegenüber geöffnet.

Ich unterbreche jetzt das Manuskript von Frau Finke.

Meines Erachtens war diese individuelle Wahrnehmung von und das Interesse an unseren Klienten bislang der wichtigste Schritt zu einer produktiven Therapie der russlanddeutschen Klienten.

Ich möchte Ihnen jetzt etwas von unseren Reisen nach Kasachstan und Kirgisien in den Jahren 2002 und 2004 berichten.

Die Reise nach Kasachstan und Kirgisien

Mitte des Jahres 2000 entstand in unserer Einrichtung Loxten die Idee, mit eigenen Augen die Herkunftsländer unserer russlanddeutschen Klienten zu sehen. Die Berichte unserer Klienten hatten uns neugierig gemacht und wir hofften durch eine solche Reise, Näheres über die Normen, Werte, Traditionen der deutschstämmigen Familien in den ehemaligen GUS Staaten zu erfahren. Wir erhofften uns eine größere Nähe zu unseren Klienten und Erklärungen für unsere Schwierigkeiten mit ihnen. Wir wollten erfahren, wie die Stellung der Deutschen in diesen Ländern war und warum sie seit 1989 in so großer Zahl nach Deutschland ausreisten (seit 1989 kamen etwa 3 Millionen Russlanddeutsche in die BRD). Wir wollten die aktuelle sozioökonomische und politische Situation in diesen Ländern kennen lernen; die Natur, von denen uns die Klienten oft so begeistert erzählt haben sehen, und das

Suchthilfesystem dort kennen lernen und ggf. etwas von diesem Suchthilfesystem lernen.

Zugleich suchten wir nach Antworten auf die Frage, warum in Deutschland so viele heranwachsende junge Aussiedler drogenabhängig werden. Nach einer etwa 1½ Jahre dauernden Reisevorbereitung reisten wir mit 3 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern aus der Fachklinik Casum/Loxten in einer siebenköpfigen Reisegruppe zusammen mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Drogenberatungsstellen Lippe und Bielefeld, einer russlanddeutschen Kollegin aus der Entzugsstation Nadelöhr des Westfälischen Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie (WLK) Paderborn, die uns als Dolmetscherin unterstützte, im Juni 2002 von Hannover nach Bishkek, der heutigen Hauptstadt Kirgistans (früher Frunse genannt).

Wir besuchten die Sozialstationen der deutschen Gesellschaft für technische Zusammenarbeit, die sich in diesen Ländern um die noch verbliebenen Russlanddeutschen kümmert, das Straßenkinderprojekt Strannik sowie die staatliche narkologische Klinik mit Entzugsstationen für Suchtkranke und ein kleines Substitutionsprojekt für Drogenabhängige.

Nach einem entspannten Wochenende an dem Yssikul-See (von dem unsere Klienten aus Kirgistan immer schwärmend erzählen), reisten wir in der zweiten Woche nach Kasachstan. Wir waren in der früheren Hauptstadt Alma Ata (heute Almaty), in Karaganda (wohin viele Deutsche 1941 bei Ausbruch des Krieges zwischen der Sowjetunion und Deutschland in Massentransporten deportiert und in der kaum bebauten Steppe ausgesetzt wurden) und in Termitau (früher die reichste Industriestadt im asiatischen Teil der UdSSR, heute „Hauptstadt von Aids“ in den GUS Staaten).

Hier besuchten wir ebenfalls Entzugseinrichtungen und einige wenige Kleinsttherapieeinrichtungen, die sich um die Entwöhnung von Drogenabhängigen kümmern. Wir stellten fest, dass die Drogenhilfe in diesen Ländern noch sehr am Anfang steht, obwohl die Zahl der Drogenabhän-

gigen nach Angaben unserer Gesprächspartner bereits zu diesem Zeitpunkt für deutsche Verhältnisse unvorstellbare Formen angenommen hatte.

So wurde uns in Karaganda berichtet, dass ca. 10% der Bevölkerung suchtkrank seien, wobei der wesentlich größere Teil drogenabhängig sei.

Wir sahen, dass einige der wenigen privaten Therapieeinrichtungen ihre Hilfe für die Abhängigen mit einer christlichen Missionsarbeit kombinieren (das Rehabilitationszentrum der „Heiligen Kirche“ in D’Petronka bei Termitau, sowie die riesige Therapiengemeinschaft von „Teen Challenge“ bei Amati). Diese Einrichtungen riefen bei uns heftige Emotionen hervor, wir empfanden die Kombination von Drogentherapie und christlichem Glauben als Form der „Zwangsmisionierung“ Hilfebedürftiger, denen keine Chance zu eigenen Entscheidungen bleibt.

Ich fühlte mich häufig an die 70er Jahre in Deutschland erinnert, wo im damaligen Drogenhilfesystem häufig sehr unkritisch und manchmal unter Verletzung der Menschenwürde versucht wurde, Hilfe zu leisten.

In der zentralen Aidsberatung in Termitau in Kasachstan wurde uns berichtet, dass die Probleme von Regierungsseite eher verschleiert als aufgeklärt werden. Wir konnten hautnah erleben, wie Drogenabhängige sich in Kasachstan offen prostituieren, eine hilfreiche Drogenhilfe existiert kaum.

Von unseren Gesprächspartnern wurde Drogenabhängigkeit als ein relativ neues Phänomen bezeichnet, früher habe es das nicht gegeben. (Manche gaben dem „neuen Kapitalismus“ die Schuld, bezeichneten Drogenabhängigkeit als Ausdruck von Dekadenz und Willensschwäche).

In Bishkek/Kirgistan wurde uns die Methode der „Codierung“ erklärt, eine suggestive Technik, die bereits seit vielen Jahrzehnten in der Sowjetunion bei der Behandlung alkoholkranker Menschen angewandt wurde. In Bishkek existiert eine

große Klinik, auf privatwirtschaftlicher Basis geführt, wo auch Drogenabhängige aus Deutschland Behandlung finden. Die Kosten sind für kirgisische Verhältnisse mit ca. 10.000 Dollar unerschwinglich hoch.

Wir erfuhren von einem kleinen Methadon-Substitutionsprojekt in Kirgistan; in Kasachstan ist Methadon grundsätzlich verboten.

So werden die meisten Patientinnen/Patienten der staatlichen Entzugskliniken „kalt“ entzogen; im kleinen Therapieprojekt „Shusan“ unter starken Vitamincocktails und intensiver persönlicher Betreuung; im Projekt „Heilige Kirche“ durch Gebete; wobei uns berichtet wurde, dass überhaupt keine Entzugserscheinungen auftreten würden.

Wir erlebten die sozialen Verhältnisse in Kasachstan als unfreundlicher, härter; die Kirgisen als offener und gesprächsbereiter.

Die deutschen Dörfer, von denen wir aus der Literatur und den Geschichten unserer Klienten gehört hatten, existieren kaum noch. In Kirgistan besuchten wir 2004 das Dorf „Rotfront“, eine russlanddeutsche Siedlung, deren Gründer eine baptistische Gemeinde waren. Dieses ist in Kirgistan das einzig verbliebene deutsche Dorf, im Norden Kasachstans sollen noch einige deutsche Gemeinschaften leben. In diesen Ländern sind in der Regel diejenigen Deutschstämmigen zurückgeblieben, die krank, alt und hilfebedürftig sind, oder die mit einem russischen Partner verheiratet sind. Die Ausreise nach Deutschland ist seit kurzem erheblich erschwert durch die verschärfte Sprachprüfung für alle Familienangehörigen.

Bei unseren Reisen lernten wir:

- Der Staat in der Sowjetunion und auch heute in den selbständigen Republiken Kasachstan und Kirgistan wird von der Bevölkerung nicht als Hilfeinstanz, als Unterstützung gesehen, sondern als Machtinstrument; man solle sich hüten, staatliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da sie in Zwangsmaßnah-

men Gestalt annimmt. Die Therapie Suchtkranker war in der Vergangenheit eine Zwangstherapie, wo Ärzte im Auftrage des Staates Suchtkranke von der Gesellschaft absonderten. Heute entwickeln sich zaghafte Ansätze einer echten Hilfe, was von einer Reihe von Ärzten, die wir kennen lernten, sehr begrüßt wurde (Freiwilligkeit in der Therapie).

- Die Familie hat in diesen Ländern eine umfassendere Bedeutung als in Deutschland; sie ist nicht nur ein Ort der Geborgenheit und Solidarität, sondern auch Krankenkasse, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung. Sie ist die wirtschaftliche Sicherung für die einzelnen Familienmitglieder. Wir verstanden, warum Menschen aus den GUS Staaten sich so schwer tun, in Eigeninitiative Probleme zu lösen; früher gab ihnen der Staat das Soll, die einzelne Schritte vor.
- Das Individuum wurde fast ausschließlich als Produktionsfaktor gesehen, individuelle Rechte spielten kaum eine Rolle.

Die Gründe für die Ausreise aus den GUS Staaten nach 1990 liegen vor allem in der Verselbstständigung der Sowjetrepubliken, wodurch die bis dahin geltende Führungsschicht durch andere, der kirgisischen oder kasachischen Bevölkerungsgruppe angehörenden Personen ersetzt wurden. Nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion wurden Deutsche und Russen, die bis dahin meist wichtige Funktionen in den Betrieben und in der Bürokratie inne hatten, aus ihren Positionen verdrängt und verloren ihre Existenzgrundlage. Wir sahen auf unserer Reise verwaisete, zerfallene Fabriken, verfallene Wohngebäude, eine niedergehende Wirtschaft. Man ahnte etwas vom früheren Reichtum und Wohlstand in diesen Ländern. Unsere Gesprächspartner betonten immer wieder, wie sehr sich die Verhältnisse in diesen Ländern seit 1989 verschlechtert haben und wie sehr das soziale Hilfesystem verkümmert. Die Einführung von z. B. Kirgisisch 1991 als Amtssprache führte in Kirgistan zu chaotischen Zuständen in der Verwaltung, weshalb man nach kurzer Zeit

Russisch als zweite Amtssprache wieder einführt. Kirgistan und Kasachstan sind Vielvölkerstaaten, wobei nationale Minderheiten zunehmend das Land zu verlassen suchen.

Entsprechend verständlich ist es, dass im Laufe der 90 Jahre immer mehr Russlanddeutsche nach Deutschland gekommen sind, weil die ursprünglichen deutschen Gemeinschaften und Familien in Auflösung waren.

Bei der Reise 2004, trafen wir eine aus Kirgistan ausgesiedelte Familie, die nach 10 Jahren die alte Heimat wieder besuchte. Auf der Rückreise berichteten sie, wie deprimiert und schockiert sie von der Zerstörung ihrer Heimat waren.

Ich möchte jetzt das Referat von Frau Finke fortsetzen und ein Resümee unserer Erfahrungen ziehen.

Was haben wir durch die Reise gelernt, was müssen/sollten wir in unserer Arbeit berücksichtigen?

1. Therapiemotivation

Wir klären systematischer über Suchterkrankungen und Wirkungsmodelle auf. Das ist als Herangehensweise und Kontaktaufnahme zunächst relativ ungefährlich für die Klienten und verständlicher als therapeutische Ansätze. Zum Beispiel erklären wir anhand von medizinischen Erkenntnissen, Zeichnungen, Grafiken nach dem Motto: "Sucht ist eine Krankheit, keine Charakterschwäche".

2. Therapeutische Arbeit

- Wir wollen Interesse wecken für die psychosozialen Aspekte der persönlichen Suchtgeschichte und dazu anregen, therapeutische Angebote wahrzunehmen, auch wenn sie zunächst fremd erscheinen. Wir wollen das Misstrauen unserer Klienten gegenüber solchen Angeboten abbauen. Zum Beispiel indem wir das deutsche Drogenhilfesystem erklären. Indem wir verdeutlichen, dass zu der erwähnten Entwicklung von Sucht mehr gehört

als in falsche Kreise geraten zu sein. Wir müssen vor allem sensibilisieren für das oft sehr problematische, aber verharmloste Alkoholkonsumverhalten. Alkohol macht süchtig!

- Wir wollen die Eltern stärker einbinden, insbesondere die Mütter, die oft co-abhängiges Verhalten zeigen, auch mit dem Ziel, diese aufzuklären und zu entlasten. Das Familiengeheimnis, die Familienschande Drogenabhängigkeit, sollte enttabuisiert werden. Wir müssen den familiären Zusammenhalt, obwohl er nicht immer unproblematisch ist, als Ressource begreifen lernen. Zum Beispiel durch Familiengespräche, Elternseminaren, Aufklärung über Sucht und Rückfallprophylaxe.
- Wir wollen keine Probleme andichten, wo kein Leidensdruck verspürt wird. Zum Beispiel müssen wir die bisherige therapeutische Arbeit, unseren gewohnten hochschwelligen Ansatz verändern und die Klienten dort abholen, wo sie stehen. Die Therapiezeit als stabilisierenden Faktor begreifen lernen und hoffen, dass was hängen bleibt.
- Wir haben festgestellt, dass pädagogische Maßnahmen bei der Orientierung helfen und besser verstanden werden als das therapeutische Gespräch. Zum Beispiel arbeiten wir zunehmend anleitend mit klaren Vorgaben und Kontrollen.
- Wir müssen mehr Verständnis/Interesse zeigen für die Sozialisationsbedingungen in den Herkunftsländern, in den Familien, das dort herrschende Rollenverständnis, das Migrationsschicksal und die damit einhergehenden Brüche, Trennungen, Integrations- und Identifikationsprobleme, die Lebensbedingungen der Aussiedler in Deutschland. Zum Beispiel stellen wir bei unseren anamnестischen Erhebungen nun gezieltere Fragen nach den Lebensbedingungen, den wirtschaftlichen Verhältnissen in den Herkunftsländern (und wir haben

Bilder dazu), aber auch in Deutschland. Wir thematisieren die mit der Umsiedlung verbundenen Erwartungen, Wünsche und Träume und vergleichen sie mit der hier vorgefundenen Realität.

- Die kontinuierliche Förderung und Erweiterung des sprachlichen Ausdrucksvermögens unserer russlanddeutschen Klienten ist uns ein wichtiges Anliegen. Zum Beispiel müssen wir Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter uns immer wieder daran erinnern, langsam und in einer einfachen, verständlichen Sprache zu reden. Wir halten die Russlanddeutschen dazu an, möglichst häufig auch untereinander Deutsch zu sprechen. Bei großen Schwächen verpflichten wir sie zu dem Besuch eines Deutschkurses. Ein Verbot der russischen Sprache gibt es bei uns nicht, aber wir lassen diese nur im privaten Bereich zu; während des Programms in der Einrichtung soll Deutsch gesprochen werden.
- Wir haben unser Regelsystem vereinfacht; für die Klienten eindeutiger und verständlicher gemacht. Wir machen weniger Ausnahmen und üben eine stärkere Kontrolle im Bezug auf die Einhaltung der Regeln aus.
- Wir müssen unsere Angebote um erlebnispädagogische Maßnahmen als nonverbale Ausdrucks- und Erfahrungsmöglichkeiten erweitern. Zum Beispiel Fortsetzung unserer Theaterprojekte (obwohl die finanzielle Situation solche kaum noch zulässt), Kanutouren, Besuch kultureller Veranstaltungen u.s.w.

3. Gruppe, Normen, Werte

- Uns ist es wichtig, dass die Russlanddeutschen Alternativen finden zu gewalttätigen Auseinandersetzungen und dem Aufbau von Machtsystemen z. B. Streiten und Vertragen lernen, Konflikte offen ansprechen und Lösungen finden.

- Unsere Kenntnisse über Sub-Systeme, die sogenannte russische Ehre, Kriminalität, Doppelmoral, Werte, Normen, Verhaltenskodex, Unterdrückungsmechanismen u.s.w. thematisieren wir offen und rücken die damit aus der Grauzone ins Licht, machen sie besprechbar.
- Wir wollen einerseits die Gruppensolidarität fördern, aber auch die individuelle Verantwortung für das eigene Handeln deutlich machen. Zum einen durch den Hinweis, dass in unseren Augen alle Klienten für das Arbeits- und Gruppenklima verantwortlich sind, jeder etwas beitragen muss. Zum anderen dadurch, dass Konsequenzen aus Fehlern (z. B. der Umgang mit Rückfällen, Regelverstößen) deutlich gemacht werden.
- Unser Demokratieverständnis, die Grundzüge der Solidaritätsgemeinschaft in Deutschland, vorherrschende gesellschaftliche Werte und Normen u.s.w. müssen wir vermitteln und vorleben. Zum Beispiel im Haus: in der Hausversammlung; anhand von Diensten; die Übernahme von Verantwortungsbereichen; Teamentscheidungsprozesse werden offen gelegt. Nicht der Chef bestimmt, sondern das Team berät und entscheidet. Nach außen: Im Rahmen des Sozialdienstes, der Schuldnerberatung, der Schritte zur beruflichen Rehabilitation, Erklärungen im Hinblick auf die Erwartungen der Kostenträger an die Rehabilitanden u.s.w.
- Wir möchten erreichen, dass unsere Klienten lernen, dass Ausbildung, persönliche Anstrengung und Einsatz notwendige Voraussetzungen sind, um materielle Ziele zu erreichen. Zum Beispiel sich dem Wettbewerb zu stellen, Anstrengungen und Eigeninitiative zu zeigen statt auf Beziehung zu bauen oder auf Glück zu hoffen.
- Unser Ziel ist es auch, Integration zu fördern durch das Zusammenleben

verschiedener Ethnien in unseren Einrichtungen.

Wir möchten Sie bitten, die Fachklinik Loxten nicht als eine spezialisierte Einrichtung für drogenabhängige russlanddeutsche Aussiedler anzusehen.

Denn eine Einrichtung mit nur oder überwiegend russlanddeutscher Klientel, bekommt u.a. denselben Ghettocharakter, den die Aussiedler bereits in den Heimatländern, aus ihrer Wohnsituation in Deutschland und aus ihren Erfahrungen in der Drogenszene und in den Justizvollzugsanstalten kennen: Man bleibt unter sich.

Wir sind der Meinung, dass sich alle Entwöhnungseinrichtungen dieser Klientel annehmen und ihre Erkenntnisse und Erfahrungen erweitern müssen, ebenso wie wir uns vor einigen Jahren z.B. den Türken, Italienern, Nordafrikanern angenommen haben. Wir können andere nur dazu ermutigen diese Schritte zu tun. Die russlanddeutschen Klientinnen/Klienten gehören in unserer Einrichtung zu den Erfolgreichsten; die Arbeit mit ihnen sichert wesentlich die Belegung unserer Einrichtungen und lohnt sich auch ökonomisch.

Aber: Nur im Aufeinanderzugehen, im Lernen voneinander und miteinander, kann die Integration gelingen.

Einige Nebeneffekte der Reise

- Im Auftrag der deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) haben einige russlanddeutsche Klientinnen/Klienten aus Loxten mit Unterstützung durch medienpädagogische Mitarbeiter des „Bielefelder Filmhauses“ 2003 ein Aufklärungsvideo für die Drogenprophylaxearbeit in russischsprachigen Ländern erstellt. Dieses Video erfreut sich immer größerer Nachfrage und Beliebtheit in den GUS Staaten.
- Betroffen wie wir vom sozialen Elend in Kirgistan und Kasachstan waren, haben wir 2003 den Verein „Partner mit Kirgistan e.V.“ gegründet, der sich zum Ziel setzt, die soziale Benachteiligung

gung von Kindern, Jugendlichen, Alten und Kranken zu lindern und der soziale Projekte in Mittelasien unterstützt.

- Wir unterstützen das Straßenkinderprojekt „Putnik“ (früher „Strannik“) in Bishkek, wir unterstützen die Sozialstationen der GTZ in Kirgistan und Krankenhäuser, Heime und andere soziale Einrichtungen mit Medikamenten, Verbandmittelspenden und Gehhilfen;
- 2005 wird in der Metallwerkstatt in Casum eine Rollstuhlrecyclingabteilung eingerichtet zur Wiederherstellung von

Gehhilfen für bedürftige Menschen in Kirgistan, Sankt Petersburg und in der Dritten Welt. Dieses in Zusammenarbeit mit der Bielefelder Gesellschaft für Arbeitsbeschaffung;

- Wir planen eine Zusammenarbeit mit dem Drogenhilfeprojekt „Sozium“ in Bischkek.

Ich danke Ihnen für ihre Aufmerksamkeit!

Wolfgang Schreiber

AG 1 „Ambulante Drogenberatung und Qualifizierte Akutbehandlung“

Ich will Ihnen in diesem Eingangsstatement einen kurzen Überblick über unsere Arbeit mit russlanddeutschen Migrantinnen/Migranten geben, bevor ich speziell auf unsere Erfahrungen mit der Klientel im Zusammenhang mit qualifizierter Akutbehandlung zu sprechen komme.

Die Drogenberatung in Detmold ist im Kreis Lippe für alle Anfragen von Ratsuchenden im Hinblick auf illegale Drogen zuständig. Lippe ist ein großer Flächenkreis mit ca. 350.000 Einwohnern. Bis Ende 2002 nahm der Kreis Lippe ca. 25.000 Spätaussiedlerinnen/Spätaussiedler auf und lag damit landesweit an zweiter Stelle nach dem Rhein-Sieg-Kreis. Die Unterbringung der Spätaussiedlerinnen/Spätaussiedler erfolgte zu einem großen Teil in Wohnraum, der durch den Abzug von Nato-Streitkräften frei geworden war. Es gab drei Schwerpunkte im Kreis, u.a. im Detmolder Stadtteil Herberhausen. Hier lebten bis vor ca. 2 Jahren 2700 Menschen, die Bevölkerung bestand zu 90% aus Migrantinnen/Migranten, davon 62% russlanddeutsche Aussiedlerinnen/Aussiedler und 28% Kurdinnen/Kurden. Inzwischen stehen dort ganze Hochhäuser leer, die Bevölkerung ist durch Fortzug in andere Stadtteile spürbar zurück gegangen.

1998/99 haben wir begonnen konkret im Stadtteil zu arbeiten, indem wir eine sogenannte Kontaktstelle eröffnet haben, wir haben Sprechstunden angeboten, Streetwork durchgeführt und uns durch Freizeitveranstaltungen wie Mitternachtsstreetball bekannt gemacht, uns mit den anderen im Stadtteil arbeitenden Trägern vernetzt. Ziel war es die russlanddeutschen Aussiedlerinnen/Aussiedler, die unsere normale Beratung fast gar nicht annahmen, an das Drogenhilfesystem heran zu füh-

ren. In den anderen beiden Stadtteilen im Kreis (Blomberg-Bexten, Oerlinghauser Südstadt) mit besonders hohem Aussiedleranteil haben wir ähnlich gearbeitet.

Wir haben es geschafft auf diese Art und Weise den Anteil der russlanddeutschen Aussiedlerinnen/Aussiedler an unserer Klientel von 17% im Jahr 1999 (vorher haben wir keine Zahlen erhoben) auf dauerhaft zwischen 35% und 40% zu steigern. Um Ihnen eine Relation zu geben: Insgesamt betreuen wir im Jahr ca. 500 Klientinnen und Klienten. Wenn in den ersten Jahren unserer Kontaktstellenarbeit noch der weitaus größte Teil an Erstkontakten zu russlanddeutschen Aussiedlerinnen/Aussiedlern durch die Kontaktstellen zustande gekommen ist, so ist inzwischen bei den Erstkontakten die Mund-zu-Mund-Propaganda in der Szene ein wichtiger Faktor. Drogenberatung ist im Bewusstsein der konsumierenden Russlanddeutschen eine feste Größe in der Topografie des Hilfesystems. Zwei unserer Kontaktstellen mussten wir aus finanziellen Gründen inzwischen wieder einstellen, was aber nicht zu einem Einbruch in der Nachfrage durch russlanddeutsche Aussiedlerinnen/Aussiedler geführt hat. Die Arbeit die wir dort geleistet haben hat nachhaltigen Erfolg, wenn man sie an dem Anspruch misst russlanddeutsche Konsumentinnen/Konsumenten an das Hilfesystem heran zu führen.

Vor diesem Hintergrund will ich jetzt etwas zu unseren Erfahrungen mit Qualifizierter Akutbehandlung sagen.

Wir haben gute Erfahrungen mit Soforthilfe in der Arbeit mit russlanddeutschen Aussiedlerinnen/Aussiedlern gemacht. Im Jahr 2002 waren 81% derjenigen, die wir über die Soforthilfe in eine Entgiftung ver-

mittelt haben Russlanddeutsche. Insgesamt haben wir 52 stationäre Entgiftungen im Rahmen der Soforthilfe vermittelt.

Inhaltlich kommt ein Programm wie die Soforthilfe den russlanddeutschen Aussiedlerinnen/Aussiedlern sehr entgegen. Viele dieser Klientel kommen mit einem sehr mechanistischen Verständnis ihres Problems und erwarten sich schnelle, konkrete und praktische Hilfe. Eher therapeutisch orientierten Interventionen sind Klientinnen/Klienten in diesem Stadium der Kontaktaufnahme nicht zugänglich. Und die schnelle Vermittlung in eine stationäre Maßnahme kann ein Anfang sein. Allerdings mussten wir auch feststellen, dass diese Klientel sich mit den stationären Angeboten zu Beginn doch - ich will es mal etwas salopp ausdrücken - sehr rumquält. Sie sind, wenn sie keine eigenen Erfahrungen haben, auf das, was sie erwartet nicht vorbereitet und sie wollen sich auch vielfach nicht vorbereiten lassen. Erläuterungen dazu, worum es in einer qualifizierten Entgiftung gehen könnte: Nein Danke! „Ich mache das schon.“ Bloß nicht drüber reden. Am besten die Entgiftung wie eine Tablette schlucken.

Erfahrungsgemäß haben junge Spätaussiedlerinnen/-aussiedler mehr Entgiftungsabbrüche hinter sich bevor sie in einer Therapiemaßnahme ankommen als hier geborene Klientinnen/Klienten. Erfahrungsgemäß benötigen sie mehr Therapieversuche als hier geborene Klientinnen/Klienten, bevor sie eine Therapie abschließen¹. Dem gegenüber steht, dass sie nach einer regulär abgeschlossenen Maßnahme erfolgreicher sind als hier geborene Klientinnen/Klienten, d.h. sie werden seltener rückfällig bzw. bleiben im Durchschnitt länger clean bis zu einem Rückfall.

Beide Aussagen zusammen genommen ergeben für mich einen deutlichen Hinweis darauf, dass es Sinn macht zu erforschen wie diese Klienten auch an das stationäre Hilfesystem besser heran geführt werden

¹unsere stationären Einrichtungen beschreiben das anders, was aber unsere Wahrnehmung wenig ändert.

können. Wir hatten die Idee sie auch im stationären Hilfesystem durchgehend weiter zu betreuen und so weichere Übergänge zwischen ambulanter Beratung, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge zu schaffen. Wir hatten einen entsprechenden Antrag für ein Pilotprojekt an das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge gestellt, der aber leider nicht bewilligt wurde.

Ich will zum Abschluss noch einige Punkte aufführen, die aus meiner Sicht dazu beitragen, dass es diese spezielle Klientel im stationären Hilfesystem besonders schwer hat:

1. Aufgrund ihrer Sozialisation erwarten russlanddeutsche Aussiedlerinnen/Aussiedler direkte, konkrete, häufig medizinische Hilfe z.B. in Form von Tabletten/Methadon o.ä. Die im Hilfesystem übliche Sichtweise von Drogenproblematik als einem prozesshaften Geschehen, zu dessen Bewältigung die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie, mit dem Elternhaus und mit den eigenen Fähigkeiten und Grenzen sowie das dazugehörige Verbalisieren von Gefühlen notwendig ist (um nur einige Punkte zu nennen) ist diesen Klientinnen/Klienten nur sehr schwer nahe zu bringen. Das passiert in der Regel auch über einen Prozess von "Versuch und Irrtum", in dem die Klientinnen/Klienten über abgebrochene Maßnahmen erfahren, an welchen Punkten sie scheitern. Hier liegt ein Grund für die erhöhte Anzahl von Entgiftungs- und Therapieversuchen.
2. Das niedrige Durchschnittsalter innerhalb der Zielgruppe zeigt an, dass eine ganze Reihe sehr junger Klientinnen/Klienten betreut wird, die von ihrer persönlichen altersgemäßen Sozialisation her einfach noch nicht so weit sind, dass sie in der Lage wären, ausreichend Verantwortung für sich und ihre Situation zu übernehmen.
3. Der durch die Migration stattgefunden kulturelle Bruch stellt ein weiteres Handicap dar. Als Stichwort soll hier die inzwischen hinreichend bekannte Aussage vie-

ler Klientinnen/Klienten zitiert werden: "Da war ich Deutscher, hier bin ich Russe." Identität in Abgrenzung zur neuen Kultur und in der Identifizierung mit der Herkunftskultur zu suchen bietet sich an, ist aber ohne Bruch auch nicht zu erreichen, da die Integration in Glaubensgemeinschaften nur selten eine echte, tragfähige Alternative ist und vielfach nur die Peergroup und die Clique identitätsstiftend sind, eine Form von Identitätsfindung, die auch in stationären Einrichtungen ihre Fortsetzung findet.

4.

Nicht bei allen Klientinnen/Klienten sind die Bedenken in Bezug auf Drogenhilfeeinrichtungen ausgeräumt, die auf den Erfahrungen mit "Drogenhilfe" in den Herkunftsländern beruhen. Dort haben die Betroffenen im Zusammenhang mit "Drogenhilfe" in erster Linie mit der Polizei und staatlichen Zwangsmaßnahmen zu tun gehabt. Was diese Vorbehalte seitens der Betroffenen angeht, stehen wir nicht mehr am Anfang der Arbeit. Immerhin erreichen wir inzwischen eine große Zahl von Klientinnen/Klienten. Im stationären Hilfesystem gibt es aber einen klassischen Konfliktpunkt, der sich genau vor dem Hinter-

grund dieser Sozialisierungserfahrungen immer wieder entfaltet. Stationäre Drogenhilfeeinrichtungen erwarten von ihren Klientinnen/Klienten, dass sie Regelverstöße, Rückfälle im Haus u.ä. "auf machen", wie es im Therapiejargon heißt. In den Augen der Klientinnen/Klienten bedeutet dies "Zinken", Verrat, Hochverrat und noch Schlimmeres. Dieser Konflikt ist exemplarisch für viele Anforderungen von stationären Einrichtungen, die es den Klientinnen/Klienten erschweren oder gar verhindern, sich auf die Therapie einzulassen.

5.

Insgesamt zeigt sich gerade innerhalb dieser Zielgruppe eine starke Perspektivlosigkeit bzgl. der Möglichkeit einer regulären Erwerbstätigkeit. Integration in den Arbeitsmarkt ist nur in seltenen Fällen möglich, erschwert wird diese dadurch, dass viele Klientinnen/Klienten aufgrund ihres jungen Alters bei Einstieg in den Substanzkonsum Schul- und Ausbildungsabbrecher sind. Zukunftsängste und Perspektivlosigkeit können bestehende Abbruchtendenzen verstärken und Rückfallquoten erhöhen.

Dr. Markus Banger

AG 1 „Ambulante Drogenberatung und Qualifizierte Akutbehandlung“

Zunächst ausgehend von mehreren Einzelfällen in der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Bonn, in denen Behandlungen mit abhängigkeiterkrankten Patientinnen und Patienten (Alkohol und Drogenabhängigkeit), insbesondere aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion frustriert verliefen, wurde nach neuen Perspektiven gesucht.

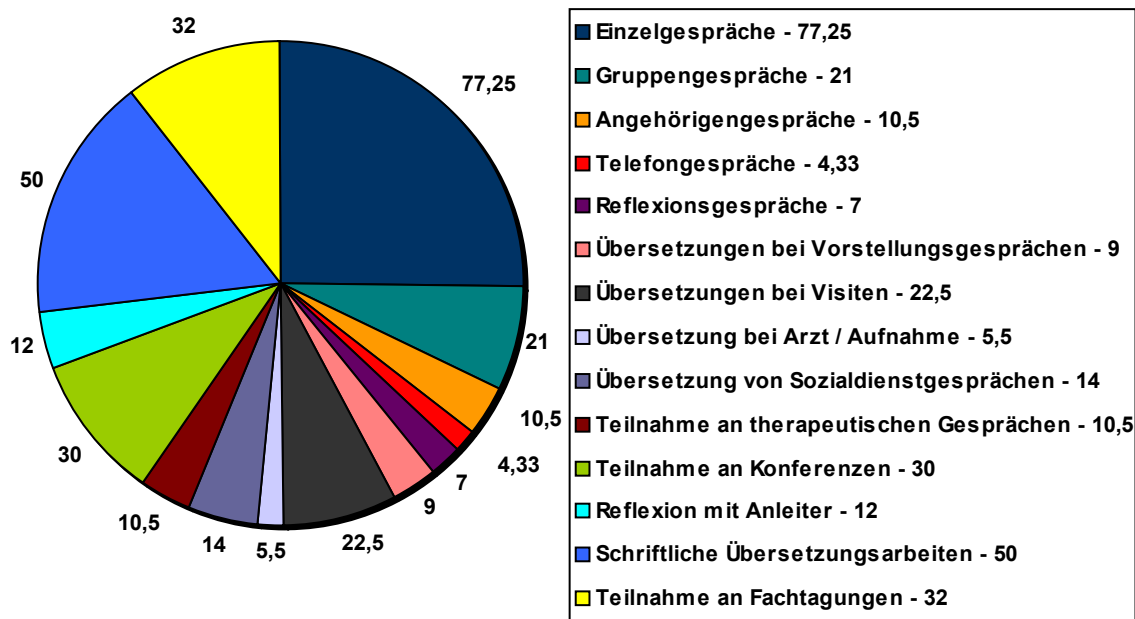
Häufig standen dabei nicht einmal die Sprachprobleme im Vordergrund, vielmehr bestand ein ausgesprochenes Misstrauen der Institution Psychiatrie gegenüber. Daneben war es auch nahezu nicht möglich den Patientinnen/Patienten zu verdeutlichen, dass eine „Suchtstörung“ eine wesentliche Erkrankung darstellt mit gravierenden Konsequenzen, für den Einzelnen, für die Familie und die Gesellschaft. Moderne Krankheitskonzepte und Therapien wurden nicht verstanden. Als Folge ergaben sich häufigere Therapieabbrüche, geringe Weitervermittlungen in weiterführende Therapien und große Probleme in der Nachsorge. Diese qualitativ unbefriedigende Situation wurde noch dadurch verschärft, dass ein Blick auf die Statistik der Abteilung deutlich machte, dass es über die Jahre hinweg zu einer deutlichen Zunahme bei den Aufnahmen suchtkrankender Migrantinnen / Migranten aus den GUS Staaten gekommen war, man im Jahre 2002 nicht mehr von Einzelfällen sprechen konnte.

Intensive Gespräche mit dem Sozialamt der Stadt Bonn und eine weitere Abstimmung im Arbeitskreis Nachsorge der Stadt Bonn führten zur Finanzierung eines Modellprojektes, zunächst für zwei Jahre, für

die Versorgung suchtkrankender Migrantinnen/Migranten in den Rheinischen Kliniken Bonn. Wesentliches Augenmerk sollte dabei auf die Vorbereitung der Nachsorge und den Aufbau vernetzter Strukturen gelegt werden.

Der im Jahre 2002 von der Stadt Bonn finanzierte Migrationspädagoge ist ursprünglich aus der Ukraine stammender Berufsschullehrer (Mathematik und Physik) für schwer erziehbare Jugendliche. Nach einem ausführlichen Trainee-Programm in der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Bonn konnte er regelmäßig an Visiten und Teambesprechungen auf der Station zur qualifizierten Drogenentzugsbehandlung teilnehmen. In manchem Fall war es auch seine Aufgabe, Patientinnen und Patienten zu Ämtern und zu Therapieeinrichtungen zu begleiten. Weiterhin hat sich als neue Aufgabe die durchzuführenden Kriseninterventionen bei unvorhergesehenen Therapieabbrüchen durch die Patientinnen/Patienten dazu entwickelt. Daneben werden vom Migrationspädagogen auch regelmäßig Übersetzungstätigkeiten insbesondere von Stationsordnungen oder Flyern durchgeführt. Eine weitere wichtige Aufgabe, auch in Absprache mit dem Sozialamt der Stadt Bonn ist es, ein lokales Netzwerk aufzubauen. Als Sekundäreffekt hat sich ergeben, dass einzelne Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter, die sich auf die Zusammenarbeit gut eingelassen haben, eine verstärkte Kultursensibilität entwickelt haben. Im Mai 2002 wurde über das Sozialamt der Stadt Bonn ein Migrationspädagoge, zunächst für zwei Jahre eingestellt.

Die ersten 310 Arbeitsstunden nach der Einarbeitung



Die Abbildung zeigt die ersten 310 Arbeitsstunden nach der Einarbeitung. Es kommt im Einzelnen nicht darauf an, wie viel Prozent seiner Arbeitszeit der Migrationspädagoge für was einsetzt, vielmehr wird deutlich aus dem bunten Spektrum seiner Tätigkeit, dass es sich hierbei nicht um einen besonders qualifizierten Dolmetscher handelt, sondern dass der Migrationspädagoge vielmehr in das therapeutische Team der Abteilung integriert worden ist.

Bezüglich der eigentlichen Arbeit mit den Migrantinnen/Migranten werden bei uns aus der praktischen Tätigkeit heraus verschiedene Phasen unterschieden: so kann der Migrationspädagoge in der Kontakt- und Informationsphase zu der in der Abteilung durchgeführten Aufnahmesprechstunde (täglich Montag bis Donnerstag von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr) hinzugezogen werden, wenn bekannt ist, dass sich ein/e suchtkranke/r Migrant/-in vorstellt. Anderenfalls findet das erste Kontakt- und Informationsgespräch auf der Station mit dem entsprechenden Patienten statt. Im Rahmen dieser Phase sollen konkrete Informationen weitergegeben werden über die Klinik und die Abteilung, über das Be-

handlungsteam, über die Station, über das grundsätzliche Setting einer Behandlung in einer psychiatrischen Fachklinik. Daneben soll die Stationsordnung bei Bedarf z. B. auf russisch besprochen werden. Weiterhin sollen verschiedene Therapieangebote erklärt werden wie z. B. die Teilnahme an therapeutischen Gruppen, an der Ergotherapie, Entspannung etc. Als zweite Phase schließt sich eine Psychoedukationsphase an, die entweder einzeln durchgeführt wird oder - sofern möglich - auf einer Station mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig. In diesem Zusammenhang werden Informationen gegeben zu folgenden Bereichen: Was ist eine Drogenabhängigkeit nach unserem westlichen Verständnis? Ist Drogenabhängigkeit eine Erkrankung? Wird Drogenabhängigkeit bestraft? Ist eine Drogenabhängigkeit behandelbar? Ist eine Drogenabhängigkeit behandlungsbedürftig?

Weiterhin werden Informationen vermittelt zum Thema der Behandlung: Wie wird eine Drogenabhängigkeit behandelt? Was ist eigentlich Psychotherapie? Was bedeutet Substitution? Wie wird eine Nemexin-Behandlung durchgeführt? Was gibt es für

medikamentöse Konzepte zur Suchtbehandlung? Was ist eine Entwöhnung? Was ist eine Komorbiditätsbehandlung?

Insgesamt gesehen soll die Krankheits- und Behandlungseinsicht bei Patienten und auch bei den Angehörigen gefördert werden. Zum migrantenspezifischen Setting gehört insbesondere auch die intensive Beratung von Angehörigen, auch um eine vertrauensvolle Beziehungsaufnahme zu ermöglichen und sofern möglich z. B. im Rahmen des Family-Care-Programms (in der Nemexin-Ambulanz) auch die Einbindung von Angehörigen in das therapeutische Konzept vorzunehmen. Außerdem sollen auch Hilfen im Krankenhausalltag vermittelt werden.

Es folgt die Motivationsphase, in der die Erarbeitung und die Stabilisierung einer weiteren Abstinenzmotivation in Zusammenarbeit mit dem Stationsarzt und dem Sozialarbeiter folgen soll. In Vorbereitung, jedoch noch nicht regelhaft durchgeführt, ist es, spezifische Elemente aus dem Motivational Interviewing auch in die Arbeit mit suchtkranken Kranken zu implementieren. Als Beispiel sei angeführt, dass nach einem einstündigen Gespräch mit dem Migrationspädagogen gar nicht so selten die Rückmeldung kommt, das sei doch nur ein sehr kurzes Gespräch gewesen. Hier gibt es sicherlich auch Mentalitätsunterschiede zwischen den Menschen aus den GUS Staaten und der Bundesrepublik.

Wesentlicher Punkt und auch immer wieder wichtig herauszustellen ist die Nachsorge oder auch Netzwerkphase. Hier soll eine gezielte suchtspezifische Nachsorge vorbereitet werden, entweder über die eigene Institutsambulanz, über die Nemexin-Ambulanz, die Substitutionsambulanz oder eine Suchtberatungsstelle, ggf. auch sollte eine ambulante Weiterbetreuung durch den Migrationspädagogen erfolgen bzw. eine Übergabe an den Verein für Gefährdetenhilfe (Bonner Patienten) oder an einen anderen extramuralen Träger. Durch regelmäßige Besprechungen auf der Arbeitsebene wird das Netz zur Versorgung suchtkranker Migrantinnen / Migrantinnen immer weiter geknüpft.

Zur weiteren Diskussionsanregung wurden in der Arbeitsgruppe verschiedene Fragen aufgeworfen zu dem Thema: Wissen wir genug über die Heimatländer der Migrantinnen/Migrantinnen und deren Kultur?

- Sind wir kompetent genug in religiösen Fragen (z.B. Christentum, orthodoxe Kirche, Islam)?
- Kennen wir die ländertypischen Geschlechterrollen?
- Was wissen wir über Krieg, Folter, Ausgrenzung, Naturkatastrophen, Traumatisierungen in den Heimatländern?
- Kennen wir das Suchtverständnis des Heimatlandes?
- Wie ist die psychiatrische Versorgung, das Stigma, in der Psychiatrie gewesen zu sein, im Heimatland?
- Wie können wir wirksam arbeiten?
- Wie können wir die Effekte unserer Arbeit darstellen?
- Wie können wir Netzwerke aufbauen?
- Wo gibt es Schnittstellen?
- Wo gibt es Verbündete?

Viele dieser Fragen wurden in der Arbeitsgruppe angesprochen, nicht zu allen Fragen war ein abschließendes Meinungsbild zu erhalten. Grundsätzlich stellte sich in der Arbeitsgruppe dar, dass die Übergänge zwischen ambulanter Beratung und Behandlung, dem qualifizierten stationären Entzug und der rehabilitativen Entwöhnungsbehandlung weicher gestaltet werden sollten und eine kontinuierliche Betreuung über die üblichen Behandlungsstrukturen und Abgrenzungen (Suchtberatungsstelle/psychiatrisches Krankenhaus/Entwöhnungsklinik) hinaus möglich sein sollte.

Kritisch diskutiert wurde auch die Frage der Ausländerspezialisierung. Es wird nicht möglich sein, für jede ausländische Gruppierung in der Bundesrepublik Deutschland ein spezifisches Angebot vorzuhalten. Dennoch wurde überwiegend die Meinung geäußert, dass die interkulturelle Kompetenz - einmal aufgebaut - auch anwendbar ist auf unterschiedliche Ausländergruppen. Auf die kritische Nachfrage, ob sich das eigene Suchtverständnis verändert hat durch die regelhafte

Auseinandersetzung mit dem Suchtverständnis anderer Kulturen, gab es differente Einschätzungen.

Nahezu im gesamten Suchtbereich gibt es relativ zu wenig Patientinnen oder Klientinnen in den Einrichtungen, obwohl auch Frauen in relevanter Anzahl an Abhängigkeitserkrankungen leiden. Dieser Effekt scheint noch stärker ausgeprägt zu sein bei den unterschiedlichen ausländischen Gruppierungen. Einzelne Diskutanten wiesen darauf hin, dass durch die gleichzeitige Aufnahme von Paaren es möglich sei, auch suchtkranke Migrantinnen adäquat versorgen zu können.

Als wichtiges Phänomen wurde auch die Ko-abhängigkeit angesprochen, die bei den Eltern mit Migrationshintergrund von suchtkranken Kindern häufig anzufinden ist. Hier wurde die Erfahrung berichtet, dass ein zu rasches und zu wenig sensibles Ansprechen dieser Thematik zu Kontaktabbrüchen führt.

Zusammenfassend kann darauf hingewiesen werden, dass wir in einer multikulturellen Gesellschaft leben, dass die multikulturelle Gesellschaft auch ein multikulturelles Gesundheitssystem mit spezifischen Anforderungen benötigt, dass es wichtig ist, den zukünftigen Nutzern mit Migrati-

onshintergrund zu verdeutlichen, dass der deutsche Staat sich im Gesundheitsbereich nicht als Zwangsstruktur und Zwangsinstrument versteht, sondern hilfreiche Strukturen zur Verbesserung der Lebenssituation, der Gesundheit und der Lebensqualität zur Verfügung stellen möchte. Auf die Notwendigkeit der engen kommunalen Vernetzung der unterschiedlichen Leistungsanbieter und der Absprache der spezifischen Behandlungsangebote und der strukturübergreifenden kontinuierlichen Betreuung soll als Kernaussage verwiesen werden.

Verwandte Literatur:

Akbiyk, O.: Thesen zur Suchtprävention von MigrantInnen aus der Sicht der interkulturellen Beratung und Therapie (unveröffentlichtes Manuskript Berlin 1999).

Banger, M., Jahn, V., Driter, J. (2002) Zur Versorgung suchtkranker Migranten in Bonn (Projektstandbericht).

Migration und Sucht. Dokumentation 4/2002 Landeszentrum für Zuwanderung NRW.

Migrationsbericht der Ausländerbeauftragten im Auftrag der Bundesregierung 2002.

Sybille Teunißen

AG 2 „Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung“

Impulsreferat:

Im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation mit dem grundlegenden Ziel der beruflichen (Re-)Integration auf der Basis einer langfristigen Suchtmittelabstinenz muss es um die Gestaltung von Behandlungsstrukturen, -angeboten und Interventionsstrategien gehen, die geeignet sind, die Integration im Mikrokosmos „Therapeutische Gemeinschaft“ und darüber hinaus die Teilhabe an der Gesellschaft zu befördern. Dafür ist es wesentlich:

- ein spezifisches auf das Klientel der Migrantinnen/Migranten ausgerichtetes Konzept zu entwickeln,
- eine gezielte Aufklärungsarbeit möglichst schon im Vorfeld des Therapieantritts über Ziele und Inhalte von Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen,
- die individuelle Bedeutung der Migration mit ihren prä-, peri- und postmigratorischen Bedingungen, Bewältigungskompetenzen und Belastungen gemeinsam mit den Patientinnen/Patienten zu erheben,
- die Entwicklung und Funktion des Suchtmittelmissbrauchs im Zusammenhang mit der Migrationserfahrung (und im Vorfeld) zu verstehen,
- Psychoedukation zum Suchtverständnis und zur Entwicklung einer abstinenter, gesundheitsbewussten Lebensführung anzubieten,
- an den spezifischen Ressourcen und bisherigen Lösungsversuchen der Patientinnen/Patienten zur Bewältigung von Krisen bereits in der Diagnostik- und Behandlungsplanungsphase anzusetzen,
- den Willen zur Auseinandersetzung mit der Integrationsthematik bei den Patientinnen/Patienten zum Entscheidungskriterium für oder gegen eine Fortsetzung der Therapie zu machen,
- spezifische Fördermaßnahmen zur Verbesserung der Integration anzubieten und zu vermitteln, z.B. Deutschkurse, Rechtsberatung, soziales Kompetenztraining etc.,
- den Einsatz von individuumszentrierten und mehr gruppendynamisch ausgerichteten Behandlungsstrategien in der Therapie abhängig von der relativen Stärke der Migrantinnen/Migranten bezogen auf die gesamte Patientenschaft sinnvoll abzuwägen, die Familien möglichst von Beginn der Therapie mit einzubeziehen.

Ergebnisse des Arbeitsgesprächs:

Entsprechend der in der Arbeitsgruppe vertretenen Versorgungsbereiche wurde zunächst eine Sammlung von interessierenden Fragen und Themen unter den Anwesenden erstellt. Darauf aufbauend wurden einzelne Fragestellungen ausführlich besprochen. Im Folgenden werden die Ergebnisse des Fachgesprächs zusammengefasst. Alle genannten Themenwünsche werden im Anhang unkommentiert aufgelistet, um damit auch einen Anstoß für weitere notwendige Fachdiskussionen zu geben.

Zunächst wurde die Frage erörtert, wieso insbesondere die Gruppe der sog. Spätaussiedler offensichtlich nur begrenzt die (Beratungs-)Angebote der Suchtkrankenhilfe nutzt. Die Diskussion über mögliche Hintergründe erbrachte, dass es dieser Klientel anscheinend schwer fällt, sich überhaupt (gegenüber deutschen Fachkräften) als hilfebedürftig zu definieren und eventuell Probleme bestehen, sich auf das sprachorientierte Beratungsangebot einzulassen. Positive Erfahrungen bestanden bei den Anwesenden, wenn das Beratungsangebot örtlich günstig für die Zielgruppe liegt, auch bei stadtteilorientierter und/oder aufsuchender Arbeit. Außerdem erscheint es nützlich, russischsprachige Beraterinnen/Beratern einzusetzen und die Familien möglichst frühzeitig mit einzubeziehen.

In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass zur Zeit in der Frage der Integration von Migrantinnen/Migranten einseitig russlanddeutsche Menschen in den Vordergrund gestellt würden.

Die Frage nach integrationsfördernden Rahmenbedingungen in der stationären medizinischen Rehabilitation nahm in der Diskussion breiten Raum ein. In Bezug auf die Sprachregelung in den Einrichtungen wird die deutsche Sprache einheitlich als Therapiesprache angewandt, wobei die Verwendung einer anderen Sprache im Klinikalltag nicht sanktioniert wird. Selbstverständlich wird auf spezifische Ernährungsgewohnheiten Rücksicht genommen. Der Bezug auf Rituale kann eine Unter-

stützung im Prozess der Eingliederung in die therapeutische Gemeinschaft darstellen. Wesentlich bei der Realisierung einer gelingenden Integration von Migrantinnen/Migranten erscheint die Einnahme einer grundsätzlich offenen, neugierigen und akzeptierenden therapeutischen Haltung. Dabei, so wurde deutlich vermerkt, geht es aber auch darum, sich selbst klar zu werden, auf welche Positionen man als Therapeutin/Therapeut nicht verzichten will. Außerdem wurde am Beispiel eines türkischen Patienten, der sich weigert, seiner Putzverantwortung nachzukommen, besprochen, inwieweit es sich bei manchen Konflikten nicht eher um ein Beziehungs- statt um ein kulturspezifisches Problem handelt. Die zur Sicherung des Reha-Erfolges häufig indizierten nachfolgenden Adaptions- oder anderen Nachsorgemaßnahmen scheinen gerade vom Klientel der Aussiedler weniger angenommen zu werden. Hier ist eine weitere fachliche Profilierung von Einrichtungen notwendig, ebenso wie die Entwicklung eines entsprechend differenzierten Netzes von Angeboten der ambulanten, teilstationären, stationären und nachsorgenden Suchtkrankenhilfe. Zuletzt wurde noch zu bedenken gegeben, inwieweit die Suchtkrankenhilfe Verantwortung für eine umfassende Integration von Migrantinnen/Migranten übernehmen kann, angesichts eines gesamtgesellschaftlich nur ungenügend gelösten Problems.

Anhang

Übersicht über die Themen- und Fragensammlung der Teilnehmenden des Fachgesprächs

Bereich Suchtberatungsstelle / Niedrigschwellige Angebote

Gibt es Wegweiser, Arbeitskreise etc. für NRW, die die Vermittlung von Migrantinnen/Migranten in Fachkliniken, soziotherapeutische Heime erleichtern können?

Warum befinden sich relativ wenig Russlanddeutsche in manchen niedrigschwelligen Einrichtungen?

Was sind gute Fragen in der Anamnese, die Menschen aus den früheren GUS-Republiken das Gefühl geben, „erkannt“ zu sein, die diagnostisch hilfreich sind?

Bereich Qualifizierter Alkohol- und Drogenentzug

Gibt es Erfahrungen damit, die im Herkunftsland vorherrschenden Krankheits- und Behandlungskonzepte in die therapeutische Arbeit bei Migrantinnen/Migranten mit einzubeziehen?

Schwere Erreichbarkeit bei jungen Russlanddeutschen, speziell im Alkoholbereich?

Thema „Codierung“ und Umgang damit? Rückgang der Fallzahl von jugendlichen Migrantinnen/Migranten unter 18 Jahren, deutet das auf einen sinkenden Bedarf hin?

Bestehende Suchthilfeangebote werden von den russlanddeutschen Patientinnen/Patienten nur schlecht angenommen. Wie können effektive ambulante und/oder stationäre Angebote aussehen, um die Akzeptanz und das Interesse bei Migrantinnen/Migranten zu erhöhen?

Problem des Abbruchs ganzer Gruppen von Patientinnen/Patienten?

Bereich Justizvollzugsanstalt

Wie können Perspektiven erarbeitet werden, wenn der Zugang zu einer stationären Therapie nicht möglich ist (ausländerrechtlicher Status)?
Problematik Misstrauen gegenüber der Institution inklusive Sozialdienst?

Wie kann man Offenheit bezüglich Behandlungsangeboten wecken?

Bereich stationäre medizinische Rehabilitation

Was sind hilfreiche Bedingungen der Herstellung einer therapeutischen Beziehung im Kontakt mit Migrantinnen/Migranten?

Welche Nachsorge ist indiziert bei suchtkranken Migrantinnen/Migranten nach einer spezialisierten Entwöhnungsbehandlung?

Umgang mit der Muttersprache von Migrantinnen/Migranten im Therapiealltag?

Wie sind die Erfahrungen in der Angehörigenarbeit bei Russlanddeutschen?

Umgang mit Gruppenkohäsion/-bildung der Russlanddeutschen? Fördermaßnahmen zur Integration in die therapeutische Gemeinschaft?

Doppeldiagnose Sucht und Psychose: Pädagogische Konzepte für verschiedene Migrantengruppen, besonders aus der Türkei und bei Aussiedlern?

Wie geht man in den Reha-Einrichtungen mit Verpflegung und religiösen Festen bei Muslimen um?

Was heißt interkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Russlanddeutschen?

Was für Alternativen gibt es zu verbalen Therapieangeboten?

Wie kann man eine interkulturelle Öffnung in einem monokulturellen Team hinkriegen?

Umgang mit Rückfällen?

Gibt es Hinweise darauf, dass das Geschlecht des/der Therapeuten/in bei Migrantinnen/Migranten (z.B. Russlanddeutsche, Polen) eine stärkere Rolle spielt als bei deutschen Patienten?

Sucht- und Behandlungsverständnis: Wie kann die Integration fremder Modelle konkret gehen (autoritär versus demokratisch, Rolle der Frau etc.)?

Umgang mit Verstrickung in kriminelle Organisationen (besonders bei russlanddeutschen Patientinnen/Patienten)?

Wie kann man besser auf die Ausgrenzung von Migrantinnen/Migranten durch

deutsche Patientinnen/Patienten eingehen?

Umgehensweise mit kultureller Entwurzelung? Wenn das Werte- und Normensystem schon im Herkunftsland schwierig war?

Akzeptanz der kulturellen Besonderheiten versus Bemühen um Integration - wie kann das konkret aussehen?

Frage der Eigenmotivation von Patientinnen/Patienten (häufig sehr viel Druck von den Familien)?

Problem der Haltung von Russlanddeutschen zu Alkohol?

Probleme mit der Vermittlung von Nachsorgemaßnahmen.

Dr. Peter Summa-Lehmann

AG 2 „Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung“

Im Rahmen der stationären qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger besteht ein Konsens über folgende Ziele: Es handelt sich um ein eigenständiges Behandlungskonzept. Dieses Konzept steht für alle Gruppen von Drogenabhängigen zur Verfügung und ist fest integriert in das regionale Netzwerk der Drogenhilfe, um so eine Integration sowohl stationärer Entzugs- und motivationsfördernder Behandlung als auch ambulanter Betreuungsmöglichkeiten mit einem möglichst niedrigschwelligem Zugang zu verknüpfen.

Hilfreiche Grundhaltungen

In einem interkulturellen Therapiesetting (Erim, Psychotherapeut 2002) sind Akzeptanz des Anderen, interkulturelle Offenheit und Klärung der verschiedenen Beziehungsaspekte von hoher Bedeutung.

Im Rahmen der Therapiestrategie ist es von Bedeutung, die individuellen Therapieziele auf die Tragbarkeit für die jeweilige ethnische Gruppe hin zu überprüfen und dann aktiv unterstützende Interventionen anzuwenden. Sowohl die Förderung der Ressourcen des Kollektivs als auch des einzelnen Individuums in ihrer Wechselbeziehung sollten berücksichtigt werden.

Zugangsbarrieren

Diese sind vornehmlich begründet in Sprachbarrieren, kulturellen Hemmnissen, z. B. mangelndes Vertrauen in die Verständigungsmöglichkeiten sowie Unkenntnis über die verschiedenen Angebote.

Auch das Image der verschiedenen Einrichtungen und der jeweiligen Behörden spielt eine Rolle als Barriere. Hinzu tritt die Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen oder Folgen für die Arbeit (vgl. Ünal, 1997, Fachtagung Sucht und Migration).

Migrantinnen/Migranten bringen ihre Probleme, Gefährdungen und Belastungen mit und stoßen auf weitere Anforderungen in der deutschen Gesellschaft, die sie durch Anpassungs- und Lernleistungen bewältigen müssen. Die Reihenfolge der verschiedenen Anpassungsleistungen hat sich verschoben und ist auch für die jeweilige Ethnie unterschiedlich. Hinzu treten die speziellen Probleme von Folteropfern, Frauen, alten Menschen und Kranken sowie das unterschiedliche Verständnis von Körperlichkeit und Abhängigkeit.

Nach meiner Erfahrung lassen sich in der Behandlungspraxis grob zwei Gruppen unterscheiden (über die Ethnien hinweg). Diese sind:

1. Gruppe der Visitoren (Besucher), die nur die Einrichtung nutzen wollen, ohne weitere Veränderungsinteressen oder Förderungswünsche,
2. die Klienten (Patienten, „Kunden“), die motivierbar sind zu weiteren therapeutischen Maßnahmen und auch motiviert sind, im jeweiligen Behandlungskonzept mitzuarbeiten. Diese sind auch offen für spezielle Fördermaßnahmen und in der Regel auch um entsprechende Sprachkompetenz im Deutschen bemüht.

Während der kurzen stationären Behandlungsphase im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger (ca. 3 Wochen) ließe sich über eine „Checkliste“ ein Grobraster bezüglich der individuellen Problem- und Belastungskonstellationen aufstellen und eine entsprechende spezifische Hilfsermittlung aufbauen.

Allgemeine Hilfen wurden von den einzelnen Kommunen bereits erstellt wie z. B. ein mehrsprachiger Gesundheitswegwei-

ser für die Stadt und den Kreis Düren oder ein Wegweiser für Migrantinnen/Migranten in der Stadt und den Kreis Aachen. Zusätzlich wurden Flyer, Broschüren und Publikationen in verschiedenen Sprachen publiziert und entsprechende Hilfseinrichtungen für die Beratung von Migrantinnen und Migranten aufgebaut.

Für das stationäre Setting liegen seitens der verschiedenen Kliniken Kurzinformati-
onen in verschiedenen Sprachen vor oder werden vorbereitet.

Mittels einer psycho-somato-sozialen Gefährdungsliste könnte hier in dem Workshop ein Profil der verschiedenen Ethnien bezüglich ihrer Belastungsfaktoren erstellt werden.

Die politische und auch fachliche Forde-
rung nach spezifischen Integrationsmaß-
nahmen wird in unterschiedlichem Aus-
maß bereits im Rahmen der stationären
Behandlung realisiert und sollte weiter-
entwickelt werden.

Psycho-somato-soziale Gefährdungsliste

Schwierigkeiten	Russisch	Türkisch	Iranisch	Italienisch	Spanisch	Griechisch	Roma
Sprachprobleme (kaum Textverständnis)							
Kulturelle Anpassungsprobleme							
Wohnungssituation							
Finanzsituation							
Juristische Situation							
Arbeitssituation							
Ausländerrechtlicher Status							
Deliktbelastung							
Konsummuster							
Traumatisierung als Frau							
Soziale und familiäre Einbindung							
Typ der Bewältigungs- strategien							

Dr. Martin Reker Arif Ünal

AG 3 „Migrationshilfe und Qualifizierte Akutbehandlung“

Migrantinnen/Migranten gehören auf Drogenentzugsstationen zum Stammklientel, v.a. Russlanddeutsche, Türken und Kurden, aber auch Migrantinnen/Migranten aus Ex-Jugoslawien, Nordafrika, den anderen Mittelmeerländern, seltener Polen, Engländer oder Patientinnen/Patienten aus anderen westeuropäischen Nationen.

Im Grunde gibt es auf deutschen Drogenentzugsstationen gar kein Problem, weil alles nach bewährtem einheitlichem Standard läuft. Böse formuliert: Alles orientiert sich an der „Leitkultur“ deutscher Drogenentgiftungsstationen: Therapieprogramm hat oberste Priorität, wer nicht mit Kolleginnen/Kollegen über seine Probleme sprechen will, hat schon ein zusätzliches Problem; Regeln sind essentiell und müssen für alle gleich sein; mehr als zwei Besucher pro Entgifter führen unweigerlich ins Chaos; wer nicht mitspielt oder die Unwahrheit sagt, wird disziplinarisch entlassen.

Was wäre im Gegensatz dazu eine kultursensible Entzugsbehandlung? Russlanddeutsche würden von „Labergruppen“ freigestellt und dürften von Beginn an arbeiten. Eigenes Fehlverhalten gegenüber Institutionsvertretern offen anzusprechen, muss von vielen Russlanddeutschen erst gelernt werden. Bis dahin wird viel geschwindelt. Der Respekt vor ärztlichen Autoritäten könnte im Sinne patriarchalischer Strukturen Osteuropas von Therapeuten-seite offensiver ausgenutzt werden.

Italiener dürften „mediterran“ entgiften. Subjektives Leiden im Entzug dürfte voll ausgelebt werden. Im Zweifel dürfte man mit Waschläppen auf der Stirn den ganzen Tag im Bett bleiben und sich bemitleiden lassen. Familienmitgliedern mit ihren mitgebrachten Lebensmitteln dürften in gro-

ßen Gruppen auf Station, um den Entzügigen auch zu bemitleiden, zu stützen und zu (ver-)pflegen.

Sind solche kultursensiblen Entzugsbehandlungen wünschenswert, möglich, sinnvoll, kontraindiziert oder sogar der Anfang vom Ende auf dem Weg ins Chaos ?!

In der folgenden Diskussion standen diese Aspekte nicht mehr im Mittelpunkt. Stattdessen stellte sich die Frage, ob und ggf. in welchem Umfang eine kultursensible Nachsorge im Anschluss an die qualifizierte Entzugsbehandlung stattfinden kann.

Im Mittelpunkt der Diskussion stand dabei der Gedanke der Selbsthilfe für Migrantinnen/Migranten. Ausgangspunkt war das erfolgreiche Experiment einer türkischen Selbsthilfegruppe für Drogenabhängige in Duisburg.

Bei dem folgenden Austausch zeigte sich, dass kulturspezifische Selbsthilfegruppen besondere Bedarfe haben. Häufig benötigen sie für mindestens 2 Jahre eine Gruppenanleitung, bevor sie so eigenständig sind, dass sie auch selbst klarkommen und sich ggf. melden können.

Um diese Themen in die einzelnen kulturspezifischen Gruppen zu implantieren, braucht es Brückenbauer, oft Migrantinnen/Migranten in der 2. Generation, die das Bindeglied herstellen zwischen den eigenen Eltern und/oder Verwandten und der Einrichtung.

Viele Migrantinnen/Migranten und deren Angehörige kennen sich nur unzureichend im deutschen Gesundheitssystem aus. Migrantinnenberatungsstellen wie in Köln müssen vermehrt eingerichtet werden und

Informationen zum Teil aufsuchend an die Migrantinnen/Migranten heranbringen.

Die Kenntnis kultureller Besonderheiten in einzelnen Ländern und Regionen ermöglicht es dann, Schwellen in der Therapie abzubauen. So gibt es im türkischen Strafgesetzbuch einen eigenen Paragraphen, der besonders ehrenrührige Straftaten benennt. Dazu gehört unter anderem auch der Besitz, Konsum und Handel mit illegalen Drogen. Türkische Drogenkonsumenten scheuen sich deswegen oft besonders, sich zu ihrem Drogenkonsum zu bekennen und Hilfe aufzusuchen. Eine andere Spezifität türkischen Konsums illegaler Drogen besteht darin, dass viele junge Türken sich vor Injektionsnadeln fürchten und deswegen nur inhalativ harte Drogen konsumieren. Das trage dazu bei, dass die Tendenz zur Verwehrlosung unter türkischen Drogenkonsumenten sehr viel weniger ausgeprägt sei als zum Beispiel bei Deutschen. Dadurch gelinge es

türkischen Drogenkonsumenten aber auch besser, ihren Drogenkonsum vor der eigenen Familie lange geheim zu halten.

Die Gesamtdiskussion hat gezeigt, dass die Grundproblematik von Migrantinnen/Migranten im Drogenhilfesystem den beteiligten Institutionen bewusst ist. Viele traditionelle Drogenhilfeeinrichtungen haben aber oft noch Probleme damit, adäquate Nachsorgeangebote und komplementäre Hilfen bereitzustellen zu können. Von den an der Diskussion beteiligten Migrantinnen/Migranten wurde die Notwendigkeit verstärkter Hilfen zur Selbsthilfe in den Mittelpunkt gerückt. Einige komplementäre Hilfeangebote, z.B. betreutes Wohnen für Migrantinnen/Migranten in Wuppertal, haben sich dabei inzwischen besondere Kompetenzen erworben, auf die z.T. überregional Bezug genommen werden darf.

Dr. Thomas Kuhlmann

Fazit

Als diese Fachtagung von den Veranstaltern gemeinsam initiiert wurde, wollten wir ein aktuelles und nach wie vor drängendes Problem der Drogenhilfe ansprechen, welches trotz mehrerer ähnlich ausgerichteter Tagungen weiterhin aktuell ist. Unsere diesbezüglichen Erwartungen wurden weit übertroffen: Obwohl in Düsseldorf am Tag zuvor eine fast gleich lautende Veranstaltung - im Verhältnis zu dieser recht kurzfristig - stattfand, waren beide Tagungen sehr gut besucht: Mit ca. 130 Besuchern war keinesfalls zu rechnen.

In der Diskussion ist deutlich geworden, dass die Erwartungen an dieses Thema sehr heterogen sind und seitens vieler Teilnehmerinnen/Teilnehmer weit über den Fokus „Herausforderung bei der Integration russlanddeutscher Patienten bzw. Klienten“ hinausgehen, sei es bzgl. der Gruppe von Menschen aus der Türkei, dem Iran oder anderen Ländern bzw. den Integrationsschwierigkeiten von sog. Migrantinnen/Migranten der dritten Generation, zum Teil Bürgerinnen/Bürger mit deutschem Pass.

Die große Beteiligung, das Engagement während der Diskussion in den Arbeitsgruppen und die Vielzahl aufgeworfener Fragen verdeutlichen, dass mit der Tagung ein drängendes, jedoch ungenügend beachtetes Thema angesprochen wurde, welches dringend weiterer Vertiefung und vor allem der Kooperation vor Ort bedarf. Neben den vielfältigen Anregungen, welche seitens der Hauptreferenten und in den Arbeitsgruppen entwickelt und angesprochen wurden, sind meines Erachtens folgende Aspekte hervorzuheben, welche die Tagung im Sinne eines Roten Fadens geprägt haben:

1. Das Spannungsverhältnis zwischen notwendiger interkultureller Kompetenz

bzw. Kultursensibilität auf der einen und klarem, aber auch flexiblem Standpunkt auf der anderen Seite: Um Menschen mit anderem soziokulturellem Hintergrund helfen zu können, müssen wir sie verstehen und auch bereit sein, auf sie zuzugehen. Andererseits ist für diese Offenheit ein eigener klarer Standpunkt erforderlich. Auf Menschen mit anderem kulturellem Hintergrund zuzugehen, heißt nicht, eigene Wertvorstellungen aufzugeben, sich unterzuordnen, sondern erfordert im Gegenteil eine klare, eindeutige und nicht konfrontative eigene Haltung, einen eigenen Standpunkt als Basis für einen empathischen Zugang (auch) zu dieser Zielgruppe. Wir müssen bereit und fähig sein, auch um Wertvorstellungen zu ringen. Dafür müssen wir eine eigene Position einnehmen, ohne die jeweils andere Position zu missachten oder abschätzig zu behandeln.

2. Interkulturelle Kompetenz wird im Idealfall begleitet durch die Integration von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, die selbst einen Migrationshintergrund haben und z. B. die Muttersprache der jeweiligen Klientinnen/Klienten selbst kennen. Wir können jedoch nicht abwarten, bis in jedem Team - sei es in der Drogenhilfe, den Stationen zur qualifizierten Akutbehandlung oder Langzeittherapie - Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit deutschen, russischen, ukrainischen, türkischen, italienischen, polnischen etc. Sprachkenntnissen und soziokulturellem Hintergrund mitarbeiten. Das heißt, auf Godot zu warten.

Deshalb müssen wir uns diesen Herausforderungen stellen, in dem wir uns in den jeweiligen Institutionen auf unsere Stärken und Grenzen besinnen und stärker darauf achten, uns gegenseitig an den Schnitt-

stellen durch Kooperation zu ergänzen: Wenn bestimmte Kompetenzen in den Beratungsstellen, in den Migrationshilfen, den Teams der qualifizierten Akutbehandlung oder der Langzeittherapie bereits vorhanden sind, in einigen der anderen Institutionen jedoch nicht, so müssen wir uns gegenseitig ergänzen, um eine gemeinsame Grundlage, ein gemeinsames Verständnis ringen, kurz: Im Alltag konkret kooperieren.

Deutschland ist längst ein Einwanderungsland. Dieser Prozess wird sich verstärken. Inwiefern er durch integrationsfördernde sozialpolitische Maßnahmen unterstützt oder aber behindert wird, ist eine offene Frage. Sicher ist allerdings, dass die damit verbundenen Herausforderungen für alle Institutionen der Drogenhilfe wachsen werden. Diesen Herausforderungen müssen und können wir auch und gerade durch verstärkte Kooperation begegnen.

Auf diese Kooperation zu verzichten, heiße Chancen und Aufgaben zu vernachlässigen. Indem wir uns der Aufgabe stellen, diese Kooperation anzupacken und weiterzuentwickeln, verbessern wir die Hilfsangebote zugunsten der Zielgruppe, ohne unsere Aufgaben zu vernachlässigen und stärken unsere eigenen Überlebenschancen: Wenn wir uns den veränderten und wachsenden Herausforderungen nicht stellen, mit denen wir seitens unserer Klientinnen/Klienten bzw. Patientinnen/Patienten konfrontiert werden, wozu werden wir dann überhaupt gebraucht?

In diesem Sinne ist die Tagung ein ermutigendes Signal, dass wir gemeinsam eine wichtige Alltags- und Zukunftsaufgabe nicht tabuisieren, sondern konkret vor Ort anpacken und damit angemessene Lösungsansätze entwickeln: Und zwar gemeinsam!

Verzeichnis der Referentinnen und Referenten:

Michael van Brederode

Amt für Planung und Förderung / Koordinationsstelle Sucht
Landschaftsverband Rheinland
Hermann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln

Dr. rer. nat. Dietmar Czycholl

Psychologische Praxis Freudenstadt
Lauterbadstr. 31, 72250 Freudenstadt

Dr. Bernhard Bätz

Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gütersloh
Hermann-Simon-Straße 7, 33334 Gütersloh

Anette Finke

Fachklinik für Suchtkranke Casum/Loxtern in Borgholzhausen/Versmold
Casumer Str. 2, 33829 Borgholzhausen

Dirk Koster

Fachklinik für Suchtkranke Casum/Loxtern in Borgholzhausen/Versmold
Casumer Str. 2, 33829 Borgholzhausen

Wolfgang Schreiber

Drogenberatung Detmold
Sofienstr. 65, 32756 Detmold

Dr. Markus Banger

Rheinische Kliniken Bonn
Kaiser-Karl-Ring 20, 53113 Bonn

Sybille Teunißen

Fachklinik Beusinger Mühle Bad Sassendorf
Beusingen 36, 59595 Bad Sassendorf

Dr. Peter Summa-Lehmann

Rheinische Kliniken Düren
Meckerstr. 15, 52353 Düren

Arif Ünal

Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten Köln
Marsilstein 4 - 6, 50676 Köln

Dr. Martin Reker

Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
der Krankenanstalten Gilead Bielefeld
Remterweg 69 - 71, 33617 Bielefeld

Dr. Thomas Kuhlmann

Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach
Schlodderdicher Weg 23 a, 51469 Bergisch-Gladbach

Georg Seegers

Diözesan-Caritasverband Köln
Georgstr. 7, 50676 Köln