

Pittrich W., Rometsch W., Sarrazin D. (Hrsg.)

Sucht und Migration

*- Konzepte und Praxis vor
Ort erleben und erfahren -*

- Fachtagung „on tour“ -

26. / 27. Juni 2001

Ansichtsexemplar

Forum Sucht

Band 29

ISSN 0942-2382



Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle Sucht
Leiter: Wolfgang Rometsch
Warendorfer Straße 25-27
48133 Münster

Redaktion: Doris Sarrazin
Bearbeitung: Elisabeth Rocklage
Satz und Druck: Joh. Burlage, Münster

1. Auflage
1 - 2.500

Münster 2002

Sucht und Migration
- Konzepte und Praxis vor Ort
erleben und erfahren -

- Fachtagung „on tour“ -

26. / 27. Juni 2001

Inhaltsverzeichnis

	Seiten
Vorwort	5
I. Migration und Sucht in Deutschland	7
Ramazan Salman, Hannover	
II. Das Projekt "Suchtprävention und -beratung für junge Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler" ...	19
Eva Kohl, Duisburg	
III. Migrationssozialarbeit als Aufgabenfeld der Drogenprävention	41
Mathias Hofmann, Detmold	
IV. Erfahrungen mit einer spezialisierten Konzeption zur stationären Behandlung alkohol- und drogenabhängiger Migranten	59
Andreas Braun, Attenweiler	
V. Praxis der Behandlung abhängigkeitskranker Migranten in der Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Warstein	71
Bernhard Bätz, Warstein	
VI. Langzeittherapie für Alkohol- und Medikamenten-abhängige aus den ehemaligen Ostblockstaaten - Ein Erfahrungsbericht	93
Antje Prager-Andresen, Warstein	

Vorwort

Mindestens 300.000 Migrantinnen und Migranten in Deutschland sind Schätzungen zufolge von Alkohol, Medikamenten und/oder Drogen abhängig (Czycholl 1998). Bisher erreichen die Einrichtungen des Suchthilfesystems nur einen relativ kleinen Teil dieser Klientengruppen. Zugangsbarrieren wie mangelnde Information über das Hilfsangebot, aufenthaltsrechtliche Schwierigkeiten sowie sprachliche Probleme erschweren den Migrantinnen und Migranten den Weg zu den Diensten und Einrichtungen der Suchthilfe. Doch auch wenn diese Klientengruppe Hilfeleistungen in Anspruch nimmt, kann Fremdheit auf beiden Seiten leicht zu Missverständnissen und Verunsicherung führen.

Mittlerweile gibt es einige Einrichtungen mit speziellen Angeboten für suchtmittelabhängige Migrantinnen und Migranten. Auf der Fachtagung „on tour“ stellte die Koordinationsstelle Sucht vorhandene Projekte der Suchthilfe in Westfalen-Lippe vor.

Durch die Besichtigung der Praxis vor Ort und den Fachaustausch mit den dort Beschäftigten sowie durch Berichte von Expertinnen und Experten aus anderen Einrichtungen wurden Konzepte und Erfahrungen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern intensiv und anschaulich vermittelt. Das Pilotprojekt der Fachtagung „on tour“ kann als voller Erfolg bewertet werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten viele Anregungen für ihre Arbeit mit nach Hause nehmen.

Die Koordinationsstelle Sucht beschäftigt sich weiterhin mit dem Thema: Ende 2001 wurde eine Fragebogenaktion bei Einrichtungen der Suchthilfe zu ihren Angeboten für Migrantinnen und Migranten durchgeführt. Weiterhin startete im Februar 2002 eine Fortbildungsreihe zu Sucht und Migration, in der den Beschäftigten der Suchthilfe die notwendige interkulturelle Kompetenz vermittelt wird. Auf Wunsch der Teilnehmenden der Fachtagung wird im Herbst ein Arbeitskreis zum regelmäßigen Fachaustausch zu den Erfahrungen mit migrationspezifischen Angeboten eingerichtet.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern viele Anregungen und praxisbezogene Hilfe für die eigene Arbeit.

Dr. Wolfgang Pittrich
Landesrat

Wolfgang Rometsch
Referatsleiter

Doris Sarrazin
Fort- und Weiterbildung

Migration und Sucht *Erfahrungen und Perspektiven*

Ramazan Salman

Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.
Königstraße 6

30175 Hannover



Inhalt

I. Ausgangslage und Aufgaben

**II. Migrationsspezifische und soziokulturelle Grundlagen
interkultureller Suchthilfe**

III. Perspektiven und Ausblick

Literatur

I. Ausgangslage und Aufgaben

Im vergangenen Jahrzehnt ist den gesundheitlichen und sozialen Problemen von Migranten und Flüchtlingen immer mehr Aufmerksamkeit gewidmet worden. Die Sorge um die Gesundheit von Migranten hat triftige politische und wirtschaftliche Gründe. Die Gesundheit spielt für den Integrationsprozess von Migranten und ihren Familien in die Gesellschaft des Gastlandes eine äußerst wichtige Rolle. Für die Betroffenen bringt Migration mehr oder weniger große innere (psychische) und äußere (soziale) Veränderungsanforderungen mit sich, die sich nachhaltig auf die Gesundheit der Migranten auswirken (OESTEREICH 2000). Für Professionelle in der Suchthilfe stellt daher die soziale Integration dieser Menschen, die zumeist aus anderen uns "fremd" erscheinenden Kulturen stammen, eine Herausforderung dar, sich zunehmend konzeptionell, planerisch und ökonomisch mit diesen Erfordernissen auseinander zu setzen (HEGEMANN & SALMAN 2001).

Der Schutz und die Verbesserung des gesundheitlichen Status von Migranten ist aus sozialer und integrativer Perspektive bedeutsam; denn auf diesbezügliche Ungleichheiten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung wurde auch hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen in den meisten europäischen Immigrationsstaaten bereits mehrfach hingewiesen (COLLATZ 1995). Dies hängt teils mit der Art der Erkrankungen zusammen und teils mit der Akzeptanz gegenüber den verfügbaren Leistungen, sofern sie den Betroffenen überhaupt zugänglich sind. Tatsächlich ist mit Besorgnis festgestellt

worden, dass die erwähnten Gruppen nicht immer über die üblichen Wege des Gesundheits- und Wohlfahrtsystems erreicht werden können (COLLATZ 1995). Von dieser Problematik ist insbesondere auch die Suchthilfe in Deutschland betroffen.

Migranten sind einem deutlich höheren Suchterkrankungsrisiko ausgesetzt, als die durchschnittliche Gesamtbevölkerung (SALMAN, TUNA & LESSING 1999; ABDULRAHIM, WHITE & PHILLIPS 1994; Council of Europe 1998). Sucht- und Jugendhilfeeinrichtungen verweisen mit Nachdruck auf die stetig wachsende Zahl der Konsumenten harter Drogen besonders bei Personen osteuropäischer (CZYCHOLL 1998) und türkischer Herkunft (SALMAN, TUNA & LESSING 1999). Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Suchterkrankungen bei Migranten mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem der größten sozialen und gesundheitlichen Probleme von Migranten in Deutschland - und auch in den anderen europäischen Immigrationsstaaten - geworden sind.

Drogenabhängige (stationäre Herausforderungen), ihre Angehörigen (beraterische Herausforderungen) und ganz allgemein an diesem Thema interessierte und ratsuchende (präventive Herausforderungen) Migranten, sind somit zu einer wichtigen Zielgruppe der Suchthilfeeinrichtungen geworden. Die Professionellen in der Suchthilfe lassen jedoch häufig Hilflosigkeit und Unbehagen im Umgang mit ihren nicht-deutschen Klienten und Patienten erkennen. Es sind nur selten die Migranten selbst, die sich über die offensichtlich geringe Reichweite und über fehlende, kulturell oder sprachlich ausgewogene Angebote der Suchthilfe und ihres Personals beklagen.

gen. Viel häufiger sind es die Mitarbeiter unserer Suchthilfedienste - beispielsweise Ärzte und Sozialarbeiter in den Kliniken - die sich über Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Klienten und Patienten aus anderen Kulturen äußern. Folgerichtig sollten bei der Planung und Entwicklung von Angeboten für Migranten nicht nur an den Interessen von "Kunden" orientierte Maßnahmen entwickelt werden, sondern auch Perspektiven und Erwartungen der Professionellen der Suchthilfe Berücksichtigung finden. Diese sollten konsequenter an Lösungskonzepten beteiligt werden als gegenwärtig praktiziert, denn sie sind diejenigen, welche die Praxis letztendlich gestalten sollen.

Die Fachkräfte unserer Suchthilfedienste benötigen in ihrem Wirken für ihre Klienten und Patienten mehr Unterstützung, damit sie vorhandene (gute) Angebote qualitätsgerecht und effizient - und auch für Migranten zugänglich - machen können. Generell können die komplexen und umfangreichen Herausforderungen nur integrativ in den bereits vorhandenen Regeldiensten bewältigt werden. Es lohnt sich jedoch, kulturspezifische und migrationssensible Angebote nicht in, sondern auch begleitend zu den vorhandenen Diensten anzubieten oder die Zusammenarbeit mit spezialisierten Migrationsdiensten zu verstärken. Angesprochen sind hier erfolgreiche migrationsorientierte Suchthilfedienste wie "MUDRA/ Dönüs" in Nürnberg - die Langzeittherapie-Einrichtung für drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft oder Abstammung (KAYA in: SALMAN, TUNA & LESSING 1999) - und die Fachklinik Hohenrodt in Attenweiler - die über langjährige Erfahrungen besonders mit osteuropäischen Migran-

ten und Aussiedlern verfügt (CZYCHOLL 1998) - oder "ODAK/ Nokta" in Berlin - die interkulturelle Sozialtherapieeinrichtung für Drogenabhängige aus dem türkischen und arabischen Kulturraum (AKBIYIK in SALMAN, TUNA & LESSING 1999) - sowie zahlreiche vergleichbare Dienste. Es handelt sich hierbei um Einrichtungen, die mit mehrsprachigen Arbeitsteams wirken und meistens ist ihre Besonderheit darin begründet, dass sie Migranten in deren Muttersprache behandeln oder beraten.

Leider erweist es sich in der Praxis als sehr schwierig, geeignete und an der Arbeit in der Suchthilfe interessierte Fachkräfte unter den Migranten zu finden und in die vorhandenen Einrichtungen der Suchthilfe einzustellen. Diese könnten einen großen Beitrag zur "Interkulturalisierung" der Suchthilfe leisten. Die Arbeit mit Suchtkranken ist sehr stark kulturellen Bewertungen ausgesetzt. Es gibt in Deutschland viele Einrichtungen oder Projekte, die Fachkräfte mit Migrationsbiographien, beispielsweise russischsprachige, einstellen wollten, aber keine solche Fachkräfte fanden. Die Migranten, besonders die Muslime unter ihnen, nehmen diesen Berufszweig, bedingt durch eigene kulturelle Wertskalen, bei weitem geringer an, als dies häufig seitens der kulturellen Majorität gewünscht wird. Hier wird ein konzeptionelles Defizit deutlich: Wie erreichen wir die Migranten als Fachkräfte oder als Klienten bzw. Patienten? Für die Zukunft wäre es wünschenswert, wenn Erfahrungen von erfolgreichen Institutionen und Projekten in diesen Bereichen stärker Berücksichtigung fänden und stärker zur Orientierung genutzt würden. Gute Beispiele für solche Projekte wären MUDRA/ DÖNÜS in Nürnberg oder ODAK in

Berlin. Es muss jedoch festgestellt werden, dass die Beteiligung von spezialisierten Migrationsdiensten oder verstärkte Berücksichtigung von Migranten bei der Besetzung von Arbeitsstellen in der Suchthilfe allein das Problem nicht beseitigen. Auch die deutschen Mitarbeiter in den vorhandenen Regeldiensten sind gefragt, ihre kulturellen und interkulturellen Kompetenzen zu erhöhen, damit die Versorgung in vollem Umfang und in einem differenzierteren Spektrum für Migranten zugänglich wird.

Es ist kaum davon auszugehen, dass ethnisch- oder migrantenspezifische Angebote für alle Migrantengruppen in ausreichender Form möglich sind und bundesweit angeboten werden können. Migrantenspezifische Einrichtungen außerhalb der Regelversorgung sind jedoch dort sinnvoll, wo die Regelversorgung kurzfristig keine befriedigenden Lösungen anbieten kann. Migrantenspezifische Einrichtungen sollten integrierend wirken und die Regeleinrichtungen der Suchthilfe eher ergänzen als ersetzen.

Der Einbezug migrationsspezifischer und soziokultureller Aspekte und die Berücksichtigung von Migrant/innen als spezielle Zielgruppe in den unterschiedlichen Handlungsfeldern der Suchthilfe begünstigt und begründet "Interkulturelle Suchthilfe" (SALMAN, TUNA & LESSING 1999). Deshalb ist es notwendig, die kulturellen, fachlichen und politischen Herausforderungen auf individueller sowie gesellschaftlicher Ebene, anzunehmen und Grundlagen für eine integrative Versorgung und für kultur-sensible Angebote in den Bereichen Beratung, Therapie, Prävention und Selbsthilfe zu schaffen (PAVKOVIC 1994; SALMAN, TUNA & LESSING 1999; GARDE-MANN, MÜLLER & REMMERS 2000).

Auf der organisatorischen Ebene gilt es in erster Linie Zugangsbarrieren zu senken und langfristig abzubauen (COL-LATZ 1995; PAVKOVIC 1994, 2000; SCHNELLER, SALMAN & GOEPEL 2001).

Insgesamt bleibt jedoch festzustellen, dass die angesprochenen Möglichkeiten häufig nur sehr schwer in die Praxis umgesetzt werden können. Ein Faktor ist sicherlich das mangelnde Problembewusstsein in der Politik und bei den Kostenträgern. Verstärkt bilden Kostenaspekte und nicht Qualität, Effizienz und Chancengleichheit die Ausgangslage von Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen. Einigkeit besteht meistens darin, dass alles besser werden soll, dass Migranten in ihrer Gesundheit gefördert und gesichert werden sollen, dass Dolmetscher verstärkt eingesetzt werden müssen, damit Regelangebote auch für sie zugänglicher werden können, dass kulturelle Kompetenzen auf Seiten der Fachprofessionen durch Fort- und Weiterbildung aufgebaut werden müssen etc. Zugleich besteht jedoch paradoxerweise auch Einigkeit darüber, dass keine zusätzlichen Kosten, kein zusätzlicher Zeitaufwand und keine zusätzlichen Verantwortlichkeiten die Folge sein dürfen.

Das Grundproblem scheint also nicht so sehr darin zu liegen, die Versorgungsbarrieren zu lokalisieren und entsprechende Konzepte zu ihrer Beseitigung zu entwickeln, sondern darin, wer die Verantwortung übernimmt, Vertrauen schafft, komplexe Veränderungen moderiert, beteiligte Institutionen vernetzt, "Brücken" zu den Migranten baut und wer für die notwendige finanzielle Grundlage sorgt.

II. Migrationsspezifische und soziokulturelle Grundlagen interkultureller Suchthilfe

Bei der Orientierung auf Patienten bzw. "Kunden" ist es wichtig, herkunftsgesellschaftliche, migrationsbedingte und subkulturelle Hintergründe der Migranten zu berücksichtigen. Es gibt Gesellschaften oder Subkulturen, in denen der Prozess der Individualisierung, wie ihn manche Soziologen nennen, und wie er in unserer Gesellschaft bereits weit fortgeschritten ist, noch ein geringes Niveau besitzt und in denen noch die kollektivistischen Sichtweisen dominieren (hierzu weiterführend: KRAUSE in: HEGEMANN & SALMAN 2001). In der Literatur werden die kollektivistisch geprägten Gesellschaften auch häufig als "Wir-Gesellschaften" und die individualistisch geprägten Gesellschaften als "Ich-Gesellschaften" bezeichnet. In "Wir-Gesellschaften" werden Interessen des Einzelnen dem Gemeinwohl - z. B. der Familie - untergeordnet.

In Migrantenfamilien sind besonders die älteren Generationen vehement bemüht, den Familienbund nicht auseinander fallen zu lassen und "Individualisierungstendenzen" zu unterbinden. "Ansehen" und "Ehre" der Familie spielen vielfach eine übergeordnete Rolle, der sich jedes einzelne Mitglied unterzuordnen hat. Bei Suchtproblemen wird daher in der Regel versucht, diese innerhalb der Familie oder der eigenen Gemeinschaft "verschwiegen" zu lösen. "Anonymität" wird bevorzugt und daher häufig, beispielsweise bei vielen türkischen Migranten, kalter Entzug bei einem

Heimataufenthalt versucht. Nach der Rückkehr kommt es nach solchen "Heimattherapien" nach nur kurzfristiger Abstinenz meistens zu raschen Rückfällen und einer weiteren Verschlechterung der Lage der Betroffenen. Lässt sich der Drogenkonsum eines Familienmitgliedes nicht mehr verheimlichen, kann die Familie sich für die Verstoßung - "Entfernung des kranken Organs aus dem Familienkörper zum Schutz des Gesamtgefüges" - oder, leider seltener, für die Unterstützung - "Heilung des kranken Organs des Familienkörpers zur Sicherung des gemeinsamen Überlebens" - des Süchtigen entscheiden. Die seltenere Entscheidung für die Unterstützung des Süchtigen geht dagegen eher von den Müttern aus. Die Mütter von (potentiellen) Suchtabhängigen sind daher wichtige Ansprechpartnerinnen, da sie "eher noch als die Väter über die Suchtabhängigkeit oder Suchtgefährdung ihrer Kinder informiert sind." (YÜKSEL in: SALMAN, TUNA & LESSING 1999).

Man muss sich jedoch stets vor Augen halten, dass ein Migrationsprozess, also das Anpassen an neue gesellschaftliche Strukturen und kulturelle Standards, ein sehr schmerzhafter Prozess ist. Jeder unter ihnen muss erkennen, dass er nicht so bleiben kann, wie er ist, und zugleich Ängste vor dem Verlust eigener kultureller Werte aushalten lernen. So mancher türkische Mitbürger oder Spätaussiedler unseres Landes muss beispielsweise die in der eigenen Subkultur praktizierten Beziehungsstrukturen zwischen Mann und Frau sowie zwischen Jung und Alt - also zwischen den Generationen - oder die Art und Weise, in der eigene religiöse Werte erlebt oder praktiziert werden, reflektieren. Gleiches trifft auf die Erzie-

hungsstile gegenüber Kindern zu, damit diese gute Startchancen ins Leben erhalten können. Migranten müssen sich nicht selten stark umstellen und sich mit der Aufnahmegesellschaft in gewissem Maße auch mischen, damit sie am Ende nicht in ethnischen oder kulturellen Reservaten leben. Diese Herausforderungen sind für jeden Einzelnen unter den Migranten psychisch belastend und sie bergen zahlreiche suchtfördernde Stressfaktoren:

- Generationskonflikte oder innerfamiliäre Zerreißproben,
- isolierende und ethnischierende Lebensbedingungen,
- Identitätskrisen, Rollenverluste und -diffusionen,
- Entwurzelungs-, Trennungs- und Enttäuschungsgefühle.

Hinzu kommt, dass ein Großteil der Migranten andere Sicht- und Umgangsweisen bezogen auf Krankheit und Gesundheit mitbringt. Dies trifft in ganz besonderem Maße auf psychiatrische Erkrankungen und Suchterkrankungen zu. Manche Störungen werden von Migranten, die aus stärker familienorientierten Gesellschaften stammen, seltener als Krankheit wahrgenommen, als dies bei Menschen deutscher Herkunft der Fall ist. Im psychologischen und psychiatrischen Bereich werden die Grenzen durch die Krankenkassen und die ärztlichen Professionen sehr dezidiert klassifiziert, so dezidiert, dass viele Migranten diese nicht mehr nachvollziehen können. Diesbezügliche Beobachtungen können wir beispielsweise in stationären Einrichtungen, in denen Entzugstherapien angeboten werden, gewinnen. Hier beklagen die Fachkräfte, dass beispielsweise bei Türken

es nur selten vorkommt, dass Angehörige ihren suchtkranken Verwandten besuchen - ganz im Gegenteil werden viele junge Männer infolge ihrer Krankheit eher aus der Gemeinschaft verstoßen, als in ihrer Therapie unterstützt. Ganz ohne Zweifel erschweren solche Faktoren den Umgang mit Suchtkranken aus anderen Kulturen.

Für viele Migranten ist die Organisationsform und Stil der in Deutschland praktizierten Drogenhilfe schwer nachvollziehbar. Für viele Menschen, die aus Gesellschaften stammen, in denen Drogenkonsum vor allem mit repressiven Ansätzen bekämpft wird, ist der Ansatz einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit oft nicht zu durchschauen. Die Klienten formulieren dann Schwellenängste und Misstrauen gegenüber Institutionen, da für sie die Unterscheidung zwischen "Suchthilfesystem" und "staatlicher Organisation" nicht transparent ist. Das Entstehen einer skeptischen und kritischen Haltung wird dadurch verständlich. Die Betroffenen tun sich schwer, Informationen über sich preiszugeben. Manche Migranten, wie Aussiedler, sehen häufig sogar in dem "liberalen" Ansatz "moderner" Suchthilfe die Ursachen dafür, dass es überhaupt zu "Drogenproblemen" kommt.

Durch eine noch aktivere Präsenz innerhalb der Lebensräume von Migranten, könnten Barrieren vor Suchthilfediensten und deren Angeboten abgebaut werden. Mit stadtteilorientierten, aufsuchenden Aufklärungsveranstaltungen in den Communities der Migranten und Aussiedler, könnte über vorhandene Angebote informiert und diese enttabuisiert werden. Es gilt in den Familiensystemen, und hier besonders bei den Eltern, Lernprozesse

und Reflektionen zu stimulieren. Hilfreich ist es, dass Therapeuten und Berater Verständigungsprozesse innerhalb der Familiensysteme unterstützen und sie gegebenenfalls organisieren. Hierzu gehört auch die Thematisierung des Konflikts zwischen kollektivistischen und individualistischen Haltungen der verschiedenen Generationen. Es gilt, Bilingualität zu fördern und zu helfen, mit ihr ein versöhnliches Auskommen zu finden.

Wichtige Informationen zur Suchtproblematik sollten den Betroffenen zugewanderten im Rahmen aufsuchender präventiver Maßnahmen möglichst früh, also gleich zu Beginn des Aufenthalts in Deutschland, übermittelt werden. Das Ethno-Medizinische Zentrum (s.h. HEISE, COLLATZ, MACHLEIDT & SALMAN 2000) in Hannover hat diesbezüglich gute Erfahrungen mit aufsuchenden mehrsprachigen Veranstaltungen zur Drogenprävention in Moscheen, Gemeindegemeinschaften der Aussiedler oder in Sprachkursen gemacht (s.a. SALMAN, TUNA & LESSING 1999). Am Anfang des Aufenthalts in einem neuen Land durchlaufen die Zuwanderer eine Orientierungsphase, die für die späteren persönlichen Entwicklungen von entscheidender Bedeutung ist. Die Migranten sind hier noch sehr aufnahmefähig, wenig frustriert, neugierig und leistungsbereit. Die Zuwanderer sollten also informiert und motiviert werden, bevor sie schlechte Erfahrungen sammeln und demotiviert sind. Notwendige Informationen sollten konzipiert und frühzeitig transportiert werden. Bei der Planung solcher Maßnahmen sind die entscheidenden Fragen:

- Was hat sich bewährt?
- Wie können neue Konzepte und

Ideen implementiert werden?

- Wie erreichen und motivieren wir die entsprechenden Gruppen.

Wir stehen in der Bewältigung dieser Fragen und in der Umsetzung von migrationssensiblen Konzepten nicht am Anfang. Wir können auf Erfahrungen, Wissen und Arbeitsweisen aufbauen, die andere vor uns entwickelt haben (s.h. beschriebene Ansätze in: SALMAN, TUNA & LESSING 1999). Wichtig ist jedoch, dass Migranten schon bei der Planung von Maßnahmen an diesem Prozess beteiligt werden. Allerdings ist die Frage, wie sie beteiligt werden sollen, und wie mit ihnen in Kontakt getreten werden soll, noch weitgehend ungeklärt. In Hannover wurde im Vorfeld einer Präventionskampagne eine Schulung für Migranten zum Suchtpräventionsberater angeboten (SALMAN, TUNA & LESSING 1999). Diese führten dann im Auftrag und teilweise auch in Zusammenarbeit mit Suchthilfeeinrichtungen Informationsveranstaltungen durch. So konnten kulturelle Brücken gebaut werden, auf denen dann interessierte Migranten oder interessierte Suchthilfefachkräfte indirekt in Kommunikation treten konnten. Dies passt aber nicht zur Arbeitsweise oder zu den Möglichkeiten der meisten Suchthilfedienste. Ein Klinikarzt oder ein Sozialarbeiter kann nur unter erschwerten Bedingungen in eine Moschee gehen, um vor Ort aufzuklären und zu informieren. Aber eine stärkere Zusammenarbeit der Suchthilfeeinrichtungen mit Sozialarbeitern der Wohlfahrtsverbände oder der Familienhilfe könnte hier Abhilfe schaffen. Diese wären sicherlich gut geeignet „Informationen aus der Suchthilfe in die kulturellen Gruppen zu transportieren“.

Welche Angebote Migranten gemacht werden, hängt von den strukturellen und finanziellen Möglichkeiten jeder Einrichtung ab: "Hier ist aber zumindest das Bemühen um adäquate Kommunikation und Hineindenken in die Lebenssituation des Migranten gefordert. Die Versorgung als zu aufwendig oder zu schwierig abzutun, und infolge dessen davon Abstand zu nehmen (...), das würde dem allgemeinen Auftrag des Hilfesystems widersprechen" (YÜKSEL in SALMAN, TUNA & LESSING 1999).

III. Perspektiven und Ausblick

Insgesamt scheint der konzeptionelle und planerische Aufbau interkultureller Handlungskompetenzen in der Suchthilfe Deutschlands unausweichlich. Es scheint weniger notwendig, den Bedarf an interkultureller Suchthilfe durch statistisch verifizierbare Zahlen und durch Hinweis auf die Größe der Migrantenpopulation zu legitimieren. Viel mehr sollten qualitative und Aspekte der Integration hinreichend sein, um eine interkulturelle Suchthilfe zu implementieren. Der qualitative Bedarf, der von den Fachkräften selbst benannt wird, ist kaum zahlenmäßig zu bestimmen. Der Fokus sollte auf die Öffnung der Regeldienste gelegt werden.

Um Ziele und Rahmen interkultureller Handlungskompetenzen zu definieren, ist es notwendig, zunächst die vorhandenen Kompetenzstrukturen auf ihren kulturellen, migrationsspezifischen Gehalt zu überprüfen. Deshalb müssen die vorhandenen Ausbildungsstrukturen in den Professionen

der Suchthilfe analysiert werden. Dies betrifft die Mediziner Ausbildung in den jeweiligen Hochschulbereichen ebenso, wie die Ausbildungsstellen von Pflegerinnen und Pflegern, oder Sozialarbeitern und Psychotherapeuten, und entsprechende Fort- und Weiterbildungsträger. Hier erscheint es ratsam zu prüfen, ob die Aus-, Fort- und Weiterbildung auch auf den migrations- und kulturbedingten Praxisbedarf eingeht: Deshalb sollten zunächst die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit in den entsprechenden Ausbildungsfeldern die Professionellen auf ihre Arbeit angemessen vorbereitet werden. Die Fachkräfte der Suchthilfe werden diesbezüglich ein hohes Interesse haben, weil sie sich häufig relativ hilflos und wenig unterstützt in ihrer Arbeit mit Migranten fühlen.

Mit Aus-, Fort- und Weiterbildung alleine ist es aber nicht getan. Zunächst muss ein fachlicher und politischer Konsens definiert werden, und erst dann werden die Umsetzungen realisierbar. Hierbei ist die starke Fokussierung auf Praxisbedürfnisse und -möglichkeiten ratsam. Interkulturelle Veränderungsprozesse enden nicht in der Formulierung von Missständen, sondern haben dort ihren Ausgang. Generell ist es erforderlich, über Problemdefinitionen hinauszugehen und konkrete praxisorientierte Konzepte für realisierbare Maßnahmen zu vereinbaren. Der Schwerpunkt praktischer interkultureller Suchthilfe liegt nicht in der Veränderung von politischen Grundbedingungen, sondern in der Orientierung an professionellen und fachlichen Erfordernissen.

Zur Umsetzung von Veränderungen ist auch die Schaffung von speziellen Finanzbudgets notwendig. Dies betrifft

besonders auch Etats für die Finanzierung von Dolmetschern in den Regeldiensten, für die Finanzierung mehrsprachiger Präventionskampagnen oder für die Einstellung von "mehrsprachigem" Personal. Hier sei angemerkt, dass Migranten, die sich schon länger in unserem Land aufhalten, auch über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen sollten. Dennoch verfügen viele über mangelnde Deutschkenntnisse. Der "Verständigungsnotstand" könnte durch die Finanzierung von Dolmetschereinsätzen zumindest im klinischen Bereich abgemildert werden.

Sollen alle gesellschaftlichen Gruppen, einschließlich derer aus anderen Kulturen, effizient und effektiv in der Suchthilfe integrativ versorgt werden, ist nach PAVKOVIC (1993, 1994, 2000) und HINZ-ROMMEL (1994) die Sicherung von Strukturqualität, Konzeptqualität, Mitarbeiterqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität Basis für transkulturelle Handlungskompetenz:

Interkulturelle Öffnung kann u.a. durch die Vernetzung und Kooperation mit Migrationsdiensten oder durch die Akzeptanz kultureller Vielfalt der "Kunden" zur Strukturqualität beitragen. Erst die Anerkennung von Menschen aus anderen Kulturen als spezifische Zielgruppe und ein systematisches kultursensibles Handeln begründen die Konzeptqualität transkultureller Handlungskompetenz. Mitarbeiterqualität kann u.a. durch Ausbau multiethnischer und multilingualer Arbeitsteams, Fortbildung der Fachkräfte oder Einsatz von Fachdolmetschern gesichert werden. Zur Prozessqualität tragen u.a. kontinuierliche interkulturelle Reflexion und Supervision bei. Zur Sicherung der Ergebnisqualität

sind u.a. die Überprüfung der Wirksamkeit erbrachter Leistungen, Organisation professioneller Nachsorge und Einbindung in Selbsthilfegruppen notwendig.

Literatur

ABDULRAHIM, D., D. WHITE, K. PHILLIPS, G. BOYD, J. NICHOLSON und ELLIOT (1994): Ethnicity and Drug Use. Towards the design of community interventions. London: London North East Thames Regional Health Authority; University of East London.

AKSOY, N. (1997): Suchtvorbeugung bei türkischen Eltern. In: Landesstelle gegen Suchtgefahren in Baden-Württemberg: Sucht und Migration. Stuttgart 1997, S. 89-101.

COLLATZ, J. (1995): Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration. Auswirkungen der Migrationsbewegungen auf den Bedarf an psychosozialer und sozialpsychiatrischer Versorgung. In: E. KOCH, M. ÖZEK und W. M. PFEIFFER, (Hg.): Psychologie und Pathologie der Migration. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 31 ff.

COLLATZ, J., A. BRANDT und R. SALMAN (1992): Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung. Hamburg: ebv-Rissen.

COLLATZ, J., R. SALMAN, E. KOCH und W. MACHLEIDT (Hg.) (1997): Transkulturelle Begutachtung - Qualitätssicherung sozialgerichtlicher und sozialmedizinischer Begutachtung für Arbeitsmigranten in Deutschland. Aus der Reihe: Das transkulturelle Psychoforum, Band 1, hg. von Th. HEISE und J. SCHULER, Berlin.

COLLATZ, J., W. HACKHAUSEN und R. SALMAN (Hg.) (1999): Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland. Aus der Reihe: Forum Migration Gesundheit Integration, Band 1, hg. von R. SALMAN, J. COLLATZ und Th. HEGEMANN, Verlag Wissenschaft und Bildung, Berlin.

Council of Europe (Hg.) (1998): Working group on minorities and drug misuse. Consultant's report. Bearbeitet von G. F. van de WIJNGAART und F. LEENDERS. Utrecht.

CZYCHOLL, D. (1998): Sucht und Migration - Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten. Berlin: Hohenrother Studien, Band I.

Deutsche Hauptstelle gegen d. Suchtgefahren (Hg.) (1998): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 41. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag.

GARDEMANN, J., W. MÜLLER und A. REMMERS (2000): Migration und Gesundheit. Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.

HEGEMANN, Th. und R. SALMAN (2001): Transkulturelle Psychiatrie - Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrieverlag.

HEISE, Th., J. COLLATZ, W. MACHLEIDT und R. SALMAN (2000): Das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover und die Medizinische Hochschule Hannover im Rahmen der transkulturellen Gesundheitsversorgung. In: Th. Heise (Hg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Aus der Reihe: Das transkulturelle Psychoforum, Band 1, hg. von Th. HEISE und J. SCHULER, Berlin.

HINZ-ROMMEL, W. (1994): Interkulturelle Kompetenz. Münster/New York: Waxmann.

HUCK, W. (1996): Besonderheiten und Probleme in der Behandlung ausländischer jugendlicher Drogenabhängiger. In: Psychosozial 19/ 1996, S. 37 ff.

KNIPPEL, B. (1997): Suchtmittelabhängige Jugendliche und Heranwachsende türkischer Herkunft als Klientel der Bewährungshilfe. Unveröff. Diplomarbeit. Essen.

NOLTE, F. (1998): Die kulturelle Wirklichkeit der Drogen: Drogenwissen und Drogenkonsum von Jugendlichen am Beispiel eines Freizeitheimes. Hamburg: Kovac.

OESTEREICH, C. (2000): Seelische Störungen von Migranten? Herausforderungen an eine kulturelle Psychiatrie. In: Th. Heise und J. Schouler (Hg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum Band 5, S. 241?250. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung

PAVKOVIC, G. (1993): Interkulturelle Beratungskonstellationen in der psychosozialen Arbeit. In: F. NESTMANN, T. NIEPEL (Bearb.): Beratung von Migranten, S. 145-163. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung

PAVKOVIC, G. (1994): Aufbau von Selbsthilfearbeit für suchtkranke Mitbürger aus dem ehemaligen Jugoslawien. Projekt der Robert Bosch Stiftung: Abschlussbericht, Caritasverband für Stuttgart, Abt. Psychologische und Psychosoziale Dienste.

PAVKOVIC, G. (1994): Expertise - Suchtprävention in der interkulturellen Jugendarbeit. In: Peter GREULICH (Hg.): Neue Ansätze der Suchtprävention in Nürnberg. Frankfurt / M.

PAVKOVIC, G. (2000): Interkulturelle Beratungskompetenz. Ansätze für eine interkulturelle Theorie und Praxis in der Jugendhilfe. In: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (Hg.): Interkulturelle Jugendhilfe in Deutschland. Bonn, S. 67-109.

SALMAN, R., S. TUNA und A. LESSING (1999): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Giessen: Psychosozial-Verlag

SCHNELLER, Th.; R. SALMAN und C. GOEPEL (Hg.) (2001): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten - Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege. Forum für Oralprophylaxe und Mundgesundheit

Das Projekt "Suchtprävention und -beratung für junge Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler"

Eva Kohl

Diakonisches Werk Duisburg

Bonhoeffer-Straße 6

47138 Duisburg

Inhalt

- I. Einführung in das Projekt**
- II. Handlungsstrategien aus den Ergebnissen der ersten empirischen Untersuchung**
- III. Konzept des Info-Cafes**
- IV. Umsetzbarkeit der Handlungsstrategien**
- V. Theoriekonstrukt für die Abschlussuntersuchung**
- VI. Befragung der Jugendlichen - Abschlussuntersuchung des Projektes**
- VII. Beobachtungen aus der praktischen Projektarbeit**
- VIII. Erste Ergebnisse der Leitfadeninterviews**
- IX. Übertragbarkeit des Projektes auf andere Kommunen**
- X. Wie geht es mit dem Projekt weiter?**

I. Einführung in das Projekt

Im September 1998 wurde beim Diakonischen Werk Duisburg das Modellprojekt Suchtprävention und -beratung für junge Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler eingerichtet. Der vom Jugendgemeinschaftswerk beobachtete erheblich steigende Konsum von illegalen und legalen Drogen, vor allem hochprozentigem Alkohol, bei Spätaussiedlerjugendlichen war maßgeblicher Anlass zur Installation dieses Projektes.

Durch gezielte Maßnahmen der primären und sekundären Suchtprävention versuchen wir, die erhebliche Suchtgefährdung der meist aus der ehemaligen Sowjetunion stammenden Jugendlichen zu senken.

Bei der Suchtberatung geht es uns in diesem Projekt vor allem darum, den bereits drogenkonsumierenden Jugendlichen Alternativen zu ihrem Konsumverhalten anzubieten und erfahrbar zu machen. Neben Informationen über mögliche gesundheitliche, soziale und psychische Folgen des Drogenkonsums versuchen wir, den Jugendlichen ein anderes Bewusstsein, vor allem hinsichtlich des Alkoholkonsums, zu vermitteln.

Zu Beginn des Projektes haben wir eine Bestandsaufnahme durch eine schriftliche Befragung durchgeführt, um zum einen das Ausmaß der Suchtgefährdung von jungen Spätaussiedler/innen in Duisburg herauszufinden, und zum anderen geeignete Handlungsstrategien für die Projektpraxis zu entwickeln. Gleichzeitig haben wir ein Dokumentationsschema entwickelt, womit wir die praktische Projektarbeit laufend überprüfen und evaluie-

ren. Das Projekt ist somit praktisch und wissenschaftlich begleitet ausgerichtet.

Das für zunächst auf drei Jahre angelegte Projekt wird hinsichtlich der Finanzierung und der inhaltlichen Ausrichtung vor allem von Seiten des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie (MASQT) unterstützt.

Unsere Kooperationspartner sind vor allem der Verein zur psychosozialen Betreuung im DPWV (ginko) und die Regionale Arbeitsstelle zur Förderung von ausländischen Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien (RAA).

In der Anfangsphase des Projektes war die Einbeziehung von Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft ein wesentlicher Aspekt in der Ausrichtung des Projektes. Die von uns aus der empirischen Untersuchung entwickelten Handlungsstrategien zur Suchtprävention sind auch auf andere Migrantengruppen übertragbar.

Im Folgenden geben wir einen Überblick

- über die Projektpraxis,
- über die Umsetzbarkeit der entwickelten Handlungsstrategien aus der ersten empirischen Untersuchung,
- die Erfahrungen in der praktischen Projektarbeit,
- das Theoriekonstrukt für die Abschlussuntersuchung des Projektes,
- Projektergebnisse sowie
- Übertragbarkeit und Fortführungsmöglichkeiten des Projektes.

II. Handlungsstrategien aus den Ergebnissen der ersten empirischen Untersuchung

Die im Oktober 1998 durchgeführte schriftliche Befragung von 250 jungen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern in 5 unterschiedlichen Schulen und 5 verschiedenen Übergangwohnheimen Duisburgs hat wichtige Ergebnisse für die Suchtprävention in der Projektpraxis hervorgebracht. Ziel unserer Befragung war es, den Zusammenhang zwischen Sucht und Migration zu erforschen. Die 138 weiblichen und männlichen Befragten, die den in zwei Sprachen verfassten Fragebogen beantwortet haben, zeigten deutlich eine starke Suchtgefährdung, vor allem im Zusammenhang mit ihren Integrationsproblemen in Deutschland. Mehr als 70% der durchschnittlich 16-jährigen Spätaussiedler/innen gaben an, regelmäßig Alkohol zu konsumieren. Gleichzeitig wurde mehrheitlich der Kontakt zu einheimischen Deutschen und die eigenen Deutschkenntnisse bemängelt. Ebenso gaben über 30% der Jugendlichen an, unter Langeweile und Einsamkeit zu leiden, wiederum

über 40 % klagten über Heimweh und Sehnsucht nach dem Herkunftsland. Eine detaillierte Präsentation der Ergebnisse ist im ersten Projektbericht aufgeführt und kann bestellt werden.

Diese Untersuchungsergebnisse bilden die Grundlage der folgenden Handlungsstrategien für die Projektpraxis:

1. Einrichtung niederschwelliger Info-Cafes für die primäre¹ und sekundäre² Suchtpräventionsarbeit

Um einen direkten Zugang zu den Jugendlichen zu bekommen und für die Jugendlichen einen attraktiven Treffpunkt zu schaffen, wurde im Duisburger Norden und im Duisburger Süden, wo der Bevölkerungsanteil von Spätaussiedler/innen sehr hoch ist, jeweils ein Info-Cafe eingerichtet. Die Jugendlichen können dort Kicker, Darts und Tischtennis spielen und Musik hören. Gleichzeitig bietet dieses niederschwellige Angebot der Projektleiterin und den Mitarbeiter/innen die Möglichkeit, Einzelgespräche oder Gruppendiskussionen mit den Jugendlichen zu führen oder mit den

¹ Primärprävention wird in unserem Projekt als Maßnahme verstanden, die den Jugendlichen hilft, ihre vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen zu entdecken und auszubauen, um daraufhin ein stärkeres Selbstvertrauen und -bewusstsein zu erlangen. Denn durch eine positive Lebenseinstellung und durch ein stärkeres Selbstwertgefühl kann eine Sucht erst gar nicht entstehen. Im Gegensatz zur Sekundärprävention wird die Primärprävention so früh wie möglich eingesetzt, am besten schon im Kindesalter.

² Sekundärprävention verstehen wir als Projektmaßnahme für die Jugendlichen, die bereits Drogen, hier vor allem Alkohol, konsumieren. Wichtig ist hier, dem suchtgefährdeten Jugendlichen klar zu machen, wie leicht eine Gewohnheit in süchtiges Verhalten umschlagen kann, wenn die Droge zum Verdrängen von Problemen und Konflikten oder als Flucht aus der Realität konsumiert wird. Es geht also bei uns nicht darum, Drogen zu verteufeln oder zu verbieten, sondern einen kritischen Umgang zu erlernen. (Gleichzeitig werden den Jugendlichen mit erlebnispädagogischen Maßnahmen Alternativen zu Drogen aufgezeigt: Mit guten sportlichen Leistungen kann ich besser meine Stärke zeigen und den Mädchen imponieren als mit exzessivem Alkoholkonsum.)

Jugendlichen gemeinsam Jugendfahrten zu besprechen und zu planen. Die Info-Cafes sind wichtigster Kern unserer praktischen Projektarbeit. Sie sind nicht nur offen für Spätaussiedlerjugendliche, sondern für alle Jugendlichen des Stadtteils.

2. Erlebnispädagogische Freizeitangebote

Zur primären aber auch sekundären Suchtprävention eignen sich besonders erlebnispädagogische Freizeitangebote, vor allem (Abenteuer-) Sport. Die Jugendlichen können beispielsweise durch Sport ihre Fähigkeiten und Ressourcen, aber auch ihre Grenzen kennen lernen. Den sogenannten Nervenkitzel oder "Kick", den einige Jugendliche durch bestimmte Drogen erreichen wollen, kann auch beispielsweise beim Wasserski, Klettern und Kanu-Wildwasser-Fahren erlebt bzw. erreicht werden.

3. Streetwork

Zu Beginn des Projektes und bei der Einrichtung der Info-Cafes haben wir Straßensozialarbeit durchgeführt, um einen direkten Kontakt zur Zielgruppe zu bekommen. Dort, wo sich die Spätaussiedlerjugendlichen in ihrer Freizeit aufhalten, vor allen Dingen in Parks und Wohnbausiedlungen, haben wir mit ihnen direkt Kontakt aufgenommen, sie über die Info-Cafes informiert und sie zu den Öffnungszeiten eingeladen. Hierdurch bekamen wir einen sehr guten und hohen Zugang, da in den jeweiligen Stadtteilen weder Jugendzentren noch aussiedlerspezifische Angebote vorhanden waren.

4. Integrationsarbeit

Unsere Integrationsarbeit besteht vor allem darin, die kulturellen Besonderheiten der Spätaussiedlerjugendlichen zuzulassen und ihnen dafür Raum zu geben. Denn die Jugendlichen müssen erst einmal mit der deutschen Kultur und Gesellschaft zurecht kommen bzw. sich hier "heimisch" fühlen, bevor sie sich auf andere Migrantengruppen und einheimische Deutsche einlassen können. In Zusammenarbeit mit dem Jugendgemeinschaftswerk bieten wir den Jugendlichen Sprachorientierungskurse an. Sehr wichtig sind auch unsere kulturellen Stadtrundfahrten, damit sich die Jugendlichen auch mit einer Großstadt wie Duisburg anfreunden können.

5. Mitarbeiter/innen aus dem gleichen Kulturkreis und sogenannte "Keypersons"

Ausschlaggebend für die Projektarbeit ist die Schaffung eines stabilen Vertrauensverhältnisses zu den jungen Spätaussiedlern. Zu Beginn der Arbeit ist es deshalb sinnvoll, mit Hilfe des sogenannten "Keyperson-Konzepts" Kontakt und Vertrauen zu den jungen Spätaussiedlern zu bekommen. Das heißt, dass zunächst bereits integrierte Spätaussiedler, die innerhalb der betroffenen Gruppe gleichzeitig "Respektspersonen" sind, auf die Suchtproblematik der Jugendlichen angesprochen werden. Diese sogenannten "Keypersons" haben meistens einen leichten Zugang zu den Jugendlichen, da sie sich mit der Mentalität und der Kultur der Spätaussiedler auskennen.

6. Workshops zu jugend-relevanten Themen

Während der Öffnungszeiten der Info-Cafes bieten wir in größeren zeitlichen Abständen Workshops zu bestimmten Themen an, die für Jugendliche wichtig und interessant sind. Dazu gehören Anti-Aggressions- oder Coolness-Training, AIDS-Vorbeugung, Sexual- und Verhütungsworkshops und natürlich Seminare zum Thema "Sucht und Drogen". Obgleich ähnliche Inhalte auch in Schulen vermittelt werden, laden wir hierzu Fachleute als Referenten ein, die den Jugendlichen auf lockere und spielerische Weise die Themen vermitteln. Entscheidend ist hierbei, dass die Referent/innen die Workshops nicht "oberlehrerhaft" bzw. mit erhobenen Zeigefinger durchführen, sondern die Jugendlichen ernst nehmen und sie offen ansprechen.

7. Elternarbeit

In Zusammenarbeit mit dem Jugendgemeinschaftswerk, dessen Mitarbeiterin die Aussiedlerfamilien betreut, haben wir Zugang zu einigen Eltern der Jugendlichen. Ebenso haben wir durch das Info-Cafe im Übergangswohnheim Kontakte zu Eltern und Großfamilien. Jedoch kann nur mit großem Fingerspitzengefühl das Thema Sucht und Drogen mit den Eltern angegangen werden, da hier ein Tabuthema angesprochen wird.

8. Kooperation und Vernetzung

Wegen unserer Suchtpräventionsarbeit mit jugendlichen Spätaussiedlern liegt es nahe, dass wir mit Einrichtungen kooperieren, die im Drogenberatungs- und Suchtpräventionsbereich arbeiten oder maßgeblich mit dem

Thema Migration und Integration befasst sind. Hieraus ergibt sich eine Fülle von Kooperationspartnern. Für unsere praktische Arbeit ist es auch besonders sinnvoll, mit Schulen und Jugendzentren zusammenzuarbeiten. Unsere stadtteilorientierte Arbeit wird mit der aktiven Mitarbeit an spezifischen Arbeitskreisen und Runden Tischen gefestigt.

9. Öffentlichkeitsarbeit

Die praktische Projektarbeit wird nicht nur regelmäßig dokumentiert und evaluiert, sondern es werden regelmäßig Presseartikel und Radiosendungen über unsere Pionierarbeit geschrieben und gesendet. Durch unsere Projektberichte, Dokumentationen und Vorträge auf Tagungen zum Thema Sucht und Migration wird unsere Projektarbeit einem breiten Fachpublikum in ganz Deutschland zugänglich gemacht.

III. Konzept des Info-Cafes³

Das Info-Cafe ist eine niederschwellige⁴ Einrichtung und wichtigster Ort unserer praktischen Projektarbeit hinsichtlich der Suchtprävention und -beratung für die Spätaussiedlerjugendlichen. Es gilt für die Jugendlichen als Treffpunkt, wo sie ihre selbst mitgebrachte russische Musik hören und mit Freunden Karten, Darts, Tischtennis und Kicker spielen. Es liegen Jugendzeitschriften (Bravo, Mädchen usw.), aber auch für Jugendliche konzipierte Infomaterialien über Drogen, Sucht, AIDS, Verhütung und Ausbildung/ Bewerbung aus. Zahlrei-

che Info-Materialien gibt es in russischer Sprache.

1. Niederschwelliges, offenes Angebot

In den jugendkeller- oder discoähnlichen Räumlichkeiten fühlen sich die Jugendlichen sehr wohl; sie nennen das Info-Cafe inzwischen ihren "Club". Es ist sehr wichtig für die Jugendlichen, dass sie das Info-Cafe mit einem Stück Heimat gleichsetzen, denn sie fühlen sich in Deutschland eigentlich noch nicht heimisch. In ihrem "Club" können sie sich fühlen wie in Kasachstan oder Russland. Allerdings dürfen die Jugendlichen in den Räumlichkeiten des Info-Cafes weder rauchen noch Alkohol trinken. Draußen wird das Rauchen zwar geduldet, aber Alkohol darf weder mitgebracht, noch auf dem Gelände getrunken werden. Da es dennoch häufig dazu kommt, nutzen wir diese Regelmissachtungen als Aufhänger für Einzelgespräche, die wiederum auf Dauer zum kritischen Umgang mit Alkohol führen sollen (sekundäre Suchtprävention).

Das Info-Cafe ist offen für alle Jugendlichen ab 12 Jahren, egal welcher Nationalität. Wir arbeiten stadtteilorientiert und wollen den Jugendlichen mit dem Info-Cafe eine Alternative zur Straße bieten.

2. Zugang durch Streetwork

Zu Beginn der Arbeit im Info-Cafe haben wir konsequent Streetwork im Stadtteil Duisburg-Neumühl und Umgebung durchgeführt. Wir sind zu den (informellen) Orten gegangen, wo wir vermuteten, dass wir dort Jugendliche aus der ehemaligen Sowjetunion antreffen. Dieses Vorgehen war sehr erfolgreich, da wir die Jugendlichen spontan und ohne "erhobenen Zeigefinger" ansprachen. Durch unsere in Russisch, Türkisch und Polnisch übersetzten Info-Blätter über Öffnungszeiten und Angebote des gerade eröffneten Info-Cafes fühlten sich die Jugendlichen ernst genommen und wurden sehr neugierig auf unsere Einrichtung. So hatten wir anfangs eine Besucherzahl von über 50 Jugendlichen. Inzwischen ist der Zugang geringer geworden und liegt jetzt bei 25 Jugendlichen. Es kommen immer wieder neue Jugendliche zu den Öffnungszeiten, aber es gibt auch eine Kerngruppe von Jugendlichen, die schon von Anfang an dabei sind.

3. Öffnungszeiten

Das Info-Cafe ist vor allem gegen Abend (18.30 bis 21.30) geöffnet, wenn die Jugendlichen von Schulen oder Ausbildungsplätzen kommen. An zahlreichen Wochenenden finden Discos oder Wochenendtouren statt, so dass uns viel Zeit für die Jugendlichen und für die Erlebnispädagogik zur Verfügung steht.

³ Seit Anfang 2001 führen wir nur noch ein Info-Cafe, da uns durch den Wegfall eines Übergangswohnheims im Duisburger Süden die geeigneten Räumlichkeiten fehlen. Die Jugendlichen aus dem Duisburger Süden kommen ab und zu ins nördliche Info-Cafe und nehmen an Erlebnissportwochenenden teil.

⁴ Aufgrund der gegebenen Räumlichkeiten in der Kirchengemeinde ist unsere Definition der Niederschwelligkeit eher weit gefasst. Für uns besteht die Niederschwelligkeit des Info-Cafes darin, dass die Jugendlichen das Gefühl bekommen, dass das Info-Cafe ein Stück Heimat für sie ist, wo sie ihre Kultur ausleben können. Ebenso ist das Info-Cafe offen für alle Jugendliche ab 12 Jahren.

4. Erlebnispädagogische Freizeitangebote / praktische Suchtprävention

Für unsere primäre und sekundäre Suchtpräventionsmaßnahmen und vor allem für die erlebnispädagogischen Freizeitangebote ist das Info-Cafe der Ausgangspunkt. Wir laden Referent/innen von außen ein, die im Info-Cafe Coolness-Training oder Anti-AIDS-Workshops durchführen. Oder wir organisieren mit den Jugendlichen zusammen Wasserski- und Kletter-Workshops sowie Kanu-Touren, die alle als Abenteuersport die primäre Suchtprävention unterstützen. Bei der sekundären Suchtprävention versuchen wir den Jugendlichen einen anderen Umgang mit Alkohol und Drogen zu vermitteln. Ganz wichtig sind uns die Einzelgespräche mit den Jugendlichen, die bereits erheblichen Alkohol- und/oder Drogenkonsum aufweisen. Meistens treffen wir diese Jugendlichen im alkoholisierten oder entsprechenden Zustand und sprechen sie ganz offen auf ihren Konsum an. Zunächst wehren sich die Jugendlichen, aber nach einigem Druck sind sie bereit, eine Diskussion zum Thema Alkohol und Drogen oder ein Gespräch z.B. über den Grund des Konsums, der oft tagsüber stattfindet, zu führen. Dies sind meistens die einzigen Möglichkeiten, etwas Persönliches über die Jugendlichen zu erfahren und diese sind hinsichtlich der Suchtvorbeugung am erfolgreichsten. Workshops und Seminare über die "Gefährlichkeit" von Drogen sind nahezu zwecklos und sind unseres Erachtens nur in Schulen sinnvoll.

5. Gruppenfahrten

Obgleich die Jugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion in Großfamili-

en aufgewachsen sind und soziales und solidarisches Leben erlernt haben, sind Gruppenfahrten im Zusammenhang mit Suchtprophylaxe und Integration für sie wichtig. Da wir Gruppenfahrten immer mit Erlebnissport und -pädagogik verbinden, lernen die Jugendlichen an einem Wochenende viel intensiver ihre Ressourcen und Fähigkeiten kennen. Die Gruppe ist einerseits dazu da, um sich sportlich zu messen (wichtig für die Jungen), aber auch um die Konfliktfähigkeit zu testen. Nach einem anstrengenden Tag im Kanu oder auf dem Berg setzen sich alle zusammen, essen, trinken, singen und tanzen gemeinsam. Dieses Zusammenhörigkeitsgefühl stärkt die Jugendlichen und baut Frust ab. Auf den Erlebnissportwochenenden, wo ca. 300 Jugendliche gemeinsam Sport treiben und tanzen, lernen die Jugendlichen noch zusätzlich andere Jugendliche verschiedener Nationalitäten kennen.

IV. Umsetzbarkeit der Handlungsstrategien

Im Laufe der 3 Jahre Projektlaufzeit haben wir die von uns entwickelten Handlungsstrategien immer wieder bezüglich ihrer Wirksamkeit und Umsetzbarkeit überprüft. Die Erfahrungswerte und Beobachtungen aus der Projektpraxis erbringen folgende Ergebnisse:

1. Streetwork

Wie bereits erwähnt, hat die gezielte Straßensozialarbeit zu Beginn der Arbeit im Info-Cafe einen sehr guten

Kontakt zu den Spätaussiedler/innen ermöglicht. Da im Stadtteil Duisburg-Neumühl, wo unser Info-Cafe ist, inzwischen eine Streetworkerin arbeitet, (die übrigens Polnisch und Russisch spricht) und wir mit ihr sehr gut kooperieren, können wir uns ganz gezielt auf die Suchtprävention und -beratung konzentrieren. Die Streetworkerin macht auch Werbung für das Info-Cafe und spricht vor allem Spätaussiedlerjugendliche an, auch unser Info-Cafe zu besuchen.

2. Eigene Räumlichkeiten für das Info-Cafe

In der Praxis wurde deutlich, dass es für ein niederschwelliges Info-Cafe vorteilhaft ist, eigene Räumlichkeiten zu haben, die die Jugendlichen am besten selbst gestalten. Bei Räumlichkeiten, die von verschiedenen Gruppen und Einrichtungen genutzt werden, gibt es häufig Konflikte. Beispielsweise wurde das "Info-Cafe" immer verdächtigt, wenn irgendetwas zerstört oder gestohlen wurde, obwohl es jede andere Gruppe hätte sein können. Ein anderer Aspekt ist, dass die Jugendlichen sich zwar sehr heimisch im Info-Cafe fühlen, jedoch die Räumlichkeiten nicht selbst verwalten und gestalten können.

3. "Keypersons" in der Anfangsphase

Zu Beginn des Projektes und der Arbeit in Info-Cafes ist es wichtig, Mitarbeiter aus dem gleichen Kulturkreis der Zielgruppe zu haben. Aufgrund der Sprachkenntnisse und Mentalität kann der / die "Keyperson" eine Vermittlerrolle zwischen Zielgruppe und Projektleiter/in spielen. Nach einer gewissen Eingewöhnungsphase auf

beiden Seiten und nachdem ein guter Zugang geschaffen wurde, ist eine "Keyperson" unserer Meinung nach nicht mehr notwendig. Hinsichtlich der Integrationsarbeit kann es sogar kontraproduktiv sein, einen Mitarbeiter aus dem gleichen Kulturkreis wie die Zielgruppe zu haben. Es muss also gesichert sein, dass die sogenannte "Keyperson" so neutral wie möglich ist und sich nicht mit einer Seite (z. B. Zielgruppe) gegen die andere Seite (z. B. Projektleitung) solidarisiert. Vor allem muss die Vermittlerperson hinter den Zielen und Maßnahmen des Projektes stehen bzw. sich damit identifizieren können.

4. Erlebnispädagogische Freizeitangebote; u.a. männliche Spätaussiedler

Aufgrund der traditionellen Rollenmuster im Zusammenhang mit der Sozialisation in Russland oder Kasachstan sind es gerade die Jungen, die einen anderen Umgang mit Alkohol unbedingt erlernen und begreifen müssen. Es herrscht bei den männlichen Jugendlichen der (Irr-) Glaube, dass ein Mädchen einen Jungen besonders stark und attraktiv findet, wenn er sehr viel (starken) Alkohol vertragen kann. Hiermit geschieht dann die Gleichsetzung - wer den meisten Alkohol vertragen kann, ist der Stärkste. Die Mädchen ihrerseits verhalten sich - offiziell - entsprechend dem traditionellen Rollenmuster: Sie kritisieren die Jungen nicht, wenn sie bis zum Exzess Alkohol konsumieren, sondern lachen höchstens über ihre betrunkenen männlichen Kollegen. Sprechen wir die Mädchen aber an, wenn sie unter sich oder alleine sind, dann sagen sie uns, dass sie das extreme "Saufen" eigentlich abstoßend finden

und dass sie nüchterne und verständnisvolle Freunde lieber hätten, als dieses "machohafte", eigentlich schwache Verhalten der Jungen.

Im Rahmen der primären Suchtprävention bieten wir verstärkt Erlebnissport an. Gerade die männlichen Spätaussiedlerjugendlichen sprechen besonders positiv auf den Sport an und sind zudem noch sehr talentiert. Auch die Jungen, die in der Gruppe für einen starken Alkoholkonsum bekannt und besonders suchtgefährdet sind, bauen beim Sport Frust und Aggressionen ab und entdecken dabei ihre Stärken und Fähigkeiten. Genau diese Beobachtungen zeigen, dass der Erlebnissport den männlichen Spätaussiedlerjugendlichen ermöglicht, ihre Stärke nicht durch hohen Alkoholkonsum zu präsentieren, sondern durch sportliche Leistungen und mutigen Einsatz beim Abenteuer. Gleiches gilt für das Imponierverhalten der Jungen bei den weiblichen Spätaussiedlerjugendlichen: Den männlichen Spätaussiedlerjugendlichen wird beim sportlichen Erfolg bewusst, dass die Mädchen einen sportlich trainierten Jungen attraktiver finden als einen ständig alkoholisierten und oft gewalttätigen Jungen.

5. Kooperation mit Schulen und Jugendzentren vor Ort

Gerade mit Schulen und Jugendzentren in Duisburg-Neumühl arbeiten wir vor allem im Rahmen des Runden Tisches zusammen und tauschen wichtige Informationen aus oder unterstützen uns gegenseitig. Die Vernetzungs- und Kooperationsarbeit ist für das Projekt zwar wichtig, darf aber nicht den höchsten Stellenwert einnehmen. Denn aufgrund der be-

schränkten Rahmenbedingungen des Projektes müssen wir uns vor allem auf die Suchtprävention mit der besonderen Zielgruppe konzentrieren, und können in unserer Pionierrolle hinsichtlich der Suchtprävention für junge SpätaussiedlerInnen andere Institutionen nicht einseitig unterstützen.

6. Elternarbeit gemeinsam mit Jugendgemeinschaftswerk

Da unser niederschwelliges Angebot von den Jugendlichen als Jugendzentrum bzw. Club angesehen wird, können wir nur begrenzt Elternarbeit im Rahmen der Suchtprävention durchführen. Die Jugendlichen würden sich hintergangen fühlen, wenn sie in ihrer Freizeit zu uns kommen, uns von ihren Sorgen und Nöten erzählen und wir Tage später ihre Eltern aufsuchen würden. Damit wir also das bestehende Vertrauensverhältnis zu den Jugendlichen nicht zerstören, erreichen wir die Eltern über die Mitarbeiterin des Jugendgemeinschaftswerks, die sowieso die Spätaussiedlerjugendlichen bzw. deren Eltern und Familien berät und Hausbesuche macht, aber von den Jugendlichen nicht mit uns in Verbindung gebracht wird. Da es sich bei den Jugendlichen im Info-Cafe sowie bei den Hausbesuchen oft um die gleichen Familien handelt, informieren wir die Mitarbeiterin des Jugendgemeinschaftswerks über von uns beobachtete Probleme bei den Jugendlichen, die sie dann beim nächsten Hausbesuch bei den Eltern ansprechen kann. Gleichzeitig bieten wir den Eltern über die Mitarbeiterin des Jugendgemeinschaftswerks an, geeignete Hilfe, beispielsweise in der Drogenberatung, zu finden. Das Durchführen und Organisieren von Elternabenden, um beispielsweise

Suchtprävention in der Erziehung näher zu bringen, ist bisher am absolut mangelnden Interesse gescheitert. Offenbar ist es für die Spätaussiedlerfamilien eine große Schande und tabu, über Alkohol- und Drogenprobleme offiziell zu sprechen und sich Hilfe zu holen. Gleichzeitig sind vermutlich zahlreiche Eltern selbst vom Alkoholismus betroffen und brauchen eine Therapie. An dieser Stelle sei angeregt, auch Projekte zur Suchtprävention und -beratung für erwachsene Spätaussiedler zu initiieren.

7. Integration: die schwierigste Aufgabe

Wie bereits beschrieben, fällt es den Spätaussiedlerjugendlichen sehr schwer, sich in Deutschland wohl zu fühlen und zurecht zu finden. Auch nach mehreren Jahren Aufenthalt in Deutschland bleiben die meisten Jugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion noch unter sich und haben kaum Interesse, Jugendliche aus anderen Kulturen kennen zu lernen. Offenbar dauert eine erfolgreiche Integration nicht nur 5 Jahre, sondern Jahrzehnte. Auch wenn die Sprachkenntnisse besser geworden sind, fühlen sich die Jugendlichen immer mit der Russischen Kultur verbunden; ihre Interessen unterscheiden sich grundlegend von türkischen und deutschen (einheimischen) Jugendlichen.

Gerade im kulturellen Bereich haben wir ein großes Desinteresse bei den Spätaussiedlerjugendlichen beobachtet. Beispielsweise ist es sogar schon schwierig für uns, die Jugendlichen zu einem Kinobesuch zu motivieren. Am liebsten wollen sie sich informell treffen, herumhängen und Musik hören und, wenn wir nicht dabei sind, noch Alkohol trinken oder einen Joint rau-

chen. Es braucht große Geduld, die Jugendlichen von neuen und anderen Freizeitbeschäftigungen zu überzeugen.

8. Öffentlichkeitsarbeit mit neuen Medien

Da das Projekt Pionierarbeit leistet und bisher einmalig in Deutschland ist, legen wir sehr viel Wert auf eine gute und erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit. Mit zahlreichen Artikeln über unsere wissenschaftlich begleitete und praktische Projektarbeit haben wir auf kommunaler und überregionaler Ebene große Aufmerksamkeit erweckt. Neben unserer Öffentlichkeitsarbeit in den Printmedien werden Interviews mit den Jugendlichen und der Projektleiterin im Radio und unsere praktische Projektarbeit im Fernsehen gesendet.

Ausschlaggebend für unsere Öffentlichkeitsarbeit sind aber vor allem Vorträge über die wissenschaftliche und praktische Projektarbeit auf zahlreichen Tagungen zum Thema Sucht und Migration bzw. zu Spätaussiedlerjugendlichen, die auf großes Interesse in ganz Deutschland stoßen. Die frei gehaltenen Vorträge werden durch unterschiedliche neue Medien visuell unterstützt und erreichen dadurch bessere Aufmerksamkeit bei den Zuhörern. Mit selbst gestalteten bunten Folien stellen wir komplexe Zusammenhänge als Graphiken, aber auch innovative Entwicklungen in der Suchtprävention interessanter und strukturierter dar.

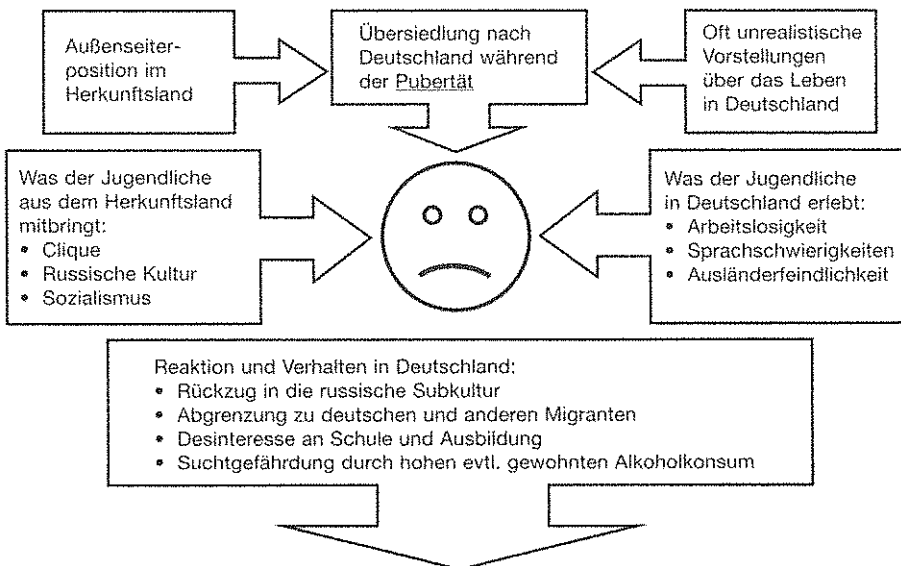
V. Theoriekonstrukt für die Abschlussuntersuchung

In der Abschlussuntersuchung des Projektes, das jetzt nach mehr als 3 Jahren ausläuft, ist eine Analyse der Lebensverläufe der Spätaussiedlerjugendlichen im Zusammenhang mit der Migration vom Herkunftsland nach Deutschland notwendig. Denn es hat sich in der wissenschaftlich begleiteten und praktischen Projektarbeit gezeigt, dass gerade die Lebenserfahrungen im Herkunftsland, die Migration als solche und die objektiven wie auch subjektiven Wahrnehmungen der Jugendlichen im Integrationsprozess ausschlaggebend für ihre mehr oder minder starke Suchtgefährdung sind.

Bei dem folgenden Schaubild handelt es sich zunächst um ein vorläufiges

Theoriekonstrukt, das während der Untersuchung verändert werden kann, um im Abschlussbericht des Projektes mit unseren Beobachtungen übereinstimmende und realitätsnahe Ergebnisse veröffentlichen zu können. Es sind die unterschiedlichen Faktoren und Ursachen dargestellt, die unseres Erachtens zu einer starken Suchtgefährdung und zu weiteren destruktiven Verhaltensweisen bei den Spätaussiedlerjugendlichen führen können. Ohne näher auf die einzelnen Faktoren an dieser Stelle einzugehen, ist für uns der Zeitpunkt der Migration ausschlaggebend für die Integrationsprobleme der Jugendlichen in Deutschland im Zusammenhang mit der starken Suchtgefährdung. Auch unsere Beobachtungen in der praktischen Arbeit bestätigen, dass gerade die Jugendlichen besonders gefährdet sind, die während ihrer Pubertät die Migration erlebt haben.

Theoriekonstrukt für die Abschlussuntersuchung



VI. Befragung der Jugendlichen - Abschlussuntersuchung des Projektes

Aufgrund unserer Erfahrungen in der praktischen Projektarbeit und der Feststellung, dass wir entscheidende Informationen über die Spätaussiedlerjugendlichen nahezu ausschließlich in Einzelgesprächen einholen können, haben wir uns entschlossen, Leitfadeninterviews mit den Jugendlichen im Info-Cafe durchzuführen. Ohnehin nutzen wir seit Beginn des Projektes die regelmäßigen Öffnungszeiten der Info-Cafes, um Feldforschung zu betreiben bzw. die oft wiederholten Verhaltensweisen der Jugendlichen zu beobachten und zu dokumentieren.

Aus dem Theoriekonstrukt haben wir folgende Aspekte bzw. Fragen herausgefiltert, die bei der Beobachtung, aber auch in den Leitfadeninterviews, erforscht werden sollen:

1. Welche Spätaussiedlerjugendlichen sind besonders suchtfährdet?

- Unsere Vermutung ist, dass gerade die Jugendlichen suchtfährdet sind, die während ihrer Pubertät die Migration, beispielsweise von Kasachstan nach Deutschland, erlebt haben. Kinder und Jugendliche, die jünger als 12 Jahre bzw. noch nicht in der Pubertät sind, wenn sie nach Deutschland kommen, haben hinsichtlich einer erfolgreichen Integration in Deutschland kaum bis gar keine Schwierigkeiten. Sie lernen sehr schnell Deutsch und finden rasch Freunde

in der Schule, gleich welcher Kultur und Nationalität.

2. Ist die Migration nach Deutschland ein Trauma für die Jugendlichen?

- Zunächst erscheint uns diese Frage als merkwürdig, da die Jugendlichen eigentlich glücklich darüber sein müssten, aus dem heruntergewirtschafteten und politisch unsicheren Kasachstan in das reiche und demokratisch geführte Deutschland zu kommen. Außerdem müssten sie aufgrund ihrer ethnisch-deutschen Herkunft sich hier rasch integrieren können. Jedoch zeigt die Praxis eher das Gegenteil. Die Jugendlichen erscheinen oft sehr unglücklich und psychisch traumatisiert. Offensichtlich ist es die andere Kultur und die moderne Lebensform hier in Deutschland, die den Jugendlichen sehr fremd sind.

3. Welche Rolle spielen die Eltern hinsichtlich der Suchtfährdung der Jugendlichen?

- Erfahrungsgemäß und nach Aussagen unserer Mitarbeiterin im Jugendgemeinschaftswerk haben die Eltern der von uns betreuten Jugendlichen oft selber Alkoholprobleme. Hinzu kommt, dass die Kultur und Tradition des Wodka-Trinkens von den Eltern an die Kinder weitergegeben wird. Somit haben die Eltern genauso wenig Verständnis dafür; bzw. es fehlt das Bewusstsein hinsichtlich des Suchtpotentials und der Gesundheitsgefährdung durch Alkohol.

4. Hat das Projekt zum kritischen Umgang mit Drogen, vor allem Alkohol, beigetragen?

- Die ständigen Einzelgespräche mit den Jugendlichen und unsere Anstrengungen, den Jugendlichen klarzumachen, dass Alkohol eine Droge ist und deshalb eines bestimmten Umgangs bedarf, haben uns veranlasst, zu prüfen, inwieweit im Verlauf des Projektes die alkoholkonsumierenden Jugendlichen ihren Konsum verändert haben. Überdies wollen wir wissen, ob unser Projekt zur besseren Integration der Spätaussiedlerjugendlichen beigetragen hat.

5. Sind die Handlungsstrategien des Projektes erfolgreich?

- Nicht zuletzt gilt es zu analysieren, inwieweit unsere gesamten Handlungsstrategien brauchbar sind und auf andere Projekte oder Einrichtungen mit gleicher oder ähnlichen Zielgruppen übertragbar sind.

VII. Beobachtungen aus der praktischen Projektarbeit

Folgende Beobachtungen haben wir bei der Feldforschung in der Projektpraxis gemacht:

1. Spätaussiedlerjugendliche wissen wenig über Drogen

Zu Beginn unserer praktischen Projektarbeit haben wir in den Gesprä-

chen und Diskussionen mit den Jugendlichen festgestellt, dass die Jugendlichen weder grundlegende Informationen über die häufigsten Drogen noch Kenntnisse über Sucht und Abhängigkeit allgemein hatten. Entweder wurde zum einen in den Schulen (in Kasachstan, Russland oder Deutschland) die Thematik Sucht und Drogen im Schulunterricht nicht intensiv bzw. gar nicht durchgenommen, oder die Jugendlichen, die erst im Alter von 14 oder 15 Jahren nach Deutschland gekommen sind, verpassten das Thema Sucht und Drogen, weil es hier in den Schulen schon längst durchgenommen wurde.

2. Mädchen: Nikotin und Magersucht; Jungen: Alkohol

Im Gegensatz zu den Jungen ist der Alkoholkonsum bei den Mädchen, die unsere niederschweligen Angebote frequentieren, sehr gering. Allerdings rauchen die Mädchen bereits schon sehr früh und auch extrem viel. Die Nikotinsucht ist bei den meisten Mädchen mit einem "Schlankheitswahn" gekoppelt, der bei einigen Mädchen schon an Magersucht grenzt. Anstatt zu essen, wird eine Zigarette geraucht, somit wird der Hunger gedämpft.

Wir versuchen in unserer Mädchenarbeit zu vermitteln, dass es Unterschiede zwischen schlank, dünn und dürr gibt, und dass Letzteres auf Jungen und Männer eher abschreckend als anziehend wirken kann. Zugleich üben wir mit den Mädchen ein, den eigenen Körper so zu akzeptieren, wie er ist. Für ein besseres Verhältnis zum weiblichen Körper bieten wir Workshops mit orientalischen oder afrikanischen Tänzen an oder machen historische und ethnische Exkursionen, um den

Mädchen zu zeigen, dass z. B. mollige Frauen in verschiedenen Epochen, aber auch heute in bestimmten Ländern, dem Schönheitsideal entsprechen bzw. entsprechen.

Der starke Alkohol-, u.a. Wodkakonsum ist vor allem bei den männlichen Spätaussiedlerjugendlichen typisch. Die Gründe für das exzessive Trinken sind vielfältig. Gerade bei den Jungen führt der Frust über Misserfolge in Schule und Ausbildung zu starkem Alkoholkonsum, da durch die traditionelle Rollenverteilung der Mann für den Lebensunterhalt und somit für einen erfolgreichen Beruf sorgen muss. Gleichzeitig erleben sie einen schwachen oder oft auch alkoholkranken Vater, der zwar einerseits Vorbild sein soll, aber in Deutschland aufgrund von Arbeitslosigkeit und völlig anderer Strukturen nicht richtig Fuß fassen kann.

3. Einzelgespräche erfolgreicher als Gruppenseminare

Die Jugendlichen erreichen wir am besten durch spontane Einzelgespräche. Gruppengespräche sind im niederschweligen offenen Angebot kaum möglich. Es hört keiner interessiert hin und das Interesse ist nicht vorhanden, etwas dazuzulernen. Wir haben festgestellt, dass sich die angesprochenen Jugendlichen in Einzelgesprächen nicht entziehen können und sich somit gezwungenermaßen mit sich und ihrer Situation auseinandersetzen müssen.

Gerade bei der sekundären Suchtprävention ist es wichtig, die suchtgefährdeten Jugendlichen direkt anzusprechen, beispielsweise wenn sie gerade beim Alkohol Trinken "erwischt" werden. Natürlich kommen erst aggressi-

ve Abwehrreaktionen, doch da wir hartnäckig sind, geben die "Ertappen" nach und es kommt zu einer Diskussion über Alkohol und Abhängigkeit. Die Jugendlichen wollen nicht wahrhaben, dass Alkohol, der überall erhältlich und erschwinglich ist, eine Droge ist und körperlich genauso abhängig macht wie Heroin.

4. Dozenten zu Gewalt-, AIDS- und Drogen von außen

Wenn wir bestimmte Themen im Info-Cafe behandeln wollen, die über unsere Suchtprävention hinausgehen, ziehen wir Dozenten bzw. Dozentinnen von außen hinzu. Das hat mehrere Vorteile:

- a) Jugendliche sind auf die neue Person neugierig und hören besser zu und sind interessiert
- b) Dozenten haben sich intensiver als wir mit den Themen beschäftigt
- c) Dozenten können direkt den Jugendlichen auf ihre Beratungsstelle aufmerksam machen
- d) Sie haben oft für Jugendliche konzipiertes Anschauungs- und Informationsmaterial
- e) Unterstützung durch Dozenten fördert die Vernetzungs- und Kooperationsarbeit

5. Wichtig: Motivationsarbeit

Die Spätaussiedlerjugendlichen besuchen das Info-Cafe oft nur, um abzuschalten und Musik zu hören. Zunächst lassen wir sie dann auch in Ruhe. Wenn wir aber feststellen, dass dieses Abschalten reine Langeweile und Frust ist, dann leisten wir Motivationsarbeit. Erfahrungsgemäß ist es vorteilhaft, spontan eine Aktion wie

Kinobesuch oder Tanzen durchzuführen, ohne vorher großartig danach zu fragen, ob die Jugendlichen Interesse daran haben. Denn: fangen wir erst einmal an, werden plötzlich alle neugierig und machen automatisch mit.

6. Klare Regeln und Grenzen setzen

Die Spätaussiedlerjugendlichen haben in ihrem Herkunftsland eher autoritäre als demokratische Strukturen erlebt. Sie sind es auch vom traditionellen Elternhaus gewohnt, bei Regelverstößen bestraft zu werden. Deshalb ist es für uns im Info-Cafe sehr wichtig, klare Regeln und Grenzen zu setzen, damit nicht der Irrglaube bei den Jugendlichen entsteht, dass in einer Demokratie absolute Freiheit für alles besteht. Und genau das passiert oft; die Jugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion erklären, dass in der deutschen Gesellschaft alles so lasch gehandhabt werde; die Polizei würde nicht richtig durchgreifen und es seien keine ernsthaften Strafen von der Justiz zu erwarten. Dieses Denken, das in der Realität häufig bestätigt wird, überträgt sich auf alle Lebensbereiche der Jugendlichen: auf Schule, Ausbildung, Familie und Freizeit. Inzwischen haben viele Eltern unserer Jugendlichen Probleme mit der Erziehung. Im Info-Cafe haben wir knallharte Regeln aufgestellt. Wir setzen feste Grenzen, und wer diese nicht einhält, wird bestraft; z. B. muss er oder sie das Info-Cafe für den Tag verlassen. Zugleich bieten wir den Jugendlichen aber Mitbestimmungsmöglichkeiten an. Wir vermitteln ihnen demokratisches Handeln durch Rollenspiele.

7. Diskos und Gruppenfahrten - intensiver Zugang zu den Jugendlichen

Für einen noch besseren Zugang zu den Jugendlichen und eine erfolgreiche Suchtpräventionsarbeit sind Diskos und Gruppenfahrten sehr vorteilhaft. Garantiert werden alle Jugendlichen zu diesen Diskos kommen, auch wenn sie alkoholfrei durchgeführt werden. Schon Monate im Voraus freuen sich die Jugendlichen auf eine Wochenendtour, egal ob gezeltet oder in Jugendherbergen übernachtet wird. Für uns ist eine Gruppenfahrt in vielerlei Hinsicht genauso vorteilhaft wie für die Jugendlichen:

- a) Sich näher kennen lernen
- b) Einzelgespräche mit Jugendlichen sind intensiver
- c) Ob bereits tatsächliche Sucht vorliegt, kann aufgrund der 24 Stunden-Betreuung leichter festgestellt werden
- d) Solidarität der Gruppe wird gestärkt
- e) Intensive Suchtprävention durch Erlebnissport
- f) In der Natur zu sein ist für die Jugendlichen sehr wichtig "Hier ist es ja fast so schön wie in Kasachstan."

VIII. Erste Ergebnisse der Leitfadeninterviews

In den Leitfadeninterviews, die wir mit 15 jugendlichen SpätaussiedlerInnen des Info-Cafes durchgeführt haben, sind folgende Aspekte abgefragt worden:

- Erleben der Migration vom Herkunftsland nach Deutschland
- Freizeitverhalten im Herkunftsland und in Deutschland im Vergleich
- Integration und deutsche Sprache
- Schule und Ausbildung
- Eltern, Familie
- Verhältnis zu den Eltern
- Freunde, Beziehungen
- Einstellung zu Drogen

Die ersten Ergebnisse der Leitfadenterviews sind hier dargestellt:

1. Ambivalenz hinsichtlich der Übersiedlung nach Deutschland

Bei den meisten befragten Jugendlichen besteht eine sehr widersprüchliche Haltung zu der Auswanderung nach Deutschland. Einerseits haben sich die Befragten darüber gefreut, dass sie in den Westen und somit in den Genuss von Konsum und Freiheit kommen, andererseits haben sie Angst bekommen, dass sie ihre Clique und die Freunde aus dem Herkunftsland nie mehr wieder sehen werden. Diese Ängste waren vor allem bei denjenigen Jugendlichen zu spüren, die während ihrer Pubertät nach Deutschland gekommen sind.

2. Kulturschock bei der Ankunft in Deutschland, vor allem für diejenigen, die in der Pubertät nach Deutschland gekommen sind

Die großen, zum Teil unrealistischen Erwartungen an Deutschland, die von Eltern und Großeltern unterstützt und übertrieben aufgebauscht wurden, haben sich für viele Jugendliche nach

der Ankunft in Deutschland nicht erfüllt. Am wenigsten haben die Jugendlichen damit gerechnet, dass das Leben, das System und die Gesellschaft in Deutschland absolut anders sind als in Kasachstan, in der Ukraine oder in Russland. Viele Jugendliche kommen aus Enklaven in den ländlichen Gebieten Kasachstans und fühlen sich in einer Großstadt wie Duisburg als Außenseiter und maßlos überfordert. Dass in Deutschland viele Migranten aus allen Ländern der Welt leben, können die Jugendlichen mit ihrem Deutschlandbild nicht vereinbaren. Somit kommt auch ein latenter Hass gegen einheimische Deutsche und/oder Eifersucht gegenüber anderen Migranten auf.

3. Frustrations wegen Sprachschwierigkeiten und des Gefühls, nicht willkommen zu sein

In der Schule oder in der Ausbildung erleben die jugendlichen Spätaussiedler nach eigenen Aussagen besonders viele Frustrationen. Problematisch ist für die meisten nicht nur die Unkenntnis in der deutschen Sprache oder der für sie fremde Unterrichtsstoff und Erziehungsstil sondern vor allem das ablehnende und teilweise ausländerfeindliche Verhalten der Mitschülerinnen. Einige interviewte Jugendliche berichteten von regelrechtem Mobbing. Sogar LehrerInnen haben einige Spätaussiedlerjugendliche schon diskriminiert und vor der Klasse lächerlich gemacht. Am Ausbildungsplatz geht das Konkurrenzverhalten weiter und zahlreiche befragte männliche Jugendliche sind versehentlich an dubiose Arbeitgeber gelangt und haben beispielsweise monatelang keinen Lohn für ihre Arbeit erhalten.

4. Jugendliche erleben Ausländerfeindlichkeit - werden als "Russen" beschimpft

Nicht nur in der Schule hören viele der befragten Jugendlichen ausländerfeindliche Sprüche, auch auf der Straße, in der Freizeit begegnen sie Jugendgangs, aber auch normalen Cliquen, die sie mit "Ruskis" oder Ähnlichem beschimpfen. Für die SpätaussiedlerInnen ist diese Beschimpfung nicht nur beleidigend, sondern auch verwirrend, da sie im Herkunftsland als Deutsche bzw. Faschisten beschimpft wurden. Jetzt sind sie tatsächlich in Deutschland, haben einen deutschen Pass und werden aufgrund ihres anderen Outfits und ihrer russischen Kommunikation als Russen beschimpft. Diese verdrehte Welt können die SpätaussiedlerInnen nicht verstehen und reagieren hier noch empfindlicher als andere Migranten.

Andersherum gibt es keine Solidarität zwischen den Spätaussiedlern und den anderen Migrantengruppen. Beispielsweise werden die türkischen Jugendlichen von den Spätaussiedlerjugendlichen oft beneidet oder auch mit ausländerfeindlichen Sprüchen beschimpft. Dieses Phänomen zeigt allzu deutlich, dass die Spätaussiedlerjugendlichen ganz und gar zwischen zwei Stühlen sitzen; sie fragen sich selbst: "Bin ich nun Deutsche/r oder bin ich Russe/Russin?"

5. Rückzug in die eigene Kultur - Verhaltensweisen wie im Herkunftsland

Aufgrund der Probleme, ihre eigene Identität zu finden, ziehen sich die meisten jungen Spätaussiedlerjugendlichen in die "eigene" russische Kultur zurück. Das Verhalten der Jugend-

lichen in Deutschland gleicht dem im Herkunftsland. Informelle Plätze und Orte wie Straßen, Parkanlagen und Hauseingänge sind für die Spätaussiedlerjugendlichen ähnliche Treffpunkte wie beispielsweise in Kasachstan oder Russland. Der exzessive, meist gemeinschaftliche Alkoholkonsum in der Clique wird bei diesen Treffen genauso praktiziert wie im Herkunftsland. Die befragten Jugendlichen bestätigen, dass sie vor ihrer Migration nach Deutschland keine besonderen Hobbys hatten; sie haben sich in der Freizeit mit den Freunden getroffen, eventuell mit ihnen zusammen etwas unternommen, aber meistens lediglich herumgehungen. Gerade die Spätaussiedlerjugendlichen, die auf dem Land groß geworden sind, kennen keine Jugendeinrichtungen. Sport wurde weder mit Hobby, Spaß noch Freizeit in Verbindung gebracht, sondern als diszipliniertes Leistungsfach in der Schule erlebt. Die russische Musik, egal ob "melancholische" Folklore, Techno oder Hip Hop ist für die Jugendlichen ein wichtiges Medium, um zu ihrer Identität zu finden. Auch Symbole, die mit der ehemaligen Sowjetunion in Verbindung gebracht werden, wie "Hammer und Sichel" oder kommunistische Texte und Lieder sind für die Jugendlichen, ohne dabei die Ideologie zu vertreten, identitätsstiftend. Am meisten aber ist es die russische Sprache, welche die Jugendlichen verbindet.

6. Wollen Alkohol nicht als Droge anerkennen, wissen aber um die Gefahr der Alkoholabhängigkeit (z.B. durch unser Info-Cafe)

In den Leitfadens Interviews wurde von den meisten Spätaussiedlerjugend-

lichen erklärt, dass sie Alkohol als Getränk sehen, egal wie hochprozentig er konsumiert wird. Sie sehen Alkohol nicht als Droge, da er überall, auch in Deutschland, erhältlich und erschwinglich ist. Und wenn Alkohol überall verkauft wird, kann er ja schlecht eine Droge oder gar gesundheitsschädlich sein. Dennoch gaben einige der Jugendlichen zu, dass starker und regelmäßiger Alkoholkonsum zu Sucht und Abhängigkeit führen kann bzw. sie konnten beschreiben, wie jemand sich verhält, wenn er/sie alkoholkrank ist.

Aufgrund der Tradition, Wodka zu jeder besonderen Gelegenheit in großen Trinkgläsern auszuschenken und in Gemeinschaft zu trinken, wird das Suchtpotential dieser Droge verdrängt bzw. nicht erkannt. Problematisch ist hierbei, dass im Gegensatz zu Deutschland, wo zwar auch auf vielen Festen Bier und Wein getrunken wird, ein übermäßiger Alkoholmissbrauch in den Herkunftsländern weder gesellschaftlich sanktioniert noch als gesundheitsgefährdend betrachtet wird. Eher wird derjenige geschätzt, der am meisten und über das Maß hinaus Alkohol "trinkt". Gerade bei den männlichen Spätaussiedlern wird exzessiver Alkohol mit Stärke, Männlichkeit und Selbstbewusstsein gleichgesetzt. Dass es sich bei diesem Umgang mit Alkohol tatsächlich um eine Schwäche handelt, zumal das eigene Trinkverhalten in Abhängigkeit von Tradition und "Freundschaft" gesteuert wird, sehen die meisten Spätaussiedler nicht ein.

7. Verhältnis zum Vater oft sehr schlecht

Gerade die befragten männlichen Spätaussiedlerjugendlichen gaben an, ein sehr problematisches Verhältnis

zum Vater zu haben. Der Vater sei sehr autoritär und konservativ und hätte überhaupt kein Verständnis für die Bedürfnisse des Sohnes. Aber auch die Mädchen klagten über die sehr strengen Väter. Auf die Frage, ob der Vater ein Vorbild sei, antworteten die meisten Jugendlichen mit "Nein". Für viele ist das Verhalten des Vaters unlogisch und nicht nachvollziehbar, außerdem erleben die Jugendlichen ihren Vater nicht als stark und selbstbewusst.

8. Info-Cafe wird als Stück Heimat gesehen und "liebevoll" Club genannt

Nach drei Jahren Projektlaufzeit ist das Info-Cafe eine wichtige Einrichtung für die Spätaussiedlerjugendlichen geworden. Die interviewten Jugendlichen erzählten, dass sie untereinander dieses niederschwellige Angebot als "Club" bezeichnen. Sie erklärten, dass Dienstag und Mittwoch ihre Lieblingstage sind, weil dann das Info-Cafe geöffnet ist und sie ihre Freunde und Bekannten treffen. Einige interviewte Mädchen verrieten uns, dass sie sich extra schminken und chic anziehen, wenn sie abends zum "Club" kommen. Andere wiederum haben dort ihre/n erste/n Freund/in kennen gelernt. Für alle Jugendlichen ist das Info-Cafe ein Stück Heimat geworden, da dort Russisch gesprochen und russische Musik gehört wird. Gleichzeitig ist es für die Jugendlichen zur Normalität geworden, dass die BetreuerInnen entweder in Deutschland, der Türkei oder in Polen aufgewachsen sind.

Hier wird noch mal deutlich, wie wichtig es zunächst für die Jugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion ist, erst mal Räumlichkeiten für sich in

Anspruch nehmen zu können, um eine Chance zu bekommen, sich überhaupt wohl zu fühlen. Unsere Aufgabe ist es dann natürlich, die Jugendlichen Schritt für Schritt mit der deutschen Kultur vertraut machen.

9. Jugendliche lieben Erlebnis-sportwochenenden und eigene Feten/ Diskos

In den Leitfadeninterviews haben die befragten Jugendlichen die gemeinsamen Erlebnisporttage und die selbst organisierten Diskos gelobt und erneut eingefordert. Das Erfahren von gemeinsamen Aktionen und Feiern ist für die Spätaussiedlerjugendlichen aus dem Herkunftsland bekannt und wird hier gerne fortgeführt; erstaunlicherweise auch ohne bzw. mit weniger Alkoholkonsum. Für uns sind diese Angebote gute Chancen, um einen noch besseren Zugang zu den Jugendlichen zu bekommen und intensivere Beobachtungen machen zu können.

IX. Übertragbarkeit des Projektes auf andere Kommunen bei Berücksichtigung folgender Aspekte:

Da es sich hier um ein Modell bzw. Pilotprojekt handelt, haben wir unsere

Ergebnisse veröffentlicht und wichtige Aspekte des Projektes herausgestellt, die eine Übertragbarkeit des Projektes auf andere Kommunen und Stadtteile möglich machen.

1. Bestandsaufnahme (empirische Untersuchung) zu Beginn des Projektes

Um eine Trendaussage zur Suchtgefährdung der Zielgruppe machen zu können, und das Projekt zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu installieren, ist eine Bestandsaufnahme in Form einer Befragung bzw. empirischen Untersuchung absolut sinnvoll. Hier verweisen wir auf unseren Projektbericht von 1998, der den gesamten Ablauf und die Untersuchungsergebnisse erläutert und interpretiert⁵.

2. Dokumentation und Evaluation

Die Dokumentation und Evaluation der praktischen Projektarbeit ist absolut notwendig, um ein erfolgreiches Projekt ergebnisorientiert durchführen zu können. In regelmäßigen Abständen stellen wir unsere wissenschaftliche und praktische Projektarbeit in einem selbstentworfenen Dokumentationssystem⁶ dar. Gleichzeitig überprüfen wir die Tauglichkeit unserer Handlungsstrategien, hinterfragen unsere Kommunikationsformen mit den Jugendlichen und suchen nach Verbesserungen, wo es nötig ist.

⁵ Der Projektbericht ist beim Diakonischen Werk Duisburg, Bonhoefferstr. 6, 47138 Duisburg, Tel.: 02 03/4 29 05-13, Email: e.kohl@dialup.nacamar.de erhältlich.

⁶ Das in tabellarischer Form verfasste Dokumentationssystem ist ebenfalls unter oben genannter Adresse erhältlich.

3. Träger des Projektes sollte Erfahrungen mit der Zielgruppe haben (z. B. Jugendgemeinschaftswerk)

Besonders vorteilhaft ist es, wenn das Suchtpräventionsprojekt von einem Träger installiert wird, der bereits langjährige Erfahrungen mit der Zielgruppe gemacht hat. Beispielsweise ist unser Projekt beim Diakonischen Werk Duisburg auch deshalb so gut angelaufen und mit einer relativ langen Laufzeit bedacht worden, weil das Jugendgemeinschaftswerk die Zielgruppe Spätaussiedlerjugendlichen sehr gut kennt und uns somit gute Ratschläge geben kann.

4. Niederschwellige Angebote und Treffpunkte für die Zielgruppe einrichten

Für einen besseren Zugang zur Zielgruppe und eine bessere Annahme der Einrichtung von der Zielgruppe ist die Bereitstellung eines niederschweligen Angebots vorteilhaft. Ein sogenanntes Info-Cafe hat keine Zugangsbeschränkungen wie Eintritt, Alter oder Nationalitäten- oder Schichtzugehörigkeit; jeder und jede kann kommen. Es gibt zwar bestimmte Regeln und Öffnungszeiten aber keine festgefahrenen Strukturen, wie es oft in anderen Einrichtungen der Fall ist.

5. Abenteuersport und Erlebniswochenenden haben sich bewährt

Da Spätaussiedlerjugendliche im Herkunftsland keinen Abenteuersport kennen gelernt haben, sondern vor allem Breitensport und diesen häufig als Zwang erlebt haben, wird der Abenteuersport ganz anders von ihnen empfunden. Die Jugendlichen

entdecken beispielsweise beim Wasserski, Kanu-Fahren und Klettern, dass Sport Spaß macht und eine sinnvollere Freizeitbeschäftigung ist, als irgendwo herumzuhängen und Alkohol in sich "hineinzuschütten".

6. Keine restriktive sekundäre Suchtprävention, sondern Aufklärung und Information

Jeder, der mit Jugendlichen arbeitet, weiß, dass strikte Verbote meistens zu gegenteiligem Verhalten führen. Auch die "Verteufelung" von Drogen wirkt bei Jugendlichen nicht. Hinsichtlich der Suchtprävention heißt das allerdings nicht, dass wir den Drogenkonsum erlauben oder gar fördern. Vielmehr stellen wir klare Regeln und Grenzen auf, die für die Jugendlichen nachvollziehbar und demokratisch handhabbar sind. Beispielsweise dürfen in unserem Projekt die Jugendlichen in den Räumlichkeiten des Info-Cafes weder rauchen noch Alkohol trinken, noch andere Drogen zu sich nehmen. Diese symbolische und räumliche Regel soll den Jugendlichen verdeutlichen, dass das Info-Cafe keine Kneipe ist und dass gerade in geschlossenen Räumlichkeiten z.B. Rücksicht auf Nichtraucher genommen werden muss. Außerhalb der Info-Cafe-Räumlichkeiten dulden wir das Rauchen von Zigaretten nur bei den über 16-Jährigen. Alkohol und andere Drogen sind auf dem gesamten Gelände nicht erlaubt. Regelverstöße nutzen wir als Aufhänger für Einzelgespräche mit den jeweiligen Jugendlichen. Lassen sich die Jugendlichen auf kein Gespräch ein oder werden aggressiv, müssen sie das Gelände verlassen. Da es zur Abwehrreaktion meistens nicht kommt, haben wir oft sehr gute und erfolgreiche Diskussionen mit den Jugend-

lichen. In den Einzelgesprächen sind wir sehr direkt und offen, wir verteu-
feln nicht die Drogen und wir machen
keine Übertreibungen z.B. hinsichtlich
der gesundheitlichen Schäden. Ohne
"oberlehrerhaft" zu sein, wollen wir die
Jugendlichen aufklären. Oft sprechen
wir mit ihnen auch über unsere eigen-
en Süchte, Abhängigkeiten und
Schwächen, um ihnen zu zeigen, dass
Sucht und Abhängigkeit viele Formen
haben und jeden betreffen können.

Entscheidend ist, dass die bereits dro-
genkonsumierenden Jugendlichen
einen kritischen Umgang mit Sucht-
mitteln und Drogen lernen und durch
die Selbstbewusstseinsstrainings so
bald wie möglich von selbst den Dro-
genkonsum reduzieren oder besten-
falls ganz beenden.

7. Stadtteilvernetzung, Koope- ration mit sozialen, politi- schen und ökonomischen Einrichtungen vor Ort (Run- der Tisch)

Der Ort bzw. Stadtteil des nieder-
schwelligigen Angebotes bzw. der Ak-
tionsschwerpunkt des Projektes sollte
dort sein, wo die Zielgruppe als hoher
Bevölkerungsanteil präsent ist. Da es
sich meistens um Stadtteile mit sozial
schwachen Familien handelt, ist es
wichtig, auch die Ressourcen anderer
Träger in diesem Stadtteil zu nutzen
und mit diesen zusammenzuarbeiten.
Bei der Initiierung eines Runden
Tisches ist darauf zu achten, dass
auch tatsächlich die Interessen und
Bedürfnisse der ansässigen Bürger
berücksichtigt werden und nicht allein
die der etablierten Einrichtungen und
Träger vor Ort. Ebenso ist es absolut
notwendig, das Ziel des Runden
Tisches festzulegen und auch allen
TeilnehmerInnen deutlich zu machen.

X. Wie geht es mit dem Projekt weiter?

Das Projekt Suchtprävention und -
beratung für junge Spätaussiedlerin-
nen und Spätaussiedler hat Ende
2001 seine Projektlaufzeit von 3 1/2
Jahren erreicht. Obgleich eine weitere
Projektlaufzeit noch interessante wis-
senschaftliche Erkenntnisse erbringen
könnte, wird das Projekt nicht weiter
unterstützt. Dennoch setzen wir uns
ein, dass wenigstens die erfolgreiche
praktische Arbeit weitergeführt wer-
den kann. Hierzu arbeiten wir inzwi-
schen an zwei Szenarios und versu-
chen sie praktisch umzusetzen:

1. Kooperation mit Ev. Kirchen- gemeinde Neumühl

Aufgrund unseres Info-Cafe-Standor-
tes in den Räumlichkeiten der Ev. Kir-
chengemeinde und unserer Kooper-
ation mit den aktiven Gemeindemitglie-
dern ist es eine logische Konsequenz
für uns, zu versuchen, unsere erfolg-
reiche Projektarbeit nicht mit Ablauf
des Projektes zu beenden. Wir haben
ein Konzept erstellt, dass die Kirchen-
gemeinde sich den Spätaussiedlerju-
gendlichen noch stärker öffnet und sie
in ihre Jugendarbeit einbezieht. Zu-
sätzlich sollen die Eltern der Spätaus-
siedlerjugendlichen mit in die Gemein-
dearbeit eingebunden werden. Ziel ist
eine stärkere Identifizierung der in
Neumühl lebenden Spätaussiedler mit
dem Stadtteil und der Gemeinde.
Gleichzeitig soll hinsichtlich der Sucht-
prävention eine Selbsthilfegruppe ent-
stehen und Seminare zum Thema
Sucht und Drogen angeboten werden.

2. Stadtteilvernetzung

Mit unserer Initiierung des Runden
Tisches in Neumühl ist die Suchtpro-

blematik von jungen Spätaussiedlerjugendlichen auf die Tagesordnung gekommen. Zahlreiche soziale und politische Einrichtungen des Stadtteils haben eingesehen, dass die bevölkerungsanteilig große Gruppe von Spätaussiedlern im Stadtteil besser integriert werden muss. Vor allem die Jugendlichen brauchen kontinuierliche Jugendangebote, um ihre Freizeit nicht ständig mit Langeweile, Frust und Trunkenheit zu verbringen. Inzwischen haben wir konkrete Konzepte erstellt, wie die Suchtprävention mit suchtgefährdeten Jugendlichen in die Jugendarbeit einfließen kann und somit unsere erfolgreiche Projektarbeit fortgeführt wird. Hinsichtlich der Integration ist es uns wichtig, dass die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen im Stadtteil zu einer Gemeinschaft werden, ohne ihre eigene Identität aufgeben zu müssen. Ziel ist es, dass die Bürger selbstständig die Belange und Probleme des Stadtteils angehen und niederschwellige Einrichtungen selbst verwalten können.

Migrationssozialarbeit als Aufgabenfeld der Drogenprävention

Mathias Hofmann

Drogenberatungsstelle Lippe e.V.

Sofienstraße 65

32756 Detmold

Inhalt

I. Begrüßung

II. Allgemeine Standards ambulanter Drogenhilfe

III. Statistik Aussiedler 1997 - 2000

IV. Gründe für Drogenkonsum: Risikofaktoren

V. Ansätze der Behandlung - Ressourcen

VI. Standards ambulanter Drogenhilfe und Kooperationsstrukturen mit stationärer Drogenhilfe und Migrationssozialarbeit

VII. Das Integrationsprojekt der Drogenberatung e. V. in Lippe

VIII. Schluss

I. Begrüßung

Sehr geehrte Frau Sarrazin, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen

Ich sage gleichzeitig herzlich willkommen und vielen Dank: Ich freue mich sehr, Sie hier in Detmold begrüßen zu dürfen; das Interesse an unserer Arbeit ehrt uns. Herzlichen Dank für die Einladung zu Ihrer Fachtagung, Frau Sarrazin! Wir haben oftmals von Ihrer Arbeit, Ihrem Angebot der Koordinationsstelle profitiert, und ich hoffe, dass der Besuch hier für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ebenso wertbare Erkenntnisse und Ergebnisse bringt.

Als Leiter der Drogenberatung e.V. in Lippe bin ich in den vergangenen beiden Jahren bei der Beschäftigung mit dem Thema "Migration und Sucht" neben den Kolleginnen und Kollegen aus der Suchthilfe zunehmend auch Kolleginnen und Kollegen aus der

Migrationsozialarbeit begegnet, und ich habe diese Begegnungen als sehr ergiebig für unsere Arbeit erlebt. Ich freue mich, zu dieser Schnittstelle sozialer Arbeit nun auf dieser Fachtagung unsere Sicht des Problems zur Diskussion stellen zu können und bin gespannt auf Ihre Kommentare aus Ihrer fachlichen Sicht.

Unsere besonderen Angebote für Spätausgesiedelte werden seit 1998 von den Kommunen Blomberg und Detmold gefördert. Für diese besondere Unterstützung möchte ich mich auch hier auf dieser Fachtagung herzlich bedanken. Die Kommunen haben dadurch nicht nur für ihre Bürger etwas Besonderes getan, sie haben auch uns in unserem Bemühen unterstützt, das Angebot für Spätausgesiedelte zu verbessern. Außerdem werden wir durch die Vermittlung unseres Spitzenverbandes, des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, seit kurzem durch das Bundesverwaltungsamt gefördert, das den weiteren Ausbau

Abb. 1

Migrationsozialarbeit als Auggabenfeld Drogenprävention

- Drogenberatung e.V. in Lippe - Grundlagen der Arbeit
- Statistik 1997 - 2000
- Risikofaktoren für problematischen Drogenkonsum bei jungen Spätausgesiedelten
- Ressourcen
- Standarts ambulanter Drogenhilfe für junge Spätausgesiedelte
- Intergrations-Angebote in Kontaktstelle, Drogenberatungsstelle und zielgruppenorientierte Prävention

unseres Projektes in die Integrationsförderung aufgenommen hat. Den Herren des Paritätischen und den Förderern seitens des Bundes hierfür meinen allerherzlichsten Dank.

Ich möchte Ihnen heute etwas erzählen über unseren Arbeitsschwerpunkt "Drogenhilfe für Spätausgesiedelte in Lippe". Ich möchte dabei über den historischen Verlauf deutlich machen, welchen Prozess wir durchlaufen haben, weil es mir ebenso wichtig ist, Ihnen zu vermitteln, was wir heute machen, wie den Weg, den wir dabei gegangen sind. Ich möchte Ihnen dabei einige Parallelen zwischen dem Weg und dem Ziel (oder dem Mittel und dem Zweck) aufzeigen.

Unsere Arbeit ist von Landes- wie von Kreisseite der Gesundheitsverwaltung zugeordnet. (in einigen Kommunen auch der Jugendhilfe). In der Drogenberatung e.V. in Lippe sind aber keine Ärzte angestellt und wir arbeiten mit Methoden der Sozialen Arbeit. Wir schätzen die Kooperation mit Medizin und Jugendarbeit (wir brauchen sie), ich möchte in meinem Beitrag heute aber die Soziale Arbeit in den Mittelpunkt stellen.

Ich möchte Ihnen heute zunächst die allgemeinen Prinzipien unserer Arbeit darstellen. Zum einen, damit Sie sehen, aus welcher Richtung (und mit welcher Brille) wir auf die Zielgruppe und auf Probleme schauen. Zum anderen ist mir dies wichtig, weil mir diese Prinzipien (oder Leitsätze) gerade bei ungewöhnlichen Problemen - und damit hatten wir es hier zunächst zu tun - zur Planung und Überprüfen unseres Handelns wichtig sind.

Ich möchte Ihnen einige Zahlen zu unserer Klientel aus den vergangenen 4 Jahren nennen, in denen sich eine

deutliche Entwicklung - parallel zu unserer Projektarbeit - zeigt.

Anschließend möchte ich Ihnen aufzeigen, warum (aus unserer Sicht) das Risiko für spätausgesiedelte junge Menschen so besonders hoch ist, auf problematische Art und Weise Drogen zu konsumieren.

Und ich möchte Ihnen - ebenfalls natürlich aus unserer Sicht - schildern, was wir an Ressourcen sehen, mit deren Nutzung den Betroffenen eine Überwindung der Probleme gelingen kann.

Denn an diesen Möglichkeiten orientieren wir unsere Hilfsangebote, die ich Ihnen natürlich erläutern möchte. Ich wage Standards ambulanter Drogenhilfeangebote für Spätausgesiedelte zu formulieren, und ich berichte von der konkreten Arbeit im Projekt.

II. Allgemeine Standards ambulante Drogenhilfe

Die Aufgabe der Drogenberatung e.V. in Lippe ist es, lippischen Personen mit problematischem Drogenkonsum bei der Verbesserung ihrer gesundheitlichen und sozialen Situation zu helfen, ihre Angehörigen und Familien zu beraten und zu unterstützen, sowie allgemeine Suchtvorbeugung zu leisten.

Damit diese Aufgabe gelingen kann, ist eine Voraussetzung die Begegnung mit der Klientel, d.h. diese muss wissen, dass es uns gibt, muss eine allgemeine Vorstellung haben, dass es hilfreich sein könnte, uns aufzusuchen und muss uns auch erreichen können.

Drogenberatung e.V. in Lippe Grundlagen der Arbeit

- Erreichbarkeit, Niedrigschwelligkeit
- Akzeptanz, Respekt
- Kontakt und Beziehung
- Service und Maßnahmen
- Kooperation
- Evaluation

Soll ein hilfreicher Kontakt zustande kommen, ist wiederum die gegenseitige Akzeptanz notwendig, sonst kann es nicht zu einem vertrauensvollen persönlichen Umgang kommen, der aber zur Hilfestellung (und -annahme) in dieser sehr persönlichen Notlage unbedingt wichtig ist.

Also arbeiten wir beziehungsorientiert und achten dabei darauf, die einzelnen Klienten mit ihren Wünschen und Vorstellungen zu respektieren und ihnen als Autonome auch ihre Entscheidung zu lassen. Früher sagte ich - pragmatisch orientiert. "Man kann keinen Dackel zur Jagd tragen". Heute denke ich außerdem: Wie soll jemand autonom werden (Autonomie als Gegenteil von Abhängigkeit ist das Ziel unserer Arbeit), wenn ein anderer als er selbst Entscheidungen für ihn trifft - So kann er nicht lernen, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Hier entsprechen sich zum Beispiel Mittel und Zweck - oder Weg und Ziel unserer Arbeit.

Damit unsere Maßnahmen als hilfreich erkannt werden, müssen sie zum einen von den Eingangsbedingungen

her den Vorstellungen der Klientel entsprechen. Außerdem müssen wir ihre Wirksamkeit nach deren Abschluss überprüfen. Zudem müssen es Angebote sein, die wiederum von Form und Inhalt unserem Auftrag entsprechen. Es sind also Wachstumsangebote entsprechend dem Niveau der Klientel, die zu einer Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Situation führen sollen.

Da wir eine Drehscheibe im Drogenhilfesystem sind und sehr nahe an der Klientel diese vermitteln (ohne sie deswegen loswerden zu wollen), ist es auch unsere Aufgabe, passgenaue und weiche Übergänge in Maßnahmen anderer Anbieter zu schaffen und unsere Angebote mit denen dieser Kooperationspartner gegenseitig abzustimmen. Vernetzung läuft über gemeinsame Praxis mit Klienten und Klientinnen, nicht über Gremienarbeit von Geschäftsführern. Letztere ist nur Voraussetzung. Unter Vernetzung verstehe ich ein "aktives Verweben" in der konkreten Zusammenarbeit. Dafür müssen Wege zueinander gefunden und gemeinsam zurückgelegt werden, die eine neue gemeinsame Qualität

der Arbeit schaffen. (TSCHELNOK (das Weberschiffchen) als Symbol der Funktion der Seidenstraße)

Diese Aussagen können Sie in ähnlicher Formulierung in unserem ersten Jahresbericht (1994) nachlesen und auch in den folgenden (www.drogenberatung-detmold.de) und sie entsprechen der Einstellung der Drogenberatung e.V. seit 1971.

III. Statistik Aussiedler 1997 - 2000

Die Drogenberatung e.V. in Lippe hat seit ihrem Bestehen 1994 Kontakt zu Spätausgesiedelten; diese einzelnen Kontakte waren 1997 erstmals statistisch auffällig. Auffällig war aber nicht nur die Statistik, sondern vor allem die Personen, die sich anders verhielten als die hier geborenen Klientinnen und Klienten. Sie setzten sich im Kreis auf die Straße vor der Beratungsstelle,

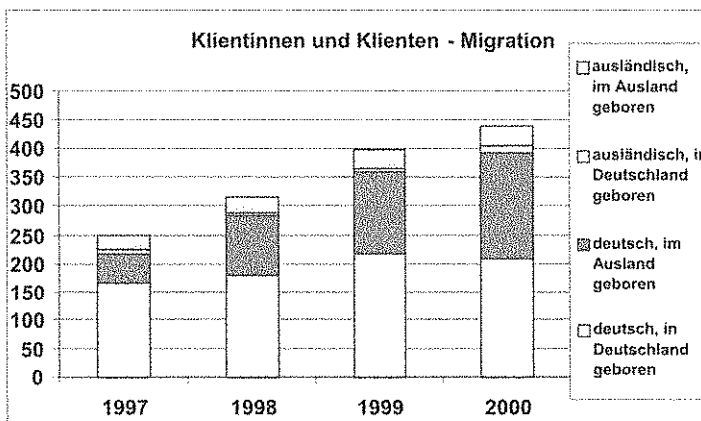
nahmen unser kleines Bistro nicht als gemütliches Cafe, sondern als schnellen Durchlauftreffpunkt, sagten nicht "Guten Tag" und siezten uns, auch wenn wir uns längst auf Du geeinigt hatten. Und alle wollten von uns Remedacen, dann wäre alles in Ordnung. Wir waren erstaunt, wir waren manchmal ratlos, manchmal sauer und manchmal fanden wir das alles auch lustig.

Ich betone diese Ihnen allen wahrscheinlich bekannten Umstände, um deutlich zu machen, dass nicht nur die Spätausgesiedelten mit Drogenkonsum nicht wussten, was Sie mit uns machen sollten, sondern auch unsere Einstellung und Struktur nicht zum Hilfebedarf passten.

Wir haben uns - und daher habe ich sie vorher genannt - auf die Grundlagen unserer Arbeit besonnen und einen Prozess begonnen: wir haben versucht, eine Brücke zu bauen. Unsere Ziele waren: Erreichbarkeit herstellen, Kontakt herstellen, akzeptierende Beziehungen herstellen. Wir

Abb. 3: Anteil der Spätausgesiedelten an der Klientel im Jahresvergleich

Anzahl Migration betreute Klientel 1997 - 2000



sind auf die Personen zugegangen, haben "Guten Tag" gesagt, sie zu uns herein gebeten und angefangen sie auszufragen. Wir haben sie gefragt, was sie gerne hätten, haben gesagt, dass wir ihnen gerne unsere Angebote vorstellen könnten, aber vor allem waren wir interessiert, was mit ihnen los ist, wer sie sind. Wir haben sie gesiezt. Dieses Interesse und die Berichte der Klienten führten letztlich dazu, dass ich mich für das Land Kirgistan zu begeistern begann und im Jahr 1999 einen sehr beeindruckenden und großartigen Urlaub dort verbrachte.

In diesem Prozess haben unsere Schritte des Hingehens und die Maßnahmen der Drogenhilfe ineinandergelassen. Als wir wussten, dass diese spätausgesiedelten Klienten vor allem aus zwei Stadtteilen in Lippe zu uns kamen, haben wir uns entschieden, dort Kontaktstellen einzurichten und aufsuchende Sozialarbeit durchzuführen. Damit war unser Veränderungsprozess gleichzeitig eine höchst wirksame Methode der Drogenhilfe und eine Maßnahme zur Integration in das

Gesundheitssystem war gleichzeitig eine Veränderung des Gesundheitssystems. Wir haben dabei nicht gewusst, ob dies die letztendlich richtige Handlung ist, wir haben uns kontrolliert auf einen Prozess eingelassen und dabei Schritt für Schritt Neues entwickelt. So wie wir uns offen und neugierig auf die Klienten eingelassen haben, haben wir uns interessiert mit anderen als den bisherigen Methoden beschäftigt. Auch hier möchte ich auf die Parallele zwischen Weg und Ziel unserer Entwicklung hinweisen. Was ist daraufhin passiert?

Mit der Einrichtung der Kontaktstellen (Geh-Struktur als Ergänzung der Komm-Struktur) ging die Anzahl der kontaktierten Spätausgesiedelten deutlich nach oben. Im Jahr 2000 machen sie fast die Hälfte der Klientel aus. Wir haben eine neue Klientel hinzugewonnen, die alte ist relativ stabil geblieben. Damit sagen wir: das Ziel, in Kontakt zu kommen, haben wir erreicht.

Wir haben besonders relativ junge Klienten erreicht und wir haben mittlerweile auch Klientinnen erreicht:

Abb. 4: Altersverteilung

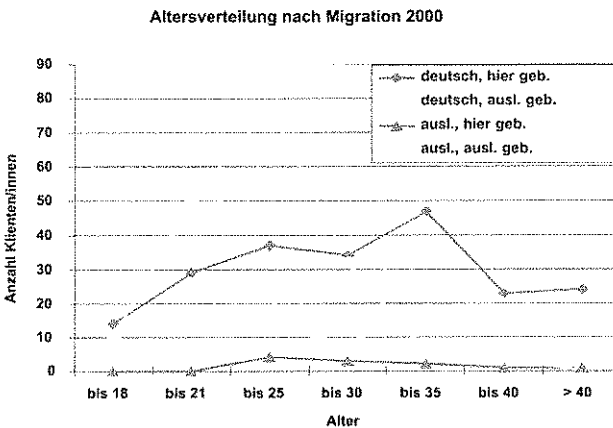
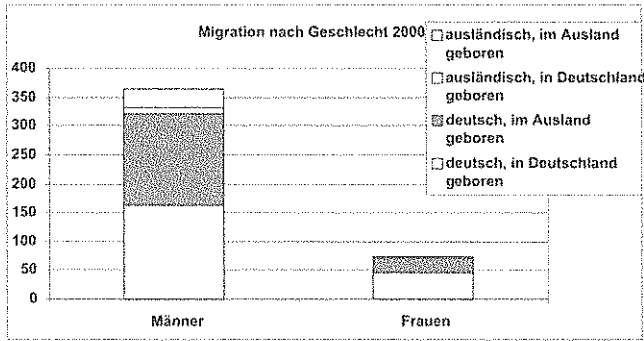


Abb. 5: Geschlechtsverteilung

Migration nach Geschlecht 2000



Ein weiteres Ziel war die Integration in das Suchthilfesystem, also die Zuführung in Maßnahmen der ambulanten und stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung und der Substitutionsbehandlung.

Abb. 6: Maßnahmen

vermittelte Maßnahmen - Migration im Jahr 2000		
	deutsch hier geboren	deutsch, ausl. geboren
Klienten/-innen	209	185
amb. Entzug	9	31
stat. Entzug	86	121
langfristige Substitution	140	73
Entwöhnung begonnen	22	15
Entwöhnung abgeschlossen	5	7

Mit den Vermittlungszahlen sind wir zufrieden, interessant sind die verschiedenen Gewichte: Die Vermittlung in ambulante und stationäre Entzugsmaßnahmen wurde für Spätausgesiedelte überdurchschnittlich durchgeführt, die in langfristige Substitutionsbehandlung unterdurchschnittlich. Den etwas unterdurchschnittlichen

Vermittlungszahlen in Entwöhnungsbehandlung steht eine überdurchschnittliche Anzahl von erfolgreich abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlungen gegenüber.

Auf Grund dieser Ergebnisse vertreten wir heute die These: Es ist sehr schwierig, und bedarf besonderer An-

strengungen, junge spätausgesiedelte Drogenabhängige in das Suchthilfesystem zu integrieren. Bei einer angemessenen Behandlung (was das nach unserer Auffassung ist, dazu gleich mehr) ist die Erfolgsaussicht der Betroffenen, ihre Abhängigkeit zu überwinden, dagegen relativ besser als bei hier geborenen drogenabhängigen Personen .

IV. Gründe für Drogenkonsum: Risikofaktoren

An besonderen Risikofaktoren bemerken wir durch unseren Kontakt in der Gruppe der Spätausgesiedelten Folgendes, und Sie erlauben, wenn ich dabei etwas pauschaliere und überdeutlich zeichne:

Bis zur frühen Jugend in ländlichen Regionen Zentralasiens aufgewachsen, oftmals in wohl-situierten Elternhäusern mit berufstätigem Vater und Mutter, in Großfamilien mit Landwirt-

schaft, bedeutet die Migration einen Bruch in einer Phase des Lebens, in der eigenständige Lebensprozesse beginnen. Es fehlt hierfür nicht nur die Vorbereitung; gleichzeitig ist die Pubertät ein Alter des Überschätzens. Die Eltern können ihre eigentliche Funktion des Regulierens oft nicht wahrnehmen, da sie selbst fremd sind und eigene Probleme lösen müssen. Außerdem werden sie von den Kindern nicht als Vorbilder gesehen, oftmals lernen die Jugendlichen schneller als die Eltern, orientieren sich an anderen Vorbildern, z.B. an älteren Jugendlichen.

Geringes Wissen zu Drogen und Drogenhilfe: Zeitgemäße persönlichkeitsorientierte Suchtprävention fehlt völlig, es fehlen häufig auch einfachste Kenntnisse über illegalen Drogen. Viele wissen nicht, dass Heroin süchtig macht; viele wissen nicht einmal, dass sie Heroin konsumieren. Damit einher geht eine geringe Vorsicht gegenüber starken Wirkungen und hohen Dosen, eine hohe Risikobereitschaft, nicht zuletzt eingeübt über den gewohnten Konsum starker Alkoholika.

Abb. 7: Risikofaktoren

Besondere Risikofaktoren für problematischen Drogenkonsum bei jungen Spätausgesiedelten

- Halbe Sozialstationen, geringe elterliche Autorität
- Geringes Wissen über Drogen und Drogenhilfe
- Delegation von Heilungsprozessen
- Schlechte Bildung und Berufsausbildung
- migrationsbedingte Bildung von Cliques
- für Mädchen: besondere Diskrepanz im Rollenverständnis zwischen den Kulturen

Entsprechend fehlen Kenntnisse über das Drogenhilfesystem und die bestehenden Vorstellungen (von eher totalitären Einrichtungen) sind kontraproduktiv. Die Kultur der Befindlichkeitsdiskussion und persönlichkeitsorientierten Hilfe ist völlig fremd und unverständlich.

Entsprechend werden Heilungsprozesse gerne delegiert, am liebsten an Ärzte und verbunden mit Einnahme von Medikamenten. Die Eigenverantwortlichkeit für Heilung, gerade bei Sucht - in der hiesigen Gesundheitskultur ein zentrales Moment - ist wenig bekannt.

Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse und Sprechübung und unterdurchschnittliche schulische und berufliche Ausbildung gehen vielfach einher mit Arbeitslosigkeit und Perspektivlosigkeit.

Die migrationbedingte Cliquenbildung mit anderen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern vervielfacht diese Risikofaktoren. Es ist besonders schwer, in einem Milieu mit vielfachem - und damit üblichem - Drogenkonsum abstinent zu leben.

Die besonders hohe Diskrepanz zwischen den tradierten Entwicklungsvorstellungen für Mädchen und junge Frauen zur westlichen Kultur heranwachsender Frauen kann zu hochriskanten Lösungsstrategien und Ausbruchversuchen, zum Beispiel über Drogenkonsum, führen.

V. Ansätze der Behandlung - Ressourcen

Abb. 8 Ressourcen

Ressourcen

- Einbeziehung
- Familie
- Arbeitsbereitschaft
- Härte gegen sich selbst
- Geschwindigkeit
- Jugend

Stellen wir diesem Blick auf die Risiken und auf die aus unserer Sicht betrachteten Mängel die besonderen Fähigkeiten junger Spätausgesiedelter entgegen, wie wir sie kennen gelernt haben. Hier muss ich wieder um Erlaubnis zum pauschalen Blick bitten! Es gilt natürlich auch hier immer, dass ein genauerer individueller Blick für eine angemessene Behandlung unabdingbar ist:

Wenn ein Kontakt hergestellt ist, verstehen unsere spätausgesiedelten Klienten diesen sehr persönlich. Sie sind sehr bemüht, ihn zu halten, zeigen sehr viel Achtung und Ernsthaftigkeit in der Auseinandersetzung, sie bemühen sich um Verbindlichkeit. Auch lange nach den Behandlungen halten sie Kontakt. Sie bringen beste Voraussetzungen für eine beziehungsorientierte Soziale Arbeit mit.

Die Familienstrukturen sind im Vergleich zu hier geborenen Personen in unserer Klientel in der Regel besser; die Familie zeigt einen hohen Zusammenhalt und ist um Hilfe bemüht.

Auch wenn die Eltern, Ehepartner oder Geschwister oftmals zunächst sehr hilflos und ratlos sind, ist dieses soziale System eine sehr starke Ressource, wenn es entsprechend gestützt (qualifiziert) werden kann.

Ähnliches gilt für die Bereitschaft zur Arbeit, die in der Regel sehr hoch ist, auch bei Schichtarbeit und schlechter Bezahlung. Damit erschließt sich mit der Aufnahme von Ausbildungen oder auch ungelernten Tätigkeiten eine Tagesstruktur. Wir wissen schon lange, dass dies ein Schlüssel bei der Überwindung von Suchterkrankungen ist.

Wir beobachten eine gewisse "Härte gegen sich selbst". Die Klientel der Spätausgesiedelten zeigt sich vielfach unempfindlich gegen widrige Umstände. So wie dies ein Risikofaktor ist (starker Konsum, Straffälligkeit, Gewalt), so ist dies auch eine Ressource auf dem sehr schwierigen und schmerzhaften Weg eines Entzuges.

Der Wunsch nach Veränderung ist entsprechend vergleichsweise radikal. Spätausgesiedelte kommen schneller nach Beginn einer Drogenabhängigkeit in Behandlung und sie wollen schneller einen Erfolg sehen. (34% der in der Westfälischen Klinik Warstein behandelten Aussiedler hatten 1999 weniger als ein Jahr Heroin konsumiert, aber nur 18% der in Deutschland geborenen Patienten.) Circa 80% der Klienten des Projektes Soforthilfe in Detmold sind Aussiedler

Eine nicht gering zu schätzende Ressource der spätausgesiedelten Klientel ist ihre Jugend. Sie konsumieren jung, kommen früh in Behandlung und haben noch vielfache Lebenschancen nach dieser.

Es nimmt also nicht wunder, dass die Behandlungserfolge in der Klientel der

spätausgesiedelten häufig leichter scheinen als bei den hier geborenen Klientinnen und Klienten. Wenn wir die behandlungsbedürftige Drogenabhängigkeit auf eine Sozialisationsstörung zurückführen, dann ist dieser Zusammenhang eventuell auch leichter behandelbar als eine Persönlichkeitsstörung mit frühkindlichen Ursachen, wie wir sie häufig in unserer hier geborenen Klientel im kausalen Zusammenhang mit der Suchtproblematik beobachten. Aber auch hier gilt: Vorsicht vor zu leichtfertigen Pauschalierungen.

VI. Standards ambulanter Drogenhilfe und Kooperationsstrukturen mit stationärer Drogenhilfe und Migrationssozialarbeit

Die Drogenberatung e.V. hat für diese Zielgruppe kein grundlegend neues Konzept entwickelt, sondern im Wesentlichen die allgemeinen Prinzipien der Arbeit auch auf diesen Bereich übertragen und dabei neue methodische Ansätze evaluiert.

Aus den Erfahrungen der letzten Jahre haben wir folgende Standards zur Gestaltung des ambulanten Hilfesystems entwickelt:

Da die Spätausgesiedelten das Drogenhilfesystem nicht kennen, muss dieses auf sie zugehen und sich vorstellen. Ambulante Suchtkrankenhilfe mit Spätausgesiedelten muss sich mit Straßensozialarbeit, Kontakten zu Schlüsselpersonen und Beratung vor Ort bekannt machen.

Abb. 9: Standards

Standard

- Kontakt vor Ort, Beziehungsaufbau
- Ressourcenorientierung
- Familienarbeit, Angebote für Angehörige
- muttersprachliche Angebote
- geschlechtsspezifische Arbeit
- Anpassung der Maßnahmen (z.B. Soforthilfe)
- Zusammenarbeit mit Migrationssozialarbeit
- Bildung und Arbeit
- Abstimmung mit stationären Angeboten
- zielgruppenorientierte Prävention

Ressourcenorientierte Sozialarbeit bedeutet hohe Beziehungsorientierung und Kontaktbereitschaft, Neugier und Interesse an den Menschen, wie sie sind mit ihren biografischen Erfahrungen, also auch mit Interesse an ihrer (anderen) Kultur. Es ist die Aufgabe der Sozialarbeit, die Ressourcen zu würdigen und die Hilfsangebote dementsprechend zu konzipieren. Im Bezug auf Migranten/innen ist dies ein - vielleicht der entscheidende Teil - interkultureller Kompetenz.

Angesichts der in der Regel sehr jungen Klientel und ihrer vorhandenen engen Familienstrukturen ist die Einbeziehung der Eltern (oft auch Ehepartner) sehr hilfreich und außerdem notwendig, da diese in der bestehenden Situation mit drogenkonsumierenden Angehörigen sehr hilflos sind und selbst Rat und Unterstützung benötigen.

Bei bestehenden Sprachschwierigkeiten ist muttersprachliche Beratung sehr hilfreich. Das Sprachproblem ist

auch ein Sprachkulturproblem; die Beratung durch im gleichen Kulturraum geborene Personen schafft Vertrauen, Verstehen und Verständnis. Wir beobachten dies insbesondere bei Angehörigen; dies entspricht einem weiteren Teil der vielfach postulierten interkulturellen Kompetenz.

Die Situation drogenkonsumierender Frauen ist angesichts tradierter Geschlechterrollen besonders durch Rollenkonflikte und Auseinandersetzungen in der Familie gekennzeichnet. Für drogenkonsumierende Aussiedlerinnen sind Sozialarbeiterinnen geeignete Kontaktpersonen.

Für die jugendliche Klientel ist die Zusammenarbeit mit Jugendhilfe und Bildungsträgern unabdingbar. Soziale Reintegration ist ohne diese Kooperation schwierig möglich, mit entsprechenden Angeboten oftmals überraschend leicht.

Besondere Klienten/innen benötigen besondere Maßnahmen. Die ambu-

tungsstelle, zum Teil aber auch mit anderen Institutionen im Stadtteil, die besonderen Kontakt zu den Müttern der Klienten haben. Wirkungsvolle Instrumente zur vertrauensvollen Kontaktaufnahme sind die russische Sprache und das Kulturverständnis. Die Sozialarbeiterin der Drogenberatung, die selbst Aussiedlerin ist, übernimmt dabei die Schlüsselfunktion.

Die Kontaktstelle übernimmt nicht alle Arbeiten einer Drogenberatungsstelle; sie hat die Funktion, Klienten zu suchen, aufzunehmen und im Alltag zu begleiten. Die Clearingsstelle Substitution, die Fachprävention, die JVA-Arbeit, der Schwerpunkt berufliche Integration, die Soforthilfe, diese Angebote der Drogenberatung werden nicht dupliziert, sondern die Mitarbeiterin der Kontaktstelle vermittelt in diese und begleitet die Klienten eventuell dorthin.

Die Kontaktstelle übernimmt so nicht nur die Brücken- und Integrationsfunktion für die Klientinnen und Klienten zur Drogenberatungsstelle und ins gesamte Drogenhilfesystem, sie verbindet auch Institutionen. Es entsteht

ein gangbarer Weg von den Kooperationspartnern vor Ort (z.B. aus der Jugendarbeit) bis hin zu den Kooperationspartnern des Fachdienstes (wie speziellen Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen) - und auch wieder zurück in die ambulante Nachsorgegruppe vor Ort.

Über diese zielgruppenorientierte Verbindungen hinaus sind durch die enge Zusammenarbeit auch weitere Kooperationseffekte erreicht worden: Zum Beispiel gibt es in Blomberg auch ein sehr lebendiges Präventionsnetzwerk und die Stadt ist eine Schwerpunktregion für die Arbeit der Fachpräventionsstelle. Dazu hat die jahrelange intensive Zusammenarbeit wesentlich beigetragen. Netzwerk bedeutet hier nicht, die Arbeit an andere Kompetente weiterzugeben, sondern gemeinsam bessere Ergebnisse zu erzielen als in der Summe einzelner Tätigkeiten.

Was hat sich in der Drogenberatungsstelle geändert:

1. Tägliche, offene Sprechstunden gab es sowieso schon, wenn nicht, hätten wir sie genau hier einge-

Abb. 11

Besondere Maßnahmen Anpassung der amb. Suchthilfe

Drogenberatungsstelle

- stat. Entzug sofort
- amb. Entzugsbehandlung
- Therapie schnell und gut
- Nachsorge
- berufliche Reintegration

Kontaktstelle

- aufsuchende Arbeit
- mutterspr. Beratung
- gemeinwesenorientierte Kooperation
- Prävention vor Ort
- Familienarbeit

führt, da die Terminalsicherheit der Spätausgesiedelten zu Beginn der Betreuungsarbeit eher unterdurchschnittlich ist.

2. Neue Angebote, die besonders von Spätausgesiedelten genutzt werden bzw. von uns auf sie zugeschnitten worden sind:

- Soforthilfe
 - Schnellvermittlung in qualifizierte Entzugsbehandlung
- Methadonsprechstunde
 - ambulante Entzugsbehandlung mit Methadon, Vermittlung in längerfristige Substitutionsbehandlung
- Therapie Kompakt
 - Standardisierte und qualifizierte Schnellvermittlung in stationäre Entzugsbehandlung im regionalen Verbund

Diese drei Angebote finden parallel statt und haben sich als Kombination

zum zentralen Aufnahme- und Behandlungsinstrument der Beratungsstelle für Spätausgesiedelte entwickelt.

3. Nachsorgearbeit für Rückkehrer aus Entwöhnungsbehandlungen. Gerade Spätausgesiedelte kommen zurück in die alte Wohngegend. Die Kontaktaufnahme findet bereits während der letzten Therapiewochen statt, meistens wird der Kontakt über die gesamte stationäre Phase gehalten. Die Beratung zur beruflichen Reintegration findet bereits in enger Zusammenarbeit von Fachklinik und Beratungsstelle statt. Aus der Fachklinik heraus kommt der Klient in die Sprechstunde "berufliche Reintegration" der Drogenberatung und kann hier vor Ort noch besser auf die spezifischen Gegebenheiten in Lippe hin beraten werden.

4. Zielgruppenorientierte Prävention

Abb. 12: Prävention

Zielgruppenorientierte Prävention

- Sport- Midnight und Vereinsintegration
- Hepatitis C Prävention, Sexualpädagogik
- allgemeine Gesundheitserziehung
- Theater, Tanz, Präsentation
- Informationen für Eltern
- Safer Use, Spritzentausch, Safer Sex
- Kontakt zu Jugendlichen mit problematischem Alkoholkonsum
- geschlechtsspezifische Angebote (Begleitung bei Rollenkonflikten, besondere Kontaktangebote, Erwerb von Risikokompetenz)

Ein besonderes Medium für Suchtprävention ist Sport m.E. nicht. Nicht dass ich etwas gegen Sportangebote hätte, ich habe selbst Sport studiert und in meiner Arbeit immer gerne Sportangebote eingesetzt. Ich halte ein Streetballturnier aber nicht für ein besonders spezifisches Mittel der Suchtprävention - auch nicht für Migranten/innen. Richtig ist aber, dass Sport bei Jugendlichen - vor allem bei Jungen - eine beliebte Freizeitbeschäftigung ist und in der Version der Nachtveranstaltung auch erstens hip ist und zweitens zeigt, dass man abends nette Sachen machen kann ohne Drogenkonsum. Zweitens ist Sport im herkömmlichen Sportverein eine Möglichkeit der Begegnung von Migrant/innen mit hier Geborenen und von daher eine sinnvolle Integrationsmaßnahme.

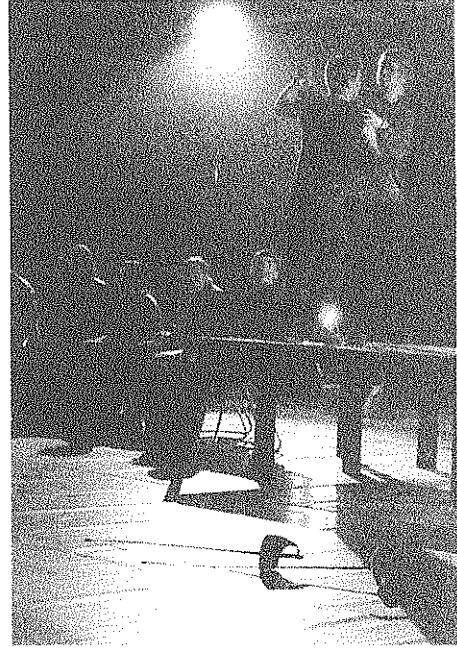
Ich denke, es gibt noch spezifischere Angebote, es ist die Mühe wert, weiter nachzudenken und nicht immer wieder bei Sportangeboten zu enden.

Wir haben die vergangenen beiden Jahre neben Streetball auch etwas anderes versucht: ein Bewegungstheater besonderer Art. Mit 50 Jugendlichen aus Beschäftigungsprojekten des Stadtteiles haben 7 Künstler und Künstlerinnen des ALARM! THEATERS Bielefeld ohne vorliegendes Drehbuch Szenarien entwickelt, die aus dem entstanden, was die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an (teils unbewussten) Fertigkeiten mitbrachten. Auf die Frage was sie könnten, kam zunächst wenig; dann zum Beispiel der Hinweis, mehr als sich prügeln könnten sie nicht. Aus diesem "Ansatz" wuchs dann im Laufe der Woche eine akrobatische Szene einer Schlägerei für das Theaterstück; und analog entstanden Szenen mit Feuer, mit Tanz, mit Trommeln, Masken usw. Eine ähnliche Form der Inszenierung gestaltet das ALARM! THEATER alljährlich mit Klienten der Fachklinik Loxten; auch dort ist dies ein sehr erfolgreiches Angebot für die therapeutische Arbeit mit der Klientel.





Allgemeine Gesundheitserziehung mit Hepatitis C Prävention (also auch Sex Sexualerziehung, Safer Sex) das sind Themen, die besonderer Bildungs- und Seminararbeit bedürfen und die am besten ähnlich der AIDS-Prävention möglichst flächendeckend über Schulen gewährleistet werden können. Die AIDS Prävention in Lippe geht mit uns gemeinsam das Thema an. Zur Zeit planen wir eine neue Seminarreihe in Schulen, für die wir Honorarkräfte fortbilden möchten, die selbst Spätausgesiedelte sind. Wir nehmen hierbei gerne die Anregung des Ethnomedizinischen Instituts aus Hannover auf. Die Presse berichtet über steigende AIDS-Krankenhauszahlen in Osteuropa vor allem im Zusammenhang mit i.v. Drogenkonsum und Prostitution (F.A.Z. 25.6. 2001). Ich denke, dass wir jetzt aktiv werden sollten, um die Probleme, die über Migration auch hier in den Zuwanderungsgebieten entstehen werden, möglichst gering zu halten.



Immer noch sind Eltern wichtige Informationsträger und Bedenkenformulierer. Wenn man an Prävention denkt, muss man die Bildung der Eltern einbeziehen. Dies kann funktionieren über Elternabende in Schulen, aber auch über traditionell starke Kirchengemeinden.

Geschlechtsspezifische Aspekte sind in der allgemeinen Suchtprävention mittlerweile richtigerweise die Regel. In Migrations-Familien sind sie mindestens so nötig, da sich Geschlechterrollen teilweise erstens traditionell stärker oder anders unterscheiden als in der aufnehmenden Gesellschaft, und da über Generationenkonflikte Konflikte zwischen den Auffassungen zu Geschlechterrollen ausbrechen können. In Konflikten mit ihren Eltern wählen junge Spätaussiedlerinnen zum Teil radikale (Flucht-)Wege wie den über Drogenkonsum.

Junge Männer wie junge Frauen benötigen eine besondere Risikokom-

petenz; junge Frauen besondere leicht erreichbare Beratungsangebote, sei es zur Bearbeitung von Co-Abhängigkeit, zur Hilfe bei Konflikten mit den Eltern oder bei eigenen Grenzverletzungen. Wir haben bewusst den Anteil weiblicher Sozialarbeiterinnen hier verstärkt und stellen fest, dass wir zunehmend drogenkonsumierende Mädchen erreichen. Die Probleme sind - wie vermutet - wesentlich drastischer. Die Mädchen sind noch jünger als die männliche Klientel, sie erfahren zu Hause häufig Gewalt, das Jugendamt ist in aller Regel beteiligt.

Hier geborene und aufgewachsene wie immigrierte Jugendliche zeigen vielfach einen sehr hohen, zum Teil problematischen Alkoholkonsum. Bei Migranten (meist männlichen Jugendlichen) geht dies mit einem Ausmaß an Unbekümmertheit einher, der wiederum die mangelnde Prävention und den kulturellen Hintergrund von unproblematisch empfundenen Konsum starker Alkoholiika aufzeigt. Zielgruppenorientierte Prävention sollte auf diese suchtgefährdeten Jugendlichen zugehen, aufsuchende Arbeit nicht auf Konsumenten und Konsumentinnen illegaler Drogen beschränken. Eine Aufgabe, die auch allgemein in der Prävention immer mehr gesehen wird.

VIII. Schluss

Integration erleben wir als einen gemeinsamen Prozess, der Veränderungen sowohl bei den Personen bedeutet, die einwandern, als auch bei der aufnehmenden Gesellschaft. Das Drogenhilfesystem ist durch die besondere Nachfrage zu Veränderun-

gen angeregt, zumindest zur Überprüfung der Methoden. Daraus hat sich in unserem Fall aus meiner Sicht eine positive Fortentwicklung ergeben. Das Angebot der Drogenberatung e.V. in Lippe hat sich dank der besonderen Anforderungen der Klientel der Spätausgesiedelten in den letzten drei Jahren ausdifferenziert und verbessert.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich, dass Sie gleich noch die Möglichkeit haben, sich in drei Arbeitsgruppen mit immer neuen Kolleginnen und Kollegen über die Streetworkarbeit, über spezifische Angebote für Frauen und Mädchen und unsere besonderen präventiven Angebote wie z. B. die Theaterarbeit genauer zu informieren.

Erfahrungen mit einer spezialisierten Konzeption zur stationären Behand- lung alkohol- und drogenabhängiger Migranten

Andreas Braun

Fachklinik Hohenrodt

Am Kirchberg 2

88448 Attenweiler

Inhalt

- I. Suchtproblematik bei Migranten aus der ehemaligen UDSSR**
- II. Sucht und Migration**
- III. Die Therapie am CIST (Caritas Zentrum für interkulturelle Sucht-Beratung und -Therapie)**
- IV. Merkmale suchtkranker Spätaussiedler**

I. Suchtproblematik bei Migranten aus der ehemaligen UDSSR

Nach Deutschland sind in den letzten 12 Jahren etwa 2,8 Mio. Aussiedler aus den Ländern der GUS eingewandert. Überträgt man die Zahlen für behandlungsbedürftige Abhängigkeitskranke in der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung – etwa 3 - 5% – auf diese Bevölkerungsgruppe, so ergibt sich eine Zahl zwischen 84.000 und 140.000 für behandlungsbedürftige suchtkranke Aussiedler. In der letzten Zeit richtet sich das öffentliche Interesse zunehmend auf die Problematik junger drogenkonsumierender Spätaussiedler.

1. Veränderung des Aussiedlungsmotives

Als im Zuge der Perestrojka für Aussiedler die Möglichkeit bestand, "legal" auszureisen, stand vor allem die Familienzusammenführung als wichtigstes Motiv im Vordergrund. Bereits Ausgereiste übten dabei eine starke Sogwirkung aus.

In den letzten Jahren werden von Aussiedlern zunehmend ökonomische Gründe als Ausreisegrund genannt. Durch den Zerfall der UdSSR hat sich die wirtschaftliche und soziale Situation in den Herkunftsländern gerade für Aussiedler zum Teil dramatisch verschlechtert. So wird etwa in Kasachstan in der Schule und anderen Institutionen die Nationalsprache wieder eingeführt. Dies führt indirekt zur Isolation und Ausgrenzung der deutschen, aber auch russischstämmigen Bevölkerung. Ein Effekt, der von Seiten der Staatsmacht nicht unerwünscht ist. Gemischtnationale Familien,

die unter anderen Umständen bleiben würden, entschließen sich daher nun zur Ausreise.

Bei jugendlichen Spätaussiedlern der letzten Jahre kann eine große Erwartungshaltung bezüglich materieller Werte festgestellt werden. Diese Erwartungen müssen, gerade auch durch politische und gesellschaftliche Veränderungen, wie hohe Arbeitslosigkeit und geringere Eingliederungshilfen, häufig enttäuscht werden.

2. Entwicklungsaufgaben junger Spätaussiedler

Im Vergleich mit einheimischen Jugendlichen müssen junge Spätaussiedler schwierigere Entwicklungsaufgaben bewältigen. Zum einen sind da die biologischen und psychischen Veränderungen der Pubertät und Adoleszenz. Dann die Prägung durch die erfahrene Sozialisation in der geschlossenen russisch-sowjetischen und später in der postsozialistischen Gesellschaft. Dann sind da die einfließenden Aspekte aus der Kultur der Russlanddeutschen. Letztendlich muss dann als wohl herausforderndste Aufgabe, die Integration in die pluralistische bundesdeutsche Gesellschaft gelingen.

Werden Entwicklungsaufgaben nicht, oder nur unvollständig gelöst, dann werden dadurch weitere Entwicklungsschritte gefährdet. Die Entwicklung eines gesunden Selbstwertes wird verhindert, die Ausformung abweichender Verhaltensweisen, wie Kriminalität oder Suchtmittelabhängigkeit, dadurch wahrscheinlicher.

Da die Ausreise häufig in der Zeit des Erwachsenwerdens stattfindet, wird dadurch die Identitätsfindung verkompliziert. Aussiedler haben in der Regel

ihre Identität gemäß der grundverschiedenen Gesellschaft des Herkunftslandes aufgebaut. Durch die Migration verlieren daher ihre Werte und Normen an Gültigkeit. Daher ist es für jugendliche Migranten problematischer, wenn die Eltern sich stark an traditionellen Werten orientieren.

3. Familienstrukturen

Die Familie hat für Aussiedler einen hohen Stellenwert und es besteht ein großer Zusammenhalt innerhalb des Familienverbandes. Der Zusammenhalt ist auch deswegen so stark, weil die Familien unter schwierigen Bedingungen zusammenhalten mussten. In der Regel besteht eine traditionell, patriarchalische Struktur, wobei die Frauen, zusätzlich zu den Verpflichtungen innerhalb der Familie, häufig berufstätig waren. Aussiedlerfamilien werden in Deutschland eher als introvertiert wahrgenommen und es besteht die Tendenz, Probleme alleine lösen zu wollen.

In Bezug auf die Autonomieentwicklung der Kinder haben die Eltern von jugendlichen Spätaussiedlern andere Erwartungen als einheimische Eltern. In der Regel lösen sich Aussiedlerkinder im Vergleich zu Einheimischen zu einem späteren Zeitpunkt ab. Obwohl es üblich ist, sehr früh zu heiraten und eine Familie zu gründen, geht dies nicht unbedingt einher mit materieller Unabhängigkeit. Viele werden daher weiterhin von den Eltern materiell unterstützt.

In den meisten Aussiedlerfamilien besteht eine traditionelle patriarchalische Struktur. Die elterliche Autorität wird unreflektiert anerkannt und die Kinder werden stark zu angepasstem Verhalten erzogen. In Deutschland er-

leiden die Eltern dann aber einen Autoritätsverlust, weil sie mit der Neugestaltung ihres Lebens im fremden Land überfordert sind. Sie können den Kindern daher nur wenig Orientierungshilfe geben.

Sprachprobleme, fehlende berufliche Perspektiven und zunehmende familiäre Probleme stellen für viele Aussiedler eine große Belastung dar. Sich verändernde Rollenmuster können zu starken Spannungen führen. Vor allem die Väter erleben einen massiven Kompetenzverlust. Arbeitslosigkeit, beruflicher Abstieg und schlechte Deutschkenntnisse wirken sich negativ auf deren Selbstwertgefühl aus.

Häufig kommt es zu einer Rollenkehr, weil die Frauen mit den veränderten Lebensbedingungen in Deutschland besser zurecht kommen als die Männer. Oft sind ihre Kenntnisse der deutschen Sprache besser und sie finden schneller Arbeit. Für die Männer stellt dies eine kränkende, die Identität erschütternde Erfahrung dar.

Bestanden bereits vor der Migration eheliche Spannungen, so eskalieren diese häufig durch die Migration.

3.1 Gemischtnationale Familien

Durch den Macht- und Autoritätsverlust der Väter wird die traditionelle Ordnung in Frage gestellt. Dadurch kann es zu starken Spannungen im Familiensystem kommen. Das Konfliktpotential ist bei gemischtnationalen Familien besonders hoch. In Familien, wo etwa der Vater ein gebürtiger Russe und die Frau eine Deutsche ist, sind vielfältige Schwierigkeiten vorprogrammiert, die für die Familie oft eine harte Bewährungsprobe darstellen. Häufig siedelt in diesen Fällen der Mann mit der Familie der Frau aus,

während die eigenen Verwandten im Herkunftsland zurückbleiben. Viele dieser Männer lassen dann ihren russischen Namen ändern, um hier nicht aufzufallen. Dies bringt geradezu symbolisch das ganze Problem auf den Punkt: Den Verlust an Identität. Der therapeutische Alltag kennt hier Schicksale, die an Tragik kaum zu überbieten sind. Etwa das Schicksal des drogenabhängigen 25-jährigen Viktor, der mit seiner Frau, deren Verwandten und seinen zwei kleinen Kindern nach Deutschland kam. Da er selbst nur schlecht Deutsch sprach und sich schwer tat, die Sprache zu erlernen, konnte er sich irgendwann kaum noch mit seinen Kindern verständigen. Diese wuchsen mit der deutschen Sprache auf und erlernten das Russische nicht. Viktor fühlte sich in Deutschland isoliert und einsam. Die Ehefrau, die anfänglich zu ihm hielt, ging mit der Zeit immer stärker auf Distanz. Ihre Familie hatte "den Russen" immer schon mehr geduldet als wirklich akzeptiert. Nun rieten die Eltern der Frau zur Scheidung. Viktor gelang es nach der Therapie, für einige Zeit drogenfrei zu leben. Es kam dann zu einem Rückfall, als er sich mit seiner Frau gestritten hatte und anschließend zu seinen "russischen Freunden" geflüchtet war. Dort spritzte er sich zum letzten Mal in seinem Leben Heroin. Viktor starb an den Folgen einer Überdosis.

Auch die Kinder in gemischtnationalen Familien erleben häufig eine starke Zerrissenheit. Unter Umständen steht dem Wunsch nach Integration und Bejahung des neuen Wertesystems die Identifikation mit dem russischen Elternteil gegenüber.

Durch die Aussiedlung wird häufig die gewohnte Familienstruktur in Frage

gestellt. Da aber gerade Jugendliche in der Pubertät und Adoleszenz Orientierung benötigen, suchen sie diese häufig in Cliquen mit anderen Spätaussiedlern

II. Sucht und Migration

Für einen großen Anteil unserer Patienten ist die Migration ein kritisches Lebensereignis mit vielen belastenden Faktoren. Dies kann dazu führen, dass verstärkt zu Suchtstoffen gegriffen wird. Bei bereits vorher bestehendem Missbrauch kommt es durch die Migration häufig zu einer Eskalation des Suchtmittelkonsums.

Die Migration führt vor allem dann zur Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit, wenn Bewältigungsmechanismen fehlen, um diese Krise des Individuums und seiner sozialen Bezüge im gesunden Sinne bewältigen zu können

Die Aussiedlung führt bei vielen zu einer Erschütterung der Identität und zu einer Labilität in den Ich-Strukturen. Da Aussiedler aus den Ländern der GUS auch im Drogenmilieu meist unter sich bleiben, hat die Subkultur mit ihren identitätsstiftenden Ritualen auch die Funktion, die Eigenart zu bewahren und gegen Bedrohung von außen zu schützen. Auch die Selbstfestlegung auf eine "russische Identität" ist vor diesem Hintergrund zu verstehen.

Bei einer großen Gruppe von Aussiedlern aus der GUS, die von illegalen Drogen abhängig ist, besteht unserer Einschätzung nach ein direkter Zusammenhang zwischen Suchtentwicklung und dem kritischen Lebens-

ereignis der Migrationserfahrung. Bei diesen Patienten besteht oft noch keine langandauernde Abhängigkeit von illegalen Drogen. Das Missbrauchsmuster weist häufig folgende Merkmale auf:

- Schneller und direkter Einstieg in den Heroinkonsum, auch ohne den "Umweg" über andere "weiche" Drogen.
- Rasche Entwicklung physischer und psychischer Abhängigkeit in Folge von rapider Dosissteigerung.

Die Ablösung von der Herkunftsfamilie und die Entwicklung eines eigenen Lebenskonzeptes konnten meist noch nicht erfolgen.

Diese Klienten verfügen in der Regel noch über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Der Lebensunterhalt wird daher über die Eltern oder über Sozialhilfe bestritten.

Die andere, kleinere Gruppe opiatabhängiger Russlanddeutscher weist offenbar eine längere, bereits vor der Migration bestehende Abhängigkeitsproblematik auf. Daher liegen häufig gleichzeitig auch schwerere Störungen der Persönlichkeit und/oder des Verhaltens vor. Viele Patienten dieser Gruppe berichten über eine mit der Migration in Zusammenhang stehende Eskalation des Suchtmittelgebrauchs.

1. Funktion des Suchtmittelgebrauchs bei jungen Spätaussiedlern

Folgende Zusammenhänge ergeben sich für uns aus der therapeutischen Arbeit mit drogenabhängigen Spätaussiedlern:

- Suchtmittel werden eingesetzt als Selbstheilungsversuch der mit der Migration einhergehenden psychi-

schen Spannungen, als Abwehr von Ohnmacht und unerträglichen Affekten wie depressiv-ängstliche Stimmungen, Depersonalisationen, Gefühle der Leere etc.

- Drogengebrauch dient als Kompensation ungenügender Bewältigungsmechanismen. Bereits vor der Migration bestehende Defizite führen dazu, dass die neuen Herausforderungen nach der Aussiedlung nicht bewältigt werden können. Starke Spannungen resultieren aus dem Wunsch nach (materieller) Wunscherfüllung und dem Unvermögen, dies aus eigener Kraft heraus zu erreichen. Daraus entstehen Frustrationen und Störungen des Selbstwertes. Diese Defizite können sowohl durch kulturelle Unterschiede entstehen (anderes Ausbildungs- und Schulsystem), oder im Persönlichkeitsbereich liegen und Ausdruck einer belasteten Biographie sein.
- Drogenkonsum dient dazu, familiäre Spannungen zu ertragen, z. B. in gemischtnationalen Familien. Gefühle der Ambivalenz und des Trotzes werden nicht mehr als so bedrohlich wahrgenommen. Spaltungen im Persönlichkeitsbereich können aufrechterhalten werden. Beispiel: Der Jugendliche kann abhängig von der Mutter und gleichzeitig "rebellisch" bleiben.
- Durch den Drogenkonsum in der Gruppe Gleichgesinnter und durch die Selbststigmatisierung auf das Russische kann zumindest eine fragmentarische Identität aufrechterhalten werden.
- In Fällen, in denen der Drogenkonsum bereits im Herkunftsland bestand, führt die Migration häufig zu einer Eskalation des Gebrauchs.

sich zu bleiben". Dies stellt eine an sich normale Reaktion gegen Bedrohung von Außen dar. Das Verhalten kann als Versuch verstanden werden, in einer Gruppe Gleichgesinnter Schutz und Zugehörigkeit zu erfahren und es resultiert aus der massiven Überforderungssituation, in der sich jugendliche Spätaussiedler häufig befinden. Unserer Erfahrung nach sind viele drogenkonsumierende Migranten aus der ehemaligen UDSSR in einer Art "seelischem Niemandsland" gefangen. Die alte Heimat musste verlassen werden und in der neuen Heimat fühlt man sich noch nicht beheimatet. Freunde wurden zurückgelassen und manchmal auch ein Elternteil, der, v.a. bei bereits bestehenden ehelichen Spannungen, nicht aussiedeln wollte. Hinzu kommt, dass die Aussiedlung oft in der Pubertät bzw. in der Adoleszenz stattfindet, also in einer Zeit großer seelisch-physischer Veränderungen. Da die Eltern oft selbst überfordert sind, können sie den Kindern kaum Orientierung bieten. Die Kinder fühlen sich mit ihren Gefühlen wie Ohnmacht, Heimweh, Trotz und innerer Leere allein gelassen. Die einzige Orientierung bietet hier häufig eine Gruppe anderer Migranten aus der ehemaligen UDSSR.

Wenn man die beschriebenen Hintergründe mit berücksichtigt, dann ist es einsichtig, dass junge drogenabhängige Spätaussiedler ihre Abgrenzung nicht so ohne weiteres aufgeben können. Dies kann allenfalls eine Folge des therapeutischen Prozesses sein, aber niemals bereits dessen Voraussetzung. Schließlich sind diese Patienten deswegen gescheitert, weil sie sich nicht integrieren konnten. Viele Patienten sind daher in stationären Einrichtungen ohne ein spezifisches Konzept für Spätaussiedler überfor-

dert und brechen die Therapie ab oder werden rückfällig. Unser Ansatz akzeptiert daher ganz bewusst die spezifischen Eigenheiten der Patienten, wie etwa das ausgeprägte Gruppenverhalten. Vielmehr verstehen wir letzteres auch als Ressource, die wir versuchen, im therapeutischen Prozess nutzbar zu machen.

Widerstand gegen Selbstdarstellung

Aufgrund ihrer Sozialisation besteht bei Aussiedlern aus der GUS die Tendenz, möglichst wenig aus ihrem Innenleben preiszugeben, v.a. vor Anderen, da dies als "Schwäche" ausgelegt werden könnte. Über die Eltern zu sprechen, womöglich gar negative Erfahrungen mit ihnen zu berichten, gilt als tabu. Für Aussiedlerjugendliche verkörpern die Eltern Autoritäten, die nicht hinterfragt werden dürfen. Daher ist es verständlich, dass Auskünfte über biographische Einzelheiten meist verweigert werden.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass viele den Zusammenhang zwischen Suchterkrankung und innerpsychischen Zuständen bzw. Persönlichkeitsfaktoren erst einmal gar nicht verstehen können, da in der sowjetischen Gesellschaft das Individuelle unter die Bedürfnisse des Kollektivs untergeordnet wurde. Differenzierte Gefühlszustände können Migranten aus der GUS daher häufig nicht verbalisieren, zumal es für viele Begriffe aus dem "Therapiejargon" keine entsprechende Bedeutung in der russischen Sprache gibt.

In stationären Einrichtungen ohne entsprechendes Konzept werden beschriebene Verhaltensweisen häufig als Widerstandsphänomene fehlgedeutet, wobei daraus entstehende Missverständnisse dazu führen kön-

nen, dass die therapeutische Beziehung scheitert, oder gar nicht erst zustande kommt.

Geringe Übernahme von Verantwortung

Spätaussiedler sind in einem System aufgewachsen, das dem Einzelnen wenig an Verantwortung abverlangte. Daher fehlt häufig die Einsicht, Verantwortung innerhalb der Therapie zu übernehmen. Vor allem die jüngeren Patienten, die in der von Chaos und Auflösung gekennzeichneten postsozialistischen Gesellschaft aufgewachsen sind, haben nur geringe Fähigkeiten zur Selbststeuerung. Daher benötigen sie viel an Kontrolle und Anleitung. In herkömmlichen Einrichtungen zur Therapie von Drogenabhängigen ist es üblich, dem Patienten im Verlauf der Therapie zunehmend mehr an Verantwortung für bestimmte Bereiche zu übertragen, etwa im Hausbereich, in der Küche, oder als Gruppensprecher

Sprachprobleme

Viele unserer Patienten sprechen so schlecht Deutsch, dass sie auf eine Verständigung in der Herkunftssprache angewiesen sind, v.a. wenn es um den Ausdruck von Affekten geht. Da nicht alle Bereiche im stationären Alltag herkunftssprachlich abgedeckt werden können, müssen Mitarbeiter, die die Herkunftssprache beherrschen, häufig eine Dolmetscherfunktion übernehmen.

Gewalt

Gewalt wird von jugendlichen Spätaussiedlern häufig als legitimes Mittel zur Selbstbehauptung gesehen. In der ehemaligen UDSSR galten gewaltsame Auseinandersetzungen noch immer als "Männersache", in die sich auch die

Polizei in der Regel nicht einmischte. Da auch kein Vertrauen in die Polizei bestand, sahen sich viele gezwungen, "selbst für ihr Recht zu sorgen".

Immer wieder wird auch im stationären Alltag über eine größere Gewaltbereitschaft berichtet. In unserer Einrichtung begegnen wir dem durch sehr klare und eindeutige Regeln in Bezug auf Gewaltanwendung, so dass bereits Tendenzen in diese Richtung frühzeitig unterbunden werden. Darüber hinaus ist Aufklärungsarbeit notwendig, damit Konflikte nicht gewaltsam eskalieren oder verstärkt durch Selbstjustiz gelöst werden.

Umgang mit Rückfällen

Spätaussiedler weisen zu Beginn der Therapie meist eine überwiegend extrinsische Motivation auf. Aufgrund ihrer Sozialisierungserfahrungen besteht zudem eine eher externe Kontrollerwartung. Mit liberalen Rückfallkonzepten sind sie daher in der Regel überfordert. Auch neigen sie dazu, Suchtmittel mit anderen Patienten zu teilen, wodurch Rückfälle gruppenweise auftreten können. Die Bereitschaft, über die Hintergründe des Rückfalles zu reflektieren, ist im allgemeinen niedrig und eine Aufarbeitung in der Gruppe daher wegen der Angst als Verräter zu gelten, im Grunde unmöglich. Solange eine Chance besteht, dass der Patient nach einem Rückfall im Hause verbleibt, wird die ganze Gruppe versuchen, das Mitglied zu "retten". Dies führt zu sehr undurchschaubaren Situationen. Die Patienten erleben es daher als entlastend, wenn sie wissen, dass Suchtmittelkonsum in der Einrichtung in jedem Falle zur Entlassung führt. Daher erscheint ein eher "konservativer" und strenger Umgang mit Rückfall als das Mittel der Wahl.

Bei Rückfällen außerhalb der Einrichtung (etwa auf Heimfahrten) erscheint es dagegen sinnvoll, mit dem Patienten unter bestimmten Bedingungen – gute Motivation, Vorliegen einer Krise beim Rückfall – weiter zu arbeiten.

Wir führen häufige Urinkontrollen durch, um einen ausreichenden Schutz der Therapeutischen Gemeinschaft zu gewährleisten.

Bei Rückfällen unterscheiden wir nicht zwischen Konsum von Alkohol und von Drogen. Alkoholkonsum wird von Aussiedlern aus der GUS im allgemeinen wenig problematisiert und es besteht daher die Gefahr gruppenweise auftretender Alkoholexzesse. Um dem entgegenzuwirken, zieht nachgewiesener Alkoholkonsum in der Einrichtung ebenfalls die Entlassung nach sich.

IV. Merkmale suchtkranker Spätaussiedler

1. Familienstrukturen

Verschiedene Gründe sprechen dafür, die Angehörigen möglichst von Beginn an in die Therapie mit einzubeziehen:

- Bei Migranten stellt der häufig zu beobachtende starke Familienzusammenhalt eine wichtige Ressource für den Heilungsprozess des Patienten dar.
- Der abhängigkeitserkrankte Patient ist Symptomträger einer unter dem Migrationsschicksal leidenden Familie. Von dieser Krise ist das ganze Familiensystem betroffen. Dies sollte daher mitbehandelt werden; ins-

besondere dann, wenn der Patient dorthin zurückkehren wird.

- Häufig ist Aufklärungsarbeit über Ziele und Inhalte der Rehabilitationsmaßnahme notwendig. Die Vorstellungen von Migranten über die Therapie von Suchtkranken stützen sich meist auf die Erfahrungen in den Herkunftsländern. Daher bestehen zum Teil starke Vorbehalte gegenüber der Maßnahme. So existierte etwa in der ehem. UDSSR nur eine sog. Zwangstherapie, die dann angeordnet wurde, wenn der Suchtkranke mit der staatlichen Ordnung in Konflikt geraten war. Erst wenn man in der Gesellschaft nicht mehr funktionierte, war man ein Alkoholiker und damit ein "asoziales Element", um das sich dann der Staat kümmerte. Solange man in der Lage war, seinen beruflichen und familiären Verpflichtungen nach zu kommen, war es im Grunde genommen egal, wie viel man trank. Die bestehenden Vorbehalte müssen möglichst früh ausgeräumt werden, damit die Angehörigen das suchtkranke Familienmitglied während der Therapie unterstützen können.
- In den Familien muss auch der Umgang mit Alkohol thematisiert werden. Bei Heimfahrten des Patienten können die Angehörigen ansonsten möglicherweise dessen Willen zur Abstinenz nicht akzeptieren. So ist es für männliche Migranten aus der ehem. UDSSR im Grunde undenkbar, bei Familienfeiern keinen Alkohol zu trinken.

2. Berufliche Situation

Für viele Aussiedler führt die Migration auch zu einer Krise ihrer beruflichen Laufbahn. Wie bereits dargestellt,

führt der Migrationsprozess zu einer tiefgreifenden Erschütterung des Identitätsgefühls. Neben dem Verlust von Freunden und Angehörigen muss zusätzlich auch der Verlust des Arbeitsplatzes verkraftet werden. Migration führt in der Regel zu einem Bruch in der beruflichen Entwicklung:

- Viele werden aus der Schule oder dem Studium herausgerissen. Auch bei Vorliegen einer hohen Motivation und Begabung kann aufgrund von Sprach- und anderen Problemen das frühere Leistungsniveau nicht mehr gehalten werden. Die ausbleibende Bestätigung führt zur Beeinträchtigung des Selbstwerts, zu Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und der Resignation.
 - Andere finden keinen ihrer Ausbildung adäquaten Arbeitsplatz oder müssen einen erheblichen beruflichen Abstieg hinnehmen. So arbeiten etwa Ärzte als Krankenpfleger oder Ingenieure am Fließband.
 - Häufig kann mit dem erlernten Beruf keine Arbeit gefunden werden, da das Berufsbild bei uns unbekannt ist. (Beispiel: Viele Männer haben auf der Kolchose gearbeitet und den Beruf des "Traktoristen" erlernt.)
 - Viele Berufsbezeichnungen können nicht übertragen werden, da sich die Inhalte sowohl hinsichtlich der Ausbildung wie auch der Tätigkeitsmerkmale zu denen in Deutschland stark unterscheiden.
 - Zahlreiche Migranten verlieren ihren Arbeitsplatz in Deutschland wieder durch auftretende Schwierigkeiten wie Sprachprobleme, geringe soziale Kompetenz oder auch Suchtprobleme.
- Vor allem Migranten, die erst kurze Zeit in Deutschland sind, müssen mit der Situation am deutschen Arbeitsmarkt vertraut gemacht werden. Vor allem Migranten aus der ehem. UDSSR neigen aufgrund ihrer Sozialisation zu einer passiven Erwartungshaltung. Ihnen ist gar nicht bewusst, dass sie sich einer Wettbewerbssituation stellen müssen, um einen Arbeitsplatz zu erhalten. Viele haben die Vorstellung, dass ihnen ein Arbeitsplatz vermittelt wird, ohne dass sie sich viel darum bemühen müssen.

Praxis der Behandlung abhängigkeitskranker Migranten in der WKPP Warstein: Qualifizierter Drogenentzug

Bernhard Bätz

Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (WKPP)
Franz-Hegemann-Str. 23

59581 Warstein

Inhalt

- I. Einleitung**
- II. Zur Definition von Migranten**
- III. Drogenabhängige Migranten in der Abteilung Suchtmedizin der WKPP Warstein**
- IV. Die Praxis der Behandlung abhängigkeitskranker Migranten in der Abteilung Suchtmedizin der WKPP Warstein**

I. Einleitung

"Die gestiegene Anzahl von Drogendessfällen unter jungen Aussiedlern hat sich von 36 in 1999 auf 162 in 2000 mehr als vervierfacht ..." (Caspers-Merk 2001) Diese Feststellung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung verweist darauf, wie dramatisch die Auswirkungen der bereits in den letzten Jahren festgestellten Zunahme des Konsums illegaler Drogen bei einigen Gruppen drogenkonsumierender Migranten sind. Auf diese Tendenz wurde bereits in den letzten Jahren immer wieder verwiesen¹, wenngleich die vital bedrohlichen Auswirkungen dieser Entwicklung in dieser Schärfe bisher nicht dargelegt wurden.

Bereits die frühere Drogenbeauftragte der Bundesregierung hob hervor, dass suchtkranke Migranten und Aussiedler eine vernachlässigte Gruppe seien. Die Suchthilfeeinrichtungen seien auf diese Personengruppen nicht hinreichend vorbereitet, deshalb nehme eine erhebliche Dunkelziffer von ihnen diese Hilfsangebote gar nicht in Anspruch (NICKELS 1999). Auch das "Landesprogramm gegen Sucht" des Landes Nordrhein-Westfalen stellte fest, dass der Hilfebedarf für die suchtkranken Migranten zunehme (1999). "Das bundesrepublikanische Gesundheitssystem ist aktuell nicht in der Lage, in ausreichendem Maß auf suchtkranke Aussiedler einzugehen. Migrantenspezifische Versorgungsangebote zur Prävention, Behandlung

und Nachsorge sind völlig ungenügend." Diese Aussage von BAUER (1996) ist offensichtlich immer noch zutreffend.

MIRETSKI und SCHMIDT (2000) stellten fest, dass russisch sprechende Drogenkonsumenten "gezielt" Beratungs- und Behandlungsangeboten aus dem Weg gehen. Migranten haben aber vielfältige Zugangsbarrieren zu den Hilfsdiensten zu überwinden, wie das Misstrauen gegenüber Behörden, das Behördenimage der Institutionen, die Angst vor rechtlichen Folgen, ihre eigenen kulturellen Konzepte, die Sprachbarriere, mangelnde interkulturelle Kompetenz etc.². Der Abbau von diesen Zugangsbarrieren und die interkulturelle Öffnung von Einrichtungen der Suchthilfe ist somit eine vordringliche Aufgabe, um diese Personengruppen zu erreichen.

II. Zur Definition von Migranten

Migranten sind keine einheitlich definierte Gruppe.

MACEK (1997) definiert einen Migranten dadurch, dass dieser persönlich eine Migration, eine Wanderung; von einem Land in ein anderes gemacht hat. Diese zunächst sehr einleuchtende Definition spricht somit den in Deutschland geborenen Ausländern der 2. oder 3. Generation die Migran-

¹ AKBIYIK 1991, WILKIEWICZ 1993, MIES-van ENGELSHOVEN 1993,1996, 1997,1998,1999, GIEST-WARSEWA 1996, 1997, 1998 a,b, AUSOBSKY 1997, 1998, CZYCHOLL 1996, 1997 a, b, c, 1998, THIELEMANN-DYBALLA 1997, PREISER und SCHLACHTER 1998, SCHIERMEISTER-DILL et al. 1998

² BRALHOFF, SCHMIDTOBREICK 1982, LOTZ, WIEDERKEHR 1983, LAZARIDIS 1987, DIETZ 1997, GEIGER 1997,1998, AKBAL 1998, BORDE 1998. COLLATZ 1998, Salman 1998, CZYCHOLL 1999, PAVKOVIC 1999, RABES 2001 b)

teneigenschaft ab. Wenn diese allerdings noch die Staatsangehörigkeit ihrer Eltern bewahren, unterliegen sie den Regelungen des Ausländergesetzes mit der Möglichkeit der Anwendung von Maßnahmen zur Beendigung des Aufenthalts in Deutschland im Falle von Straffälligkeit .

Während DAVID und BORDE (1998) unter Migranten "nichtdeutsche Zuwanderer" verstehen, sind auch Aussiedler nach COLLATZ (1998) eine Untergruppe der Migranten.

BRAUN und HILLEBRAND (1994) bezeichnen nur den dauerhaften Wechsel Einzelner oder ganzer Gruppen in eine andere Region oder Gesellschaft als Migration.

Nach COLLATZ (1995) sind Binnenwanderungen in einem Land nicht als Migration aufzufassen. Andererseits stellen Binnenvertriebene 21% der 1997 vom UNHCR erfassten Flüchtlinge dar (UNHCR 1997).

Als einer der wichtigsten Trends des Wanderungsgeschehens der letzten 15 Jahre in Westeuropa ist die Zunahme des ausländischen Bevölkerungsanteils, die Diversifizierung der zugewanderten Nationalitäten und die Tendenz zur dauerhaften Niederlassung beschrieben worden³. Dies betrifft besonders Deutschland, seit jeher Knotenpunkt verschiedenster Wanderungsbewegungen⁴. Deutschland nimmt als "klassisches Einwanderungsland" europaweit eine führende Rolle bei der Immigration ein⁵.

Im Folgenden werden als Migranten zwei Personengruppen dargestellt:

³ OKOLISAN 1997

⁴ ANGENENDT 1997

⁵ MORTEN 1987

⁶ GABMANN 2001

⁷ vgl. PESCHKE 1987

- Ausländer: definiert durch eine ausländische Staatsangehörigkeit; diese Gruppe umfasst Arbeitsmigranten und deren Nachkommen, Asylbewerber (im Anerkennungsverfahren, anerkannt oder geduldet), de-facto-Flüchtlinge und Kontingentflüchtlinge,
- Aussiedler überwiegend aus den Ländern der vormaligen UdSSR und aus Polen.

Nicht als Migranten dargestellt werden folgende Personengruppen:

- Binnenmigranten,
- Übersiedler aus der ehemaligen DDR,
- im Ausland geborene Deutsche,
- eingebürgerte Ausländer mit deutscher Staatsangehörigkeit,
- Personen mit einem ausländischen Elternteil bei deutscher Staatsangehörigkeit,
- Staatenlose (unabhängig von ihrer konkreten Migrationsgeschichte).

Diese Personengruppen haben zum Teil sehr einschneidende Wanderungen über Länder- und Systemgrenzen hinweg geleistet mit Folgen wie ausgeprägtem Identitätsverlust⁷, werden aber hier nicht als Gruppen gesondert beschrieben.

Bei der folgenden Darstellung wird der Anteil an drogenabhängigen Personen mit Migrationshintergrund aufgrund dieser engen Definition unterschätzt.

Drogenabhängige Migranten in der Abteilung Suchtmedizin der WKPP Warstein

In der Abteilung Suchtmedizin der WKPP Warstein wurde bis 1997 kein spezielles Behandlungsangebot für drogenabhängige Migranten vorgehalten.

Diagramm 1:

Drogenentzugsbehandlungen von Migranten in der WKPP Warstein nach Jahr der Behandlung

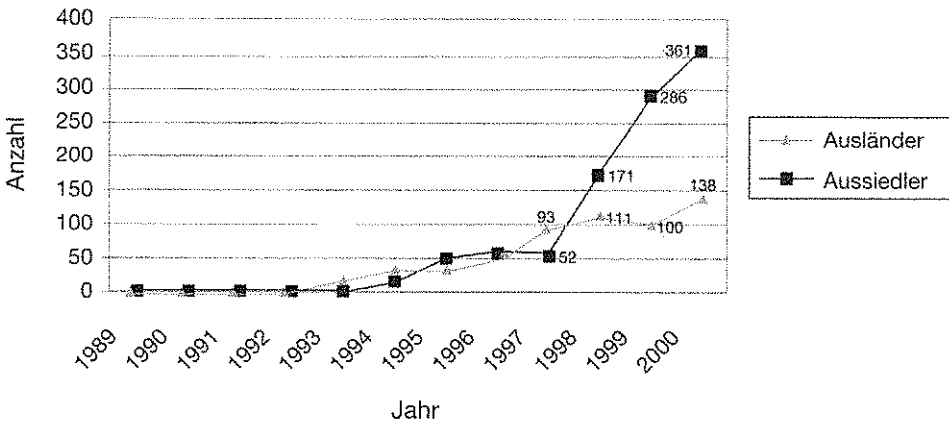
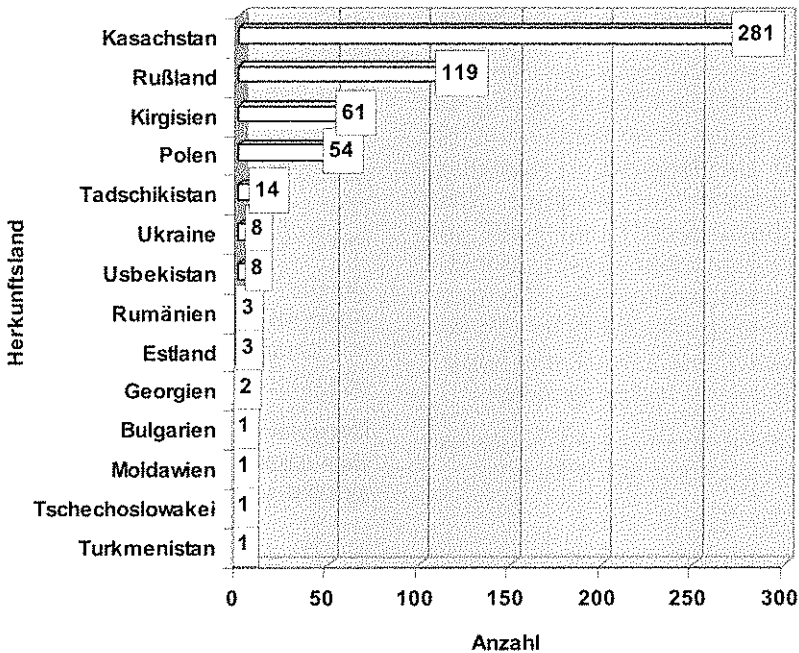


Diagramm 2:

Herkunftslander der drogenabhängigen Aussiedler in Bezug auf die erste Entzugsbehandlung in der WKPP Warstein bis einschließlich 2000 (N = 557)



Seit Anfang der 90er Jahre nahm die Anzahl der Ausländer, die sich einer stationären Entzugsbehandlung unterzogen, zu; ab Mitte der 90er Jahre auch die der Aussiedler. Ein deutlicher Anstieg der Zahl der Entzüge drogenabhängiger Aussiedler konnte ab 1998 erreicht werden, als durch besondere Maßnahmen die Zugangsbarrieren für die Personengruppe der Migranten abgesenkt wurden.

Die drogenabhängigen Aussiedler kommen überwiegend aus der zentralasiatischen Republik Kasachstan

(50,4%), aus der Russischen Föderation (21,4%) und Kirgisien (11%). Der Anteil der drogenabhängigen Aussiedler aus Polen nahm in den letzten Jahren kontinuierlich ab - bei etwa gleichbleibenden absoluten Zahlen entzogener Aussiedler aus diesem Land. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in den letzten Jahren der Anteil der drogenabhängigen Aussiedler aus Zentralasien und aus der Russischen Föderation im Drogenentzug erheblich angestiegen ist.

Diagramm 3:

Nationalitäten der drogenabhängigen Ausländer in Bezug auf die erste Entzugsbehandlung in der WKPP Warstein bis einschließlich 2000 (N = 410)

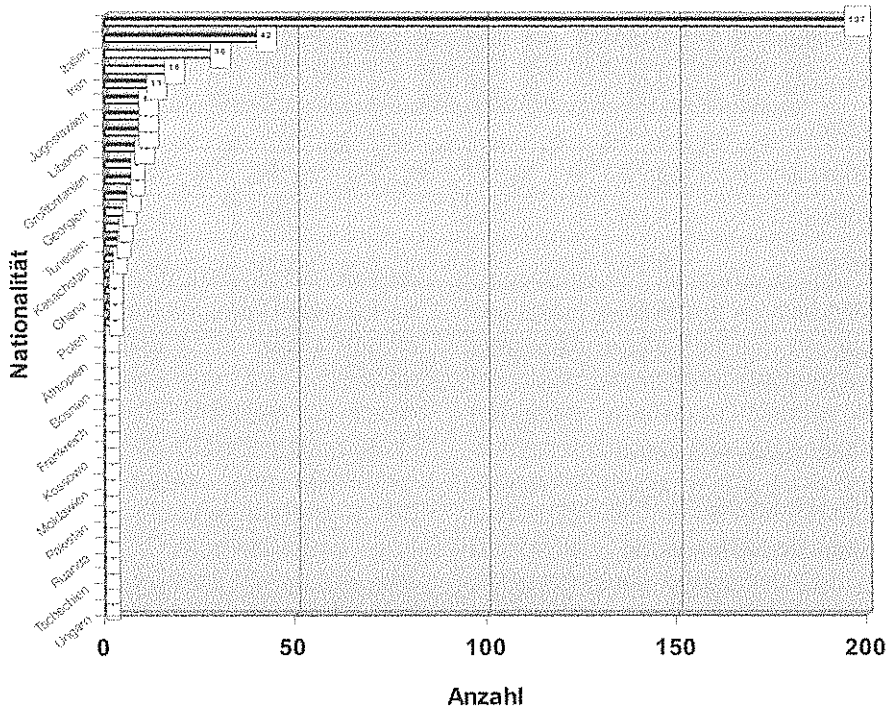
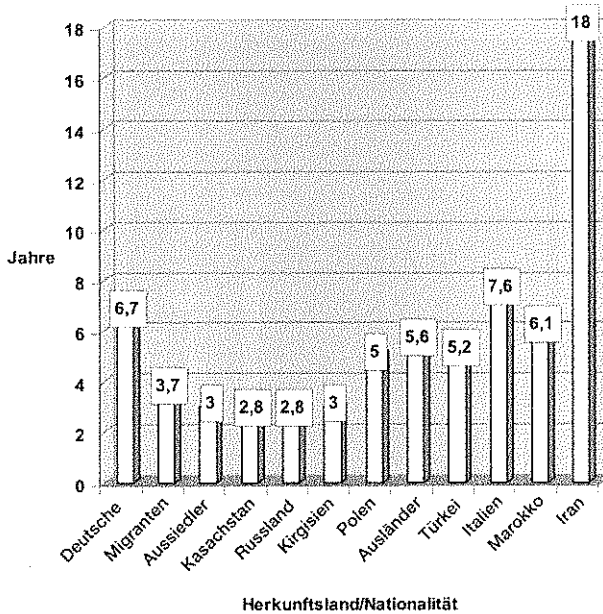


Diagramm 5:

Zeit des Drogenkonsums von drogenabhängigen Deutschen und Migranten bis zur ersten stationären Entzugsbehandlung überhaupt in der WKPP Warstein 1998 bis 2000



In der Zeit von 1998 bis 2000 war bei allen Personengruppen ein Trend hin zu längeren Zeiten des Drogenkonsums festzustellen. Die drogenabhängigen Deutschen als Gruppe konsumierten mit 6,723 Jahren durchschnittlich am längsten illegale Drogen, signifikant länger als die Migranten mit 3,707 Jahren. Die Gruppen der Aussiedler nahmen diese mit 3,042 Jahren deutlich weniger lange - sie kamen nach weniger als halb so langer Zeit des Drogenkonsums wie die Deutschen zur ersten Entzugsbehandlung. Auch in diesem Zeitraum weicht die durchschnittliche Zeit des Drogenkonsums der Aussiedler aus Polen nicht signifikant von der der einheimischen Deutschen ab. Die drogenabhängigen Ausländer konsumierten auch länger als in den Jahren zuvor, sie unterschieden sich nun als Gesamtgruppe und auch im Hinblick

auf die einzelnen größeren Nationalitäten - mit Ausnahme der Türken, welche weiterhin signifikant früher als die Deutschen zur ersten Entzugsbehandlung kamen - nicht mehr deutlich von den Deutschen.

Tabelle 2:

Zeit des Drogenkonsums von drogenabhängigen Deutschen und Migranten bis zu ersten stationären Entzugsbehandlung überhaupt in der WKPP Warstein 1998 bis 2000 (Diagramm 5)

Herkunftsland/ Nationalität	MW	Median	Modus	SD	Anzahl	T-Test
Deutsch	6,723	5	4	6,007	185	
Migranten	3,707	2	2	3,821	347	***
Aussiedler	3,024	2	2	3,040	255	***
- Kasachstan	2,840	2	2	2,624	140	***
- Russland	2,767	2	2	2,448	51	*
- Kirgisien	2,978	2	2	3,560	32	***
- Polen	5,000	5	5	2,906	10	n.s.
Ausländer	5,601	5	2	4,979	92	**
- Türkei	5,177	5	7	3,140	35	**
- Italien	6,100	7	6	3,359	7	n.s.
- Marokko	6,100	5,5	5	2,234	10	n.s.

Tabelle 3:

Verweildauer (in Tagen) von drogenabhängigen Deutschen und ausgewählten Migrantengruppen 1988 bis 1997 (Diagramm 6)

Herkunftsland/ Nationalität	MW	Median	Modus	SD	Anzahl	T-Test
Deutsche	16,450	13,0	13	19,273	2036	
Migranten	12,133	11,0	13	11,216	510	***
Aussiedler	10,944	8,5	1	8,912	178	***
- Kasachstan	10,127	7,0	1	8,589	71	**
- Rußland	10,886	13,0	3	7,948	35	***
- Kirgisien	10,000	6,5	1	9,159	18	**
- Polen	12,044	11,0	2	9,594	45	n.s.
Ausländer	12,745	12,0	13	12,292	332	**
- Türkei	10,854	10,0	13	8,875	178	***
- Italien	15,000	13,0	13	12,103	35	n.s.
- Marokko	20,278	12,5	1	30,351	18	n.s.
- Iran	18,250	14,0	4	12,520	12	n.s.

MW = arithmetisches Mittel

Modus = der häufigste Wert

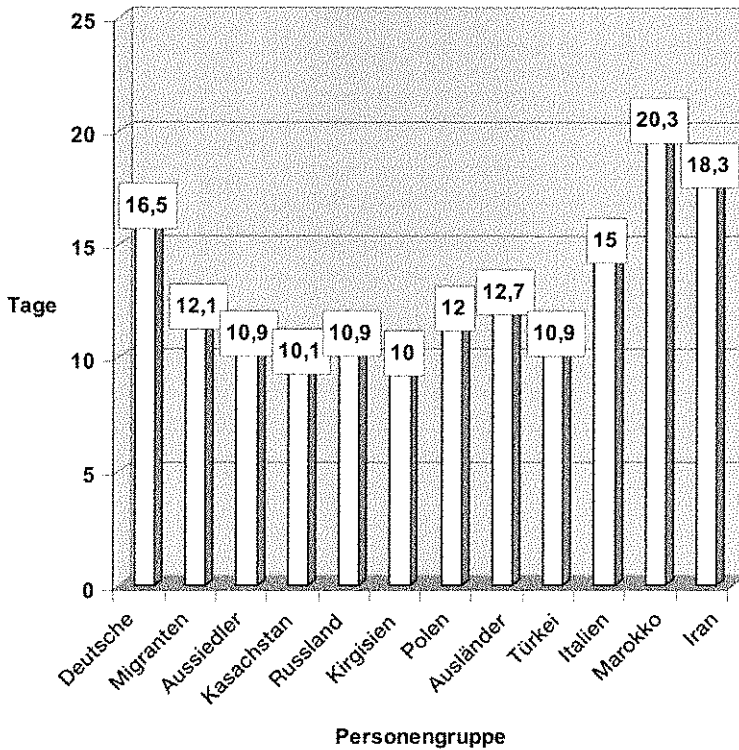
SD = Standardabweichung

t-Test: Mittelwertvergleich Deutsche - Migranten allgemein bzw. einzelne

Migrantengruppen; n.s. - nicht signifikant * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Diagramm 6:

Verweildauer (in Tagen) von drogenabhängigen Deutschen und ausgewählten Migrantengruppen 1988 bis 1997



Die meisten Migrantengruppen verblieben in der Zeit von 1988 bis 1997 kürzere Zeit in der stationären Entzugsbehandlung als die drogenabhängigen Deutschen; dieser Unterschied zwischen den deutschen Drogenabhängigen und den Migranten war hochsignifikant. Die Verweildauer der Aussiedler im allgemeinen mit 10,944 Tagen und auch aus deren wichtigsten Herkunftsländern war deutlich kürzer als die der Deutschen. Dieser bereits beim Vergleich der arithmetischen Mittelwerte und der Mediane deutliche Unterschied wird noch eindrucksvoller beim Vergleich der Modalwerte: Die häufigste Verweildauer der Aussiedler betrug

einen Tag, d.h. die meisten von ihnen kamen, blieben eine Nacht und verließen die stationäre Behandlung am nächsten Tag.

Auch die drogenabhängigen Ausländer verblieben mit 12,745 Tagen kürzer als die Deutschen im Drogenentzug. Die Türken, die größte Ausländergruppe, hatten mit 10,854 Tagen eine kürzere Verweildauer als der Durchschnitt der Ausländer, der Unterschied zu den drogenabhängigen Deutschen war hochsignifikant. Die Marokkaner blieben mit durchschnittlich 20,278 Tagen und die Iraner mit 18,250 Tagen deutlich länger in der Entzugsbehandlung als die drogenabhängigen Deutschen.

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, dass die Migranten bis 1997 einschließlich im Durchschnitt 24,341 Jahre alt waren, die deutschen Drogenabhängigen mit 27,830 Jahren wiesen ein deutlich höheres Durchschnittsalter auf. MANN et al. (1997) wiesen nach, dass die Verweildauer im Drogenentzug signifikant mit dem Alter variiert in dem Sinne, dass ältere Patienten län-

ger im Entzug verbleiben. Werden jedoch nur die Personen, die bis zu 25 Jahre alt sind, bei den drogenabhängigen Deutschen und bei den Migranten miteinander verglichen, dann sind diese Unterschiede auch noch statistisch signifikant. Die unterschiedliche Altersstruktur dieser Patientengruppen kann also die Unterschiede in der Durchschnittsverweildauer nicht erklären.

Tabelle 4:

Verweildauer (in Tagen) von drogenabhängigen Deutschen und ausgewählten Migrantengruppen in 2000 (Diagramm 7)

Herkunftsland/ Nationalität	MW	Median	Modus	SD	Anzahl	T-Test
Deutsche	15,517	14,0	20	14,821	437	
Migranten	14,022	14,0	20	7,227	500	*
Aussiedler	13,765	14,0	20	7,162	362	*
- Kasachstan	13,905	15,0	19	5,986	200	n.s.
- Russland	12,000	11,0	15	9,353	74	*
- Kirgisien	13,911	14,0	8	5,973	45	n.s.
- Polen	18,765	20,0	21	10,877	17	n.s.
Ausländer	14,696	14,0	20	7,378	138	n.s.
- Türkei	16,143	17,0	12	7,464	49	n.s.
- Italien	15,667	17,0	20	6,651	12	n.s.
- Marokko	13,368	14,0	20	7,617	19	n.s.
- Iran	18,500	13,5	7	14,816	6	n.s.

MW = arithmetisches Mittel

Modus = der häufigste Wert

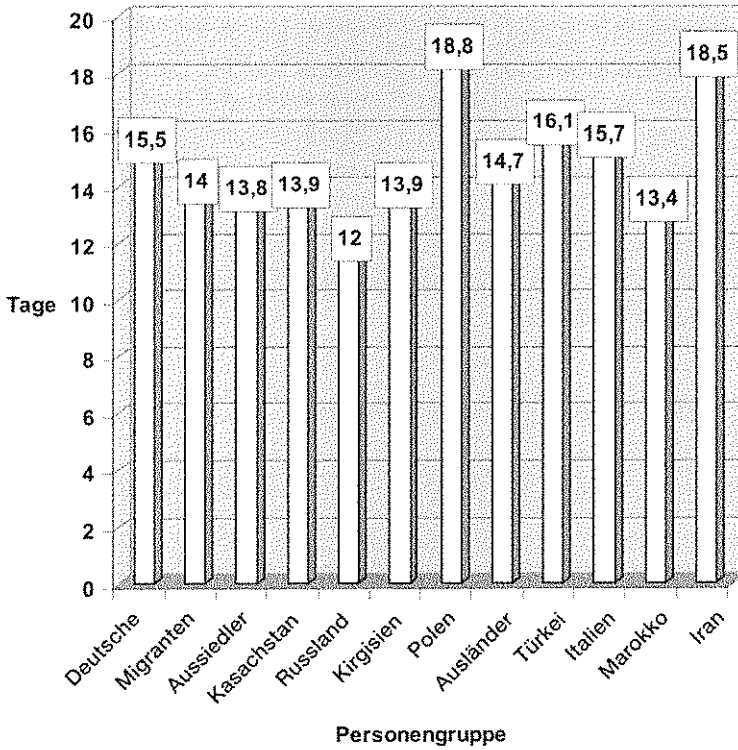
SD = Standardabweichung

t-Test: Mittelwertvergleich Deutsche - Migranten allgemein bzw. einzelne

Migrantengruppen; n.s. - nicht signifikant * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Diagramm 7:

Verweildauer (in Tagen) von drogenabhängigen Deutschen und ausgewählten Migrantengruppen in 2000



Die drogenabhängigen Migranten waren etwa 1,5 Tage kürzer in der stationären Entzugsbehandlung als die drogenabhängigen Deutschen. Dieser Unterschied zwischen den einheimischen Deutschen und Migranten als Gesamtgruppe und ebenso zwischen Deutschen und den Aussiedlern ist auch signifikant. Zwischen den Aussiedlern aus Kasachstan, Kirgisien und Polen sowie den drogenabhängigen Deutschen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, die aus Russland waren kürzer als die Deutschen in der Entzugsbehandlung.

Auch zwischen der Verweildauer der drogenabhängigen Deutschen und

der Ausländer stellten sich keine nennenswerten Unterschiede dar. Die durchschnittliche Verweildauer der drogenabhängigen Türken im Entzug war mit 16,14 Tagen nun sogar länger als die der Deutschen - nachdem sie in den Jahren bis einschließlich 1997 noch signifikant kürzer war.

Die drogenabhängigen Migranten waren im Jahr 2000 im Durchschnitt 24,260 Jahre alt und damit deutlich jünger als die einheimischen Deutschen mit 30,375 Jahren. Werden die Patienten im Alter bis zu 25 Jahren bei den Deutschen mit den bis zu 25jährigen Migranten verglichen, dann sind die Unterschiede in der Verweildauer

nicht mehr signifikant. Die Unterschiede in der Verweildauer zwischen den Migranten und den einheimischen Deutschen waren also auf das unterschiedliche Alter dieser Personengruppen zurückzuführen.

IV. Die Praxis der Behandlung abhängigkeitskranker Migranten in der Abteilung Suchtmedizin der WKPP Warstein

Die ab 1998 deutliche Zunahme der Entzugsbehandlungen drogenabhängiger Migranten ist das Ergebnis einer Vielzahl abgestimmter Maßnahmen mit dem Ziel, die Zugangsbarrieren für diese Personengruppen abzusenken⁶.

In einem ersten Schritt wurden 1997 relevant erscheinende Indikatorvariablen für den Drogenentzug wie Verweildauer, Behandlungsjahr, Nationalität, Aussiedlerstatus, Art der Entlassung etc. für alle in der WKPP Warstein durchgeführten stationären Behandlungen Drogenabhängiger erhoben und seitdem fortlaufend systematisch dokumentiert. Hierdurch wurde Identifikation von Personengruppen möglich, die statistisch signifikant im Hinblick auf bestimmte Indikatoren

der Ergebnisqualität vom Durchschnitt abweichen, ein Qualitätsscreening wurde so durchgeführt⁶. Gerade auch das Erfassen des Aussiedlerstatus erscheint von besonderer Bedeutung, um diese Personengruppe sicher identifizieren und deren Besonderheiten herausarbeiten zu können; andere Studien über Drogenabhängige, z.B. die Amsel-Studie¹⁰, aber auch die Evaluation des Drogenentzugs in den Niedersächsischen Landeskrankenhäusern Königsutter¹¹ und Osnabrück¹², ebenso die Evaluation des Drogenentzugs in Baden-Württemberg¹³ sowie die bundesweite Jahresstatistik der stationären Suchtkrankenhilfe SEDOS¹⁴ weisen diese Personengruppe nicht gesondert aus, wengleich zum Teil gemutmaßt wurde, dass diese Problemlagen wie Angehörige anderer Nationalitäten haben¹⁵. Noch im Rahmen einer Fachtagung im November 2000 führte RABES (2001 a) aus, dass über Suchtgefährdung und Suchtverhalten von Aussiedlern wenig systematisch erhobenes Datenmaterial vorliege. Erste genauere Zahlen über die Suchtgefährdung dieser Personengruppe soll - so OTYAKMAZ (2001) - die Studie von STROBL und KÜHNEL (2000) liefern, eine in Schulen durchgeführte Fragebogenuntersuchung von deutschen und Aussiedlerjugendlichen; dabei gaben die Aussiedler deutlich weniger Alkohol- und Drogenkonsum an als die Deutschen. Nicht berücksichtigt wurde dabei

⁶ vgl. LICHTER 1993, Borde 1998, GAITANIDES 1998, GEIER 1997, SALMAN, COLLATZ 1999

⁷ CORDING 1997

¹⁰ KINDERMANN ET AL., 1989

¹¹ ESSE, SCHULZ, WILD 1994

¹² SCHULZ, WILD, ESSE 1995

¹³ MANN et al. 1997

¹⁴ z.B. SIMON, LEHNITZK-KEILER 1995

¹⁵ ESSE, SCHULZ, WILKD 1994, SCHULZ, WILDE, ESSE 1995

aber, dass bei Aussiedlern eine diesen zugeschriebene "Pseudoanpassung" vorliegen kann mit der Folge von Antworttendenzen in Richtung sozialer Erwünschtheit¹⁶.

Die Inanspruchnahme und die Behandlungsergebnisse mussten deshalb für die WKPP Warstein für Deutsche und verschiedene Migrantengruppen im Hinblick auf unterschiedliche Zeiträume fortlaufend evaluiert werden¹⁷. Aus der Auswertung dieser Erhebung ergaben sich deutliche Unterschiede im Hinblick auf Indikatoren der Ergebnisqualität. Z.B. war die Verweildauer zwischen den drogenabhängigen Deutschen und verschiedenen Migrantengruppen signifikant unterschiedlich in dem Sinne, dass drogenabhängige Migranten im allgemeinen signifikant früher die stationäre Behandlung verließen. Ähnlich berichten auch BÜSSE et al. (2001) von "meist negativ und entmutigend" verlaufenden stationären Entzugsbehandlungen bei drogenkonsumierenden delinquenten Aussiedlern.

Diese Unterschiede wurden auf Abteilungs- und Stationsebene im multiprofessionellen Team diskutiert - ebenso wie die Zunahme der Anzahl drogenabhängiger Migranten, welche sich in diese Abteilung zur stationären Entzugsbehandlung begaben. Es wurde daraus die Konsequenz gezogen, für diese Personengruppen ein Behandlungsangebot zu installieren, welches ihnen adäquater ist, um die Qualität unserer Leistungen langfristig und stetig zu optimieren¹⁸. Durch fortlaufende

Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse wurden feedback-Mechanismen und Regelkreise geschaffen, welche zu jedem Zeitpunkt Klarheit darüber verschaffen können, inwieweit bestimmte Ziele erreicht wurden¹⁹.

Es wurde ein Konsens dahingehend hergestellt, dass Selektionsschranken für diese Personengruppen der Migranten abgebaut werden sollten im Sinne des Aufbaus eines versorgungsorientierten Hilffsystems²⁰.

Es wurde sowohl in einer Station besonders die Behandlung von drogenabhängigen Migranten angestrebt als auch in der gesamten Abteilung Suchtmedizin eine Offenheit für diese Personengruppen geschaffen - die Patienten werden einerseits bei Indikation in einer migrantenspezifischen Behandlungsstation, andererseits auch in den anderen Stationen der Abteilung behandelt. Bewusst wurde keine hochschwellige Drogenentzugsstation²¹ für diese überwiegend sehr jungen Personengruppen konzipiert, sondern ein niederschwelliger Entzug ohne Vorbedingungen oder festgelegte Therapieziele²². Das Ziel war eine umfassende Verbesserung der Qualität der Behandlung der Migranten - sowohl auf der Ebene der Strukturqualität (z.B. personelle und räumliche Ausstattung und Organisation der Institution, Weiterbildung und Qualifikation der dort tätigen Mitarbeiter, Supervision, Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, bedarfsgerechte Zuweisung), der

¹⁶ BRAUN 1998

¹⁷ PAVKOVIC 1999

¹⁸ KUNZE 1995, 1997

¹⁹ CORDING 1995

²⁰ BADER 1995

²¹ GÖBLING 1995

²² LEXOW 1995, UNGLAUB, FLEISCHMANN 1995

Prozess- bzw. Behandlungsqualität (Qualität der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen) und der Ergebnisqualität (Erfolg der therapeutischen Maßnahmen, subjektive Befindlichkeit und Lebensqualität der Patienten, berufliche Integration, Abstinenz²³).

Im Hinblick auf die Zugangsbarriere der Sprache wurde übereinstimmend²⁴ die Erfahrung gemacht, dass diese bei vielen Aussiedlern ein erhebliches Problem darstellt. Sie konnten sich in Russisch viel besser artikulieren als in Deutsch, benutzen oft diese Sprache auch bei der Kommunikation innerhalb ihrer Familien. Viele Ausländer aus den häufiger im Drogenentzug vorgefundenen Nationalitäten, häufig Ausländer der zweiten oder gar der dritten Generation, bereits in Deutschland geboren und aufgewachsen²⁵, konnten dagegen überwiegend hinreichende, oft sogar sehr gute Deutschkenntnisse vorweisen²⁶. Sie sprechen oft besser Deutsch als die Sprache ihrer Eltern²⁷. Die größte, durch schlechte bzw. nur rudimentäre Deutschkenntnisse bedingte Sprachbarriere war also bei den Aussiedlern vorzufinden. Deshalb wurden seit 1998 nur Ärzte auf einer Drogenentzugsstation überwiegend für Migranten eingesetzt, welche Russisch sprachen. Es waren - mit einer Ausnahme - selbst Aussiedler aus der ehemaligen UdSSR. Auch wurde Pflegepersonal aus Polen und aus der ehemali-

gen UdSSR gezielt gesucht und in dieser Station eingesetzt - an die "Personalqualität"²⁸ wurden somit Anforderungen gestellt, welche über die üblichen, in der stationären Suchtkrankenhilfe zu beachtenden hinausgehen. So wurde nach außen signalisiert, dass Migranten nicht nur als eine Problemgruppe eingeschätzt und behandelt wurden, sondern dass auch fachkundige Mitarbeiter aus dieser Personengruppe für die Arbeit in einem multikulturellen Team gewonnen wurden²⁹. In der Folge suchten besonders Migranten aus den Ländern der ehemaligen UdSSR, überwiegend Aussiedler, im Jahr 2000 aber auch zunehmend Kontingentflüchtlinge und Angehörige von Aussiedlern mit georgischer, ukrainischer o.ä. Nationalität, gezielt die Abteilung Suchtmedizin der WKPP Warstein zur Entzugsbehandlung auf. Diese Erfahrung, dass nämlich durch Mitarbeiter, welche selbst Migranten waren, auch mehr Migranten die Hilfsangebote in Anspruch nehmen, wurde in anderen Zusammenhängen bereits mehrfach beschrieben³⁰.

Die Kommunikation der Migranten in der Herkunftssprache wurde nicht untersagt. Dies erscheint als eine Selbstverständlichkeit. Allerdings ist darauf zu verweisen, dass gerade in stationären Suchthilfeeinrichtungen die Kommunikation in Russisch oder anderen Sprachen häufig verboten wird unter Hinweise darauf, dass die

²³ vgl. SELBMANN 1990, BUSS 1995, BERGER und VAUGHT 1997, GAEBEL 1997

²⁴ mit AFANASIE (1997), DIETZ (1997,2001), KEMPTNER (1997), OSTERLOH und WITTENBERG (2001) u.a.

²⁵ LAJIOS

²⁶ ENGBERT 1996

²⁷ GRIESE 1978

²⁸ LESSMANN

²⁹ AKBİYİK 1999

³⁰ DÜRR 1998, PAVKOVIC 1993

Therapiesprache Deutsch sei und die Entwöhnungsbehandlung auf eine Integration abziele; und gerade dafür sei das Erlernen deutscher Sprachkenntnisse unabdingbar. Immer wieder berichten auch Migranten, welche sich bereits in anderen Einrichtungen Entzugsbehandlungen unterzogen haben, dass sie dort disziplinarisch entlassen wurden, weil sie sich untereinander in Russisch unterhielten. Migranten aus der ehemaligen UdSSR kommen auch deshalb gezielt zur Entzugsbehandlung zum Teil über weite Entfernungen hierher, weil sie hier Russisch sprechen dürfen.

Die Mehrsprachigkeit wird in der WKPP Warstein bei den Patienten akzeptiert und beim Personal gefördert³¹, so dass Mitarbeiter Russisch lernten. CZYCHOLL (1997 b, 2001) beschreibt dies als eine Eigenschaft spezialisierter Hilfeleistungen für Migranten.

Es wird auch keine "Kontingentierung" von Migranten nach verschiedenen Personengruppen in der speziell für diese ausgewiesenen Station durchgeführt in dem Sinne, dass nur z.B. drei Aussiedler gleichzeitig in stationärer Behandlung sein dürfen. Auch dies erscheint selbstverständlich. Derzeit ist es jedoch in Entzugs- und Entwöhnungseinrichtungen nicht unüblich, dass die Anzahl von Personen einer bestimmten Migrantengruppe, überwiegend Aussiedler, begrenzt wird. Das führt zuweilen zu seltsamen Situationen, welche den Personen nicht mehr gerecht werden: So beantragte in einem Fall mit unserer Hilfe eine "Aussiedlerin" aus Polen, die im Alter von einem Jahr mit ihren Eltern nach Deutschland kam, bei hoher Motivation eine Entwöhnungsbehandlung,

welche auch zügig vom Leistungsträger genehmigt wurde. In der Entwöhnungseinrichtung, in welcher sie diese Behandlung antreten wollte, wäre auch Platz gewesen für eine sofortige Übernahme nach der Entzugsbehandlung - wenn sie eine "einheimische Deutsche" gewesen wäre. Sie war jedoch aufgrund der Geburt in Polen eine "Aussiedlerin" - und in dieser Entwöhnungseinrichtung befanden sich gerade drei Aussiedler, das "Kontingent" war voll. So wurde dieser Patientin aufgrund ihrer Aussiedler-Eigenschaft eine dreimonatige Wartezeit in Aussicht gestellt.

Die zunächst fremd und in ihrem Fremdsein auch homogen erscheinende Gruppe der Migranten wird bei näherem Kennenlernen und häufigem Umgang mit ihnen von uns als sehr heterogen wahrgenommen; wir sehen die Einzelpersonen und nicht mehr die ganze Gruppe. Bei den Migranten aus der ehemaligen UdSSR finden wir z.B.

- den einzigen drogenabhängigen Sohn einer kinderreichen tief religiösen Familie, der sich als das "schwarze Schaf" bezeichnet und aus Scham über seine drogenbedingte Delinquenz den Kontakt zu seinen Eltern abbrach;
- den drogenabhängigen Aussiedler, dessen Angehörige seine Abhängigkeit als Schande vor allen anderen Aussiedlern verbergen: Eltern, Tante und Oma finanzierten seinen Heroinkonsum mit durch ihr Einkommen bzw. ihre Rente; als er mit Methadon substituiert wurde, suchte sein Vater den substituierenden Arzt auf und schärfte ihm ein, gegenüber anderen Aussiedler nur von einer schweren Krankheit

³¹ TUNA 1999a, BECK 2000

des Sohnes, aber auf keinen Fall von einer Drogenabhängigkeit, zu sprechen;

- den Aussiedler aus einer Mischehe (Vater Kirgise, Mutter Russland-deutsche), dessen Verwandtschaft zur Hälfte in Kasachstan zurückgeblieben ist: er fühlt sich hin und her gerissen zwischen seinem Herkunftsland und Deutschland;
- den in einem deutschen Dorf geborenen jungen Mann, der Deutsch als Muttersprache erlernte und erst mit der Einschulung Russisch lernte; er hat einen typisch deutschen Namen, versteht sich als typisch Deutsch, hat aber das Aussehen eines Tartaren; Letzteres kann auch seine Alkoholintoleranz erklären - er trank einmalig mit 14 Jahren Alkohol, bekam davon rote Flecken im Gesicht und verfrug ihn nicht (bei ihm liegen wohl Alkoholdehydrogenase-Isoenzyme vor, welche Alkohol langsamer abbauen);
- den Aussiedler aus Kirgisien, der angibt, dass im elterlichen Garten zu Hause Mohnpflanzen wuchsen; er war an deren Fruchtkapseln nicht interessiert, er tauschte diese vielmehr gegen Haschisch ein;
- den Mann aus Tadschikistan, der bereits dort Hanka, ein aus den Mohnkapseln gewonnenes opiumähnliches Produkt, in der Zeit von Juni bis Oktober, als diese Kapseln reif waren, täglich intravenös konsumierte. Die Wirkung von Hanka hielt 24 Stunden an, er schwärmt noch heute davon und meint, dass Heroin hierzulande doch viel schwächer sei;
- den jungen Studenten, der in der Russischen Föderation nach dem

Abschluss der Mittelschule 4 Semester Medizin studierte. Auf seine Nachfrage teilte ihm seine in Deutschland lebende Tante mit, dass er bald kommen möge, seine Studienleistungen würden in Deutschland anerkannt - sie wusste aber nicht, dass Studienleistungen in Medizin erst ab mindestens 5 Semester in Deutschland angerechnet werden; dieser Mann beginnt jetzt eine Ausbildung als Tischler;

- den georgischen Ehemann einer Aussiedlerin, der - wie er sagt - aus Abenteuerlust zusammen mit einigen Kollegen nach Deutschland kam, um hier sein Glück zu machen; ihm wurde nicht Asyl gewährt, er lernte aber eine Aussiedlerin in Deutschland kennen und lieben - und arbeitet jetzt als Straßenbauer;
- die mit einem Aussiedler verheiratete weißrussische Musiklehrerin, die keinen Alkohol trinkt und niemals rauchte; ihr heroinabhängiger Ehemann brachte ihr den Heroinkonsum nahe;
- die junge Aussiedlerin aus Russland, deren Vater bereits im Alter von 30 Jahren an den Folgen seiner Heroinabhängigkeit verstarb;
- den jüdischen Kontingentflüchtling aus Moskau, einen Akademiker, der in Deutschland als Taxifahrer sein Geld verdient;
- den Ukrainer, der als Ehemann einer Frau jüdischer Abstammung, einem Kontingent-Flüchtling, in Deutschland lebt;
- den in Georgien geborenen Griechen, der im Alter von 10 Jahren von dort nach Griechenland mi-

grierte und mit 19 Jahren nach Deutschland kam; er spricht gut Russisch und Griechisch, kann sich aber nicht in Deutsch verständigen;

- den von Abschiebung bedrohten armenischen Asylbewerber mit einer infektiösen Virus-Hepatitis C, der Heroin bereits in die kleinsten Venen seiner Finger spritzt, weil die anderen Venen bereits nicht mehr zugänglich sind; eine Methadonsubstitution, welche bei deutschen Drogenabhängigen in einer vergleichbaren Situation indiziert ist, wird ihm aber nicht gewährt, weil das Asylbewerberleistungsgesetz nur Grundleistungen gewährt³². Er gehörte nicht zu den Einzelfällen, in denen der örtliche Sozialhilfeträger die Finanzierung der Methadonsubstitution übernahm³³.

Wir erleben auch differenzierter die vielfältigen Vorurteile dieser Gruppen gegeneinander:

- So berichten Aussiedler von den Übeltaten tschetschenischer Drogendealer in ihren Herkunftsländern.
- Ein Georgier bekundet sein Befremden darüber, dass er aufgrund der gemeinsamen russischen Sprachkenntnisse nun mit Aussiedlern zusammen auf einer Station sei: Er habe in seinem Herkunftsland Aussiedler als Drogendealer kennengelernt und diesen gegenüber Vorbehalte.
- Ein Aussiedler wiederum meint, dass er unter den ihm bekannten

Personen aus dem Kaukasus niemals jemanden gefunden habe, der von ihm als ehrenwert eingeschätzt werden könne.

Diese beispielhaft angeführten Biographien mit jeweils unterschiedlichen mit der Migration verbundenen Problemen werden zunehmend verstanden mit ihren vielfältigen kulturellen, sozialen, religiösen etc. Implikationen³⁴. Es ergeben sich vielfältige Schwierigkeiten daraus, z.B.

- unterschiedliche Rechtssituationen mit der Bedrohung durch Abschiebung der in Deutschland geborenen Ausländer³⁵,
- Unmöglichkeit einer Entwöhnungsbehandlung bei dafür in hohem Maße motivierten Asylbewerbern³⁶,
- Probleme bei der Anerkennung von abgeschlossenen Ausbildungen und Abschlüssen (z.B. Traktorist), aber auch von Ausbildungs- und Studienzeiten der Herkunftsländer in Deutschland,
- Probleme beim Finden eines Leistungsträgers bei Therapiemotivation von Aussiedlern (für den ehemaligen Traktoristen ist möglicherweise die BfA Leistungsträger und nicht die LVA).

Diese vielfältigen Probleme sind inzwischen Alltagswissen aller Mitarbeiter nicht nur der spezialisierten Migrantenstation.

Auch das jeweils unterschiedliche Krankheitsverständnis, welches diese Migrantengruppen mitbringen, ihre soziokulturell durch die Herkunftskul-

³² KOSUBEK 1998

³³ vgl. REKER, FOLLMANN, BUDDE 2000

³⁴ CZYCHOLL 1997 d

³⁵ HUBER 1998, KOSUBEK 1998, OKOLISAN 1997

³⁶ KRASNEY 1998, REKER, FOLLMANN, BUDDE 2000

tur (mit-)determinierte Perzeption, Interpretation und Konsequenzen des Leidens³⁷, ihre Kulturstandards im Hinblick auf den Umgang mit Krankheit³⁸, werden von uns wahrgenommen - zusammen mit Heilungserwartungen, welche an medizinische und paramedizinische Behandlungen wie "Blutwäsche" oder "Codierung" geknüpft werden³⁹.

Es wurde eine Offenheit für diese Personengruppen zur Voraussetzung für die intensive Arbeit mit ihnen gemacht. Nur die Mitarbeiter wurden für die Arbeit überwiegend mit drogenabhängigen Migranten übernommen, welche dafür interessiert waren. Mitarbeiter, welche sich eine solche Arbeit nicht vorstellen konnten, wurden in andere Stationen umgesetzt. Dies hatte in den letzten Jahren eine große personelle Kontinuität bei den Mitarbeitern dieses Teams zur Folge. Eine interkulturelle Teamfähigkeit⁴⁰ konnte bei diesen Mitarbeitern entwickelt werden.

Bei den drogenabhängigen Aussiedlern wurde bei der Überprüfung der Hepatitis-Serologie festgestellt, dass diese früher als deutsche Drogenabhängige im Verlauf ihrer Suchtkarriere an virusbedingten Leberkrankheiten (Hepatitis A, B, C) erkrankten⁴¹. Sie wissen im allgemeinen wenig über legale und illegale Drogen, über deren Wirkung, über die Risiken der Konsumformen, über die vorgenannten Viruskrankheiten, über deren Übertra-

gung, Verlauf, Prävention, Prognose und Behandlungsmöglichkeiten, benutzen häufig vor dem Hintergrund eines Solidarverhaltens gemeinsam das Spritzbesteck⁴². Deshalb besteht bei ihnen ein sehr großer Informationsbedarf zu diesen Themen. Diesem Informationsdefizit steht aber häufig eine fatalistische Einstellung entgegen⁴³. Erst bei eigener Betroffenheit nach dem Erfahren des Ergebnisses der Hepatitis-Serologie erhöht sich das Interesse für diese Themen. Wegen der hohen Verbreitung dieser Krankheiten und des häufig geringen Wissensstandes ergibt sich die Notwendigkeit, mehr an Informationsgruppen für diese Personengruppen anzubieten. Wegen der Sprachbarriere werden diese Gruppen bei Vorliegen einer spezifischen Bedarfslage auch noch in Russisch abgehalten; die Bedeutung des muttersprachlichen Informationstransfers⁴⁴ wird hoch angesetzt. Entsprechendes Informationsmaterial gibt es auch in Russisch.

Sucht wird durch verschiedene Migrantengruppen anders definiert als hierzulande. So sehen türkische Drogenabhängige erst einen i.v.-Konsum von Opiaten als eine Abhängigkeit an, während das Rauchen von der Folie als unproblematisch angesehen wird⁴⁵. Der Konsum von Bier wird von vielen Aussiedlern als unproblematisch eingeschätzt⁴⁶. Deshalb wird in den Infor-

³⁷ RIQUELME 1987

³⁸ THOMAS 1993

³⁹ KIELHORN 1997, SCHULER 1997, BÄTZ 1999

⁴⁰ GEIGER 1998

⁴¹ BÄTZ 2000

⁴² OSTERLOH, WITTENBERG 2001

⁴³ MACEK 1994, GIEST-WARSEWA 1998b, GLIER et al. 1998

⁴⁴ TUNA 1999b, YÜKSEL 2001

⁴⁵ SCHU, SOMMER 1998

⁴⁶ HEIDEBRECHT 1998

mationsgruppen zum Thema Sucht versucht, die verschiedenen Kriterien der Abhängigkeit vor dem Hintergrund der individuellen Biographie mit den Migranten zu erarbeiten.

Hierfür ist mehr Zeit erforderlich als bei den Informationsgruppen mit drogenabhängigen Deutschen - welche im Durchschnitt älter und (therapie-)erfahrenere sind als die jungen Migranten. Dieser besondere Zeitbedarf kann die Alltagsroutine eines üblichen Stationsablaufs stören - in der Station für Migranten ist ihm Rechnung zu tragen⁴⁷.

Das Regelwerk der Station für Migranten wird immer wieder diskutiert, überarbeitet und modifiziert. Migranten gehen mit Autoritäten und Regeln anders um⁴⁸. Rückfälle mit Alkohol, aber auch mit illegalen Drogen, sind nach unseren Erfahrungen besonders bei Aussiedlern häufiger und werden von diesen öfter als unproblematisch angesehen. Dieser anderen Mentalität hat das Regelwerk Rechnung zu tragen. Hierbei ist die Konzeptentwicklung eine ständig sich von neuem stellende Aufgabe für das gesamte Stationsteam⁴⁹.

Für Pflegepersonal wird eine auf zwei Jahre ausgelegte suchtspezifische Weiterbildung im Modulsystem angeboten - und auch nachgefragt. In diese sind zwei jeweils einwöchige Module zum Thema "Sucht und Migration", einmal im Hinblick auf Alkohol, dann aber auch in Bezug auf illegale Drogen, integriert. So wird die fachliche Qualifikation des Personals im allgemeinen erhöht, auch wird für

das Thema Sucht bei Migranten in der gesamten Abteilung Suchtmedizin, weit über eine spezialisierte Station hinaus, eine erhöhte Sensibilität geschaffen.

So wie Beratungsstellen für ausländische Arbeitnehmer von diesen zunehmend öfter wegen psychischer Störungen aufgesucht werden⁵⁰, werden auch Beratungsstellen für Aussiedler wegen psychischer Probleme und problematischen Konsums von Alkohol und illegalen Drogen angesprochen. Diesbezügliche Informationsdefizite auf seiten der Migrantendienste wurden im Rahmen einer Informationsveranstaltung für Mitarbeiter von Migrantendiensten abgebaut.

Mit einigen ambulanten Beratungsstellen haben sich gerade im Hinblick auf spezifische Personengruppen der Migranten über Jahre stabile Arbeitsbezüge entwickelt. Die Drogensoforthilfe, welche Drogenabhängige mit einem Veränderungswunsch zügig in Beratung oder weitergehende Behandlungen vermittelt, wird von Migranten, die zur Entzugsbehandlung in die WKPP Warstein kommen, anteilmäßig deutlich häufiger in Anspruch genommen als von den einheimischen Deutschen; eine schnelle Hilfe für diese vielfach als Problempatienten angesehenen Personengruppen wurde so ermöglicht⁵¹. Die besondere Belastung dieser Personengruppen in gesundheitlicher (z.B. Virus-Hepatitis) Hinsicht bzw. deren signifikant höheres Erkrankungsrisiko an diesen oft chronischen Infektionskrankheiten zu früheren Zeitpunkten

⁴⁷ COLLATZ 19998

⁴⁸ ERMER-EXTERNBRINK 1998

⁴⁹ BEHRENDT, DEGWITZ 1995

⁵⁰ LAJIOS 1993

⁵¹ BEHRENDT, DEGWITZ 1995

ihrer Suchtkarriere legt ein solches Vorgehen nahe. Auch einige Therapieeinrichtungen befassen sich intensiv mit abhängigkeitskranken Migranten; mit diesen entstand auch eine Zusammenarbeit. Der andernorts beklagte segmentierte Ansatz des deutschen Versorgungssystems⁵² konnte für einige Patientengruppen ansatzweise überwunden werden. Die in der Migrantenarbeit erstrebenswerte interkulturelle Öffnung sozialer Dienste der Regelversorgung konnte so in Teilbereichen erreicht werden⁵³.

Eine spezifische Öffentlichkeitsarbeit wird durchgeführt, um eine Kommunikation und einen Gedankenaustausch mit anderen Einrichtungen zu betreiben, welche auch mit Migranten arbeiten. Es handelt sich dabei um Suchtberatungsstellen bzw. um Drogenberatungsstellen, um andere Drogenentzugsstationen, auch um Entwöhnungseinrichtungen, Qualitätszirkel substituierender Ärzte etc. Im Rahmen von Fachtagungen auf regionaler und nationaler Ebene wird unsere Arbeit mit Migranten von Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen dargestellt und diskutiert. Auch wurde über unsere Arbeit mit Migranten in verschiedenen Medien berichtet. Für die Vernetzung mit anderen Institutionen gibt es neben der Kooperation auf der Ebene der Stationen auch einen speziellen Beauftragten für Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung. Auch durch diese Maßnahmen wurde erreicht, dass die Entzugsbehandlung für drogenabhängige Migranten in der Abteilung Suchtmedizin der WKPP Warstein inzwischen weit über die

Grenzen unseres Pflichtversorgungsgebietes hinaus bekannt ist und nachgefragt wird. Die Zugangsbarriere, welche sich aus der geringen Bekanntheit von Einrichtungen ergibt⁵⁴, besteht somit sicher für diese Abteilung nicht (mehr). In der Folge kommen drogenabhängige Migranten sehr viel früher zur Entzugsbehandlung als drogenabhängige Deutsche.

Daneben sprach sich die Qualität unseres Behandlungsangebotes bei den entsprechenden Zielgruppen herum. Sie kommen aufgrund persönlicher Empfehlung zum Teil über weite Entfernungen. Immer wieder sind es über längere Zeiträume nach einer Entzugsbehandlung abstinent gebliebene Migranten, deren Beispiel andere motiviert, selbst eine Entzugsbehandlung in Erwägung zu ziehen. Sie fungieren somit als informelle, dennoch ausgesprochen wirksame "Key-persons" (TUNA 2001) in den Migrantengemeinden, welche Informationen über Sucht und Suchtgefahren weitergeben, auf die Infektionsmöglichkeiten beim gemeinsamen Drogenkonsum verweisen und über Behandlungsmöglichkeiten informieren.

Abteilungsintern wurde die Aufnahmeterminierung von den jeweiligen Station weg verlagert hin zu einer zentralen Aufnahmeterminierung. Diese ist werktätlich zu vorgegebenen Zeiten besetzt. Über diese erfolgt - in Absprache mit den Patienten, aber auch mit den jeweiligen Stationen - die bedarfs- und indikationsgerechte Zuweisung der Patienten zu den einzelnen Stationen, was einen Aspekt der Prozessqualität darstellt⁵⁵. Dabei wer-

⁵² GEIGER 1997

⁵³ NESTMANN u. TIEDT 1988, TEKBASARAN 1996, BORDE 1998, GEIGER 1998

⁵⁴ OSTERLOH, WITTENBERG 2001

⁵⁵ FLEISCHMANN et al. 1995

den durchaus auch Fälle von Migranten berücksichtigt, die nicht mit anderen Migranten in einer Station zusammen sein wollen - wie z.B. bei dem jungen Mann spanischer Herkunft, der die deutsche Staatsangehörigkeit hat, ebenso wie auch seine Eltern; er meint auf entsprechende Ansprache, dass er Deutscher sei und mit Ausländern nichts zu tun habe.

Die immer wieder beklagten Zugangsbarrieren für drogenabhängige Migranten, besonders für Aussiedler, zum stationären Suchthilfesystem, hier zur Entzugsbehandlung, konnten so durch eine Vielzahl von Maßnahmen deutlich abgesenkt werden. Drogenkonsumierende Migranten sind keine schwer erreichbare Zielgruppe, sondern sie sind im Gegenteil viel früher als drogenabhängige Deutsche durch eine stationäre Suchthilfeeinrichtung erreichbar. Dass die ergriffenen und umgesetzten Maßnahmen effektiv waren, lässt sich mit zwei Indikatoren belegen. Dies zeigt sich u.a. daran,

- dass Migranten in den letzten Jahren zunehmend häufiger zur Entzugsbehandlung in die Abteilung Suchtmedizin der WKPP Warstein aufgenommen werden - im Jahr 2000 waren 51,4% der hier behandelten Drogenabhängigen Migranten bei einer engen Definition, welche nur Ausländer und Aussiedler als Migranten erfasst, aber nicht die anderen Deutschen mit Migrationshintergrund (dieser wurde nicht systematisch erfragt; der Anteil von 3,5%, welcher hier aktenkundig ist, unterschätzt deren wahren Anteil!); es kann somit von einer

bedarfsgerechten Patientenzuweisung ausgegangen werden;

- dass sich die Verweildauer verschiedener Migrantengruppen in der stationären Entzugsbehandlung der deutscher Drogenabhängiger angeglichen hat, bei einigen Gruppen inzwischen sogar höher ist als bei Deutschen (dies ist ein Indikator der Ergebnisqualität der Behandlung⁵⁶).

Das vielfach beklagte "inverse care law" (HART 1971), welches bedeutet, dass die Qualität des therapeutischen Angebots umgekehrt proportional ist zur Hilfebedürftigkeit der Betroffenen, wurde so bei uns im Hinblick auf drogenabhängige Migranten aufgehoben. Dies ist ein Zustand, der allgemein anzustreben ist. Wenn interkulturelle Kompetenz in der psychosozialen und suchtmmedizinischen Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich verbreitet und selbstverständlich ist, dann sind viele drogenabhängige Migranten ausgesprochen früh erreichbare Personengruppen. Und bei den zu fordernden frühen Interventionen⁵⁷ sind in der Regel weniger negative Suchtfolgen eingetreten⁵⁸.

Literatur beim Verfasser

⁵⁶ WOLFERSDORF et al. 1997

⁵⁷ BÜHRINGER 2000

⁵⁸ HÜLLINGHORST 2000

Langzeittherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige aus den ehemaligen Ostblockstaaten - Ein Erfahrungsbericht

Antje Prager-Andresen

Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (WKPP)
Abteilung Sucht-Rehabilitation
"Stillenberg"
Franz-Hegemann-Str. 23
59581 Warstein

Inhalt

- I. Einführung**
- II. Das Behandlungsergebnis**
- III. Schlussbemerkungen**

I. Einführung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Ihnen heute über unsere Erfahrungen mit der Entwöhnungsbehandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Aussiedlern aus Polen und den GUS-Staaten hier an der WKPP Warstein berichten.

Im April 1997 eröffneten wir unsere Aussiedlerstation, nachdem wir zuvor mehr als 10 Jahre lang diese Patienten im Rahmen unserer deutschsprachigen Entwöhnungsstationen mit unbefriedigendem Erfolg behandelt hatten.

Aufgrund unserer langjährigen Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie suchtkranker Aussiedler, aus der Fachliteratur, aber auch aus den empirischen Untersuchungen unserer Mitarbeiterin Frau Ursula Cichon "Mentalität der Aussiedler und ihrer Einstellung zur Sucht" 1996, sowie unserer eigenen statistischen Erhebungen haben wir Besonderheiten in der Entwicklung der Suchterkrankung gefunden, die besondere Berücksichtigung im therapeutischen Vorgehen verlangen.

Daher gilt aus unserer Sicht für die Suchtentwicklung abhängigkeitskranker Aussiedler Folgendes:

Während der frühkindlichen Persönlichkeitsentwicklung, die den Boden für eine Suchterkrankung vorbereiten kann, spielen die familiären Beziehungen eine besondere Rolle.

Aussiedler leben in ihrem Ursprungsland sehr bewusst als Deutsche; sie schließen sich in ihrem Verwandtschafts- und Familienkreis sehr eng zusammen, so dass auf den Einzelnen die familiären Kontakte eine höhere Wirksamkeit ausüben. Innerhalb der Aussiedlerfamilien herrscht in der Regel eine hierarchisch geprägte Ordnung.

Die männlichen Familienmitglieder haben ein größeres Gewicht, sie regeln die Außenkontakte und tragen die letztendliche Entscheidungsverantwortung trotz der selbstverständlichen Berufsausübung der Frauen. Die Frauen regulieren das Innenverhältnis der Familie. Die Eltern üben eine starke Kontrolle und oft übermäßige Fürsorge ihren Kindern gegenüber aus. Für die individuelle Entwicklung der Kinder bedeutet dies, dass sie einerseits einen starken Rückhalt und viel Geborgenheit innerhalb der Familie erleben, andererseits aber, dass ihre Entwicklung zur Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit erschwert wird. Auch die Lösung aus familiären Beziehungen und aus familiär tradierten Normen ist erschwert. Im Übrigen hat die praktische Lebensbewältigung und die materielle Existenzsicherung gegenüber Selbstreflexion, Selbstexploration und Auseinandersetzung einen deutlichen Vorrang.

Bei erhöhten familiären Belastungen, zum Beispiel dem Leben in einer deutschfeindlichen Umgebung im Heimatland, durch die Migration oder die Schwierigkeiten der sozialen Integration in einer fremden Kultur mit erhöhter Arbeitslosigkeit usw. können diese engen Familienbindungen einerseits Unterstützung und Schutzfunktion ausüben, aber es können auch pathogene Effekte massiver wirken.

Die Persönlichkeitsentwicklung der Aussiedler ist schon früh von einer größeren Anpassbarkeit gekennzeichnet, von der Tendenz, in hierarchischen Strukturen zu denken und der Neigung, Leistung und materielle Güter besonders hoch zu bewerten. Die Bedeutung der individuellen Befindlichkeit, Selbstreflexion und die Entwicklung einer eigenen Individualität treten dagegen zurück.

In den frühen Jahren wird schon eine sehr positive und tolerante Einstellung dem Alkoholtrinken gegenüber entwickelt. Am Modell der Erwachsenen sehen die Kinder, dass verstärktes Trinken hochprozentiger Alkoholika zum Alltag gehört, einen richtigen Mann sogar auszeichnet und vor allem erleben sie, dass Alkohol ständig verfügbar ist.

In der späteren Kindheit wirken auf die Aussiedlerkinder in Russland und Polen die Einflüsse der Peer-Gruppe besonders intensiv. Im Heimatland schlossen sich deutschstämmige Jugendliche sehr eng zusammen, um das Gefühl der Diskriminierung gemeinsam besser ertragen und kompensieren zu können. Das wiederholt sich nach der Einwanderung in die Bundesrepublik unter den veränderten Bedingungen. In der schwierigen Situation nach der Einwanderung sind die Jugendlichen besonders darauf angewiesen, Rückhalt und Geborgenheit in ihrer Bezugsgruppe zu finden. So bleiben allerdings die Möglichkeiten, sich in der Bundesrepublik zu integrieren und ein sozial adäquates, selbstständigeres Leben zu führen, eher ungenutzt. Die Orientierung an hierarchischen Normen, die Anpassung, die geringe Selbstreflexion bleiben bestehen. Eigenverantwortlichkeit und Problemlösefähigkeit entwickeln sich nicht im notwendigen Maße weiter. Äußere Veränderungen der Lebenssituation - zum Beispiel Wechsel der Bezugsgruppe oder das Austragen förmlicherer Konflikte, die zum Entwicklungs- und Reifungsprozess Jugendlicher notwendigerweise dazugehören, werden eher nicht vorgenommen und die Belastungsfaktoren verfestigen sich. Die Notwendigkeit, psychische Belastungen zu kompensieren, wächst, ebenso die Wahrscheinlichkeit, zum Alkohol zu greifen, zumal er ständig leicht erreichbar ist und das frühe und vermehrte Trinken in

der Bezugsgruppe durchaus anerkannt wird. Der Alkoholmissbrauch setzt in der Regel sehr früh ein und birgt wegen des vorrangigen Wirkungstrinkens bald ein erhöhtes Suchtrisiko.

Während der Valenzendphase wird die Identitätsfindung bei Aussiedlern stark durch die Zugehörigkeit zu ihrer Familie und zu ihrer ethnischen Gruppe, mit der sie das Einwanderungsschicksal gemeinsam haben, geprägt, aber auch berufliche Leistungen und materieller Status spielen eine große Rolle. Aufgrund der Sozialisations- und Sprachdefizite ist allerdings die Integration in das Berufsleben für junge Erwachsene aus den Ostblockstaaten besonders schwierig, Problembelastungen nehmen damit zu. Vermehrte Enttäuschungen und Frustrationserlebnisse vergrößern das Bedürfnis, emotionale Spannungen zu reduzieren und sich selbst aufzuwerten. Rasche Hilfe bietet dabei natürlich der Alkohol.

Durch den starken Wunsch, rasch Erleichterung und Wohlbefinden zu erlangen, werden sehr früh und in verstärktem Maße harte Alkoholika konsumiert, vor allem Wodka, kaum Bier. Die Abhängigkeitsentwicklung verläuft dann sehr rasch; bald treten körperliche und psychische Folgeschäden auf, die oft mit gravierenden sozialen Konsequenzen des Alkoholmissbrauchs einhergehen.

Zu den hier nur oberflächlich skizzierten Besonderheiten der Suchtentwicklung bei Abhängigkeitskranken aus den ehemaligen Ostblockstaaten kommen nach der Migration besondere soziale Belastungen hinzu.

Auch nach mehreren Jahren in der Bundesrepublik fühlen sich die Betroffenen mehr als Fremde als in ihrem Herkunftsland. Die Bereitschaft, sich in die Gesellschaft der Bundesrepublik zu

integrieren, hat durch die vielen anfänglichen Enttäuschungen in der Regel abgenommen. Aussiedlerfamilien ziehen sich häufig in ihre eigene Bezugsgruppe zurück und haben kaum Kontakt zu Deutschen. Die Arbeitslosigkeit der Aussiedler ist fast doppelt so hoch wie die der Deutschen. Sie sind länger arbeitslos, überdurchschnittlich viele Akademiker und Frauen sind betroffen. Den deutschen Institutionen, besonders den Behörden und dem sozialen Hilfesystem, stehen sie distanziert und skeptisch gegenüber. Die meistens unzureichenden Sprachkenntnisse erscheinen ihnen als eine unüberwindliche Barriere. Die fehlenden Kenntnisse über die hiesigen sozialen Gegebenheiten und über ihre eigene soziale und rechtliche Situation (zum Beispiel bezüglich Arbeits-, Einwanderungs- und Strafrecht) behindern ihre Integration und fördern die Rückzugstendenz in die Herkunftsfamilie und in ihre soziale Bezugsgruppe. Die notwendigen Anpassungsleistungen können nicht stattfinden, Grundeinstellungen, Normen und Verhaltensweisen bleiben bestehen, die Tendenz zur Konfliktvermeidung verfestigt sich, die Problemlösefähigkeit nimmt nicht zu, Denken und Handeln werden nicht verändert, die Ursachen für die unbefriedigende Lebenssituation und die persönlichen Belastungen werden sehr häufig außerhalb der eigenen Person gesehen und in den allgemeinen Lebensbedingungen in der deutschen Gesellschaft.

Für die Einstellung zur Suchterkrankung bedeutet das, dass die abhängigkeitskranken Aussiedler weit in ihrer Suchterkrankung fortgeschritten sind, ohne sie in besonderem Maße kritisch zu reflektieren. Vor allem deshalb und nicht nur wegen der besonderen sozialen Trinknormen wird die Bedeutung des pathologischen Trinkverhaltens

kaum erkannt, die Notwendigkeit zur Abstinenz und zu einer Behandlung noch viel weniger. Auch der Leidensdruck ist relativ gering.

Bei Beginn der Behandlung fühlten sich nur 69 % der Patienten eindeutig alkoholabhängig, 31 % dagegen nicht. Nur 85 % strebten die Alkoholabstinenz an, 15 % sahen sie nicht als notwendiges Therapieziel und nur 60 % glaubten, eine Behandlung zu brauchen, um zufrieden suchtmittelfrei leben zu können.

So kommen die Patienten sehr häufig fremdmotiviert in die Behandlung, meist auf Drängen ihrer Angehörigen, seltener werden sie von ihrem Hausarzt oder ihrem Arbeitgeber geschickt, wenn die Krankheitsfolgen ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit bereits erheblich beeinträchtigen. Sie haben oft schon schwerwiegende körperliche Folgeschäden, Organschädigungen, in Testverfahren deutlich messbare Beeinträchtigungen der Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen, Polyneuropathien, sie leiden häufig unter psychischen Folgeschäden wie Depressivität bis hin zu Suizidversuchen.

Auch die sozialen Folgeschäden der Suchterkrankung sind bei den alkoholkranken Aussiedlern besonders gravierend. Etwa doppelt so oft wie bei unseren deutschen Patienten ist Arbeitslosigkeit eingetreten. 46 % sind arbeitslos, davon 60 % mehr als 3 Jahre lang. Auch die Wohnverhältnisse sahen bei Aufnahme deutlich ungünstig aus, nur 62 % verfügten über eine eigene Wohnung, 25 % waren ohne Wohnung bzw. ohne festen Wohnsitz. Die Patienten waren allerdings seltener als Deutsche verschuldet, dafür deutlich häufiger delinquent.

Obwohl die Suchterkrankung bei den Aussiedlern zu massiven gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen geführt hat, blieben sie unserem Suchthilfesystem gegenüber reserviert. Wir haben keine Patienten in die Rehabilitation aufgenommen, die den klassischen Weg über die Suchtberatungsstelle mit einer Motivierungsphase durch die qualifizierte Entgiftung in die Rehabilitation gegangen sind. Die Patienten kamen ausnahmslos aus der qualifizierten Entzugsbehandlung unserer Klinik oder aus der stationären Behandlung anderer Krankenhäuser. Die Sprachprobleme sind sicherlich der wesentliche Grund, das Beratungssystem kaum zu nutzen, aber auch die Kenntnisse und Erfahrungen mit den Suchttherapien im Heimatland dürften einen massiven Motivationshinderungsgrund darstellen.

Wenn die Suchtkranken sich dann doch zu einer Behandlung entschlossen haben, äußern sie häufig die Hoffnung, sie könnten geheilt werden, wenn sie sich passiv der ärztlichen medikamentösen Therapie anvertrauen würden. Sie erwarten, dass sie durch Antabus-Implantation abstinent bleiben könnten oder durch Spritzen wieder kontrolliert trinken könnten. Sie vermeiden es zu Beginn der Behandlung häufig deutlich, Verantwortung für ihre Lebensentwicklung und den Suchtprozess zu übernehmen und aktiv den Veränderungsprozess und die neue Lebensgestaltung in Angriff zu nehmen.

Ein erfolgsversprechendes Behandlungsangebot muss auf diese Besonderheiten der Suchtkranken aus Polen und den GUS-Staaten abgestimmt sein.

Das Therapieziel muss auch bei dieser Patientengruppe die Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit auf der Grundlage einer dauerhaften

abstinenten Lebensführung sein. Dabei hat die Entwicklung eines angemessenen Krankheitsverständnisses und einer entsprechenden Einstellungs- und Verhaltensänderung besondere Bedeutung. Ebenfalls muss der sozialtherapeutischen Unterstützung bei der Überwindung der Integrationsdefizite und bei der Vorbereitung auf die berufliche Wiedereingliederung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Auch die Sprachprobleme müssen unbedingt vermindert werden.

Im Einzelnen bedeutet dies, dass die Patienten sehr intensiv über ihre Suchterkrankung, den Suchtprozess und den Zusammenhang zwischen der persönlichen Lebensführung und ihrer Krankheitsentwicklung informiert werden müssen. Sie müssen sehr stringent dazu angeleitet werden, ihr eigenes Trinkverhalten kritisch zu reflektieren und sich von den Trinknormen ihres Heimatlandes und ihrer sozialen Bezugsgruppe zu lösen. Die Verbesserung der Introspektionsfähigkeit ist bei all dem unverzichtbar und sollte die Akzeptierung der eigenen Person mit ihren Stärken und Schwächen zum Ziel haben und die Patienten zu einer neuen Identitätsfindung ermutigen.

Damit muss die Entwicklung eines adäquaten Verhaltensrepertoires einerseits in Einklang mit der eigenen Persönlichkeit stehen, andererseits aber auch den Erfordernissen der neuen sozialen Umgebung entsprechen. Dies würde automatisch eine Verbesserung der Problemlösefähigkeit und der Konfliktregulation beinhalten. Auch die Fähigkeit zu selbstständiger eigenverantwortlicher Lebensführung würde auf diese Weise gefördert.

Bei der Zusammensetzung des Behandlungsteams wurde der speziellen Problematik der Aussiedler besonders Rechnung getragen. Das multikulturel-

le Team besteht aus einem russisch sprechenden Arzt, einer polnisch und russisch sprechenden Diplom-Pädagogin, examinierten Krankenpflegekräften, die alle ihr eigenes Migrationschicksal erfolgreich bewältigt haben. Außerdem gehört zu dem Team eine deutsche Krankenschwester mit der Zusatzqualifikation zur Suchtkrankenpflege und zur verhaltenstherapeutischen Co-Therapeutin. Um die berufliche und soziale Eingliederung kümmert sich ein Sozialpädagoge in enger Kooperation mit unserer Abteilung für Ergotherapie und Reha-Erprobung. Ein Lehrer erteilt täglich Deutschunterricht. Übergeordnete Maßnahmen der Ergo- und Bewegungstherapie und das psychotherapeutische Integrationsprogramm wird auch diesen Patienten von den übrigen Therapeuten der Sucht-Rehabilitation Stillenberg angeboten.

Die offizielle Therapiesprache ist deutsch, das Behandlungsprogramm kann aber parallel in russisch und polnisch angeboten werden. Die Mitarbeiter des Teams können ihre eigenen Erfahrungen mit der Einwanderung einbringen und verfügen über ein besonders gutes Verständnis für die spezielle Problematik ihrer Patienten.

Die Behandlungsstation ist in einem eigenen Gebäude mit 18 Behandlungsplätzen eingerichtet worden. Es sind in dem Haus entsprechende Räumlichkeiten für die Durchführung der Therapien und für die Freizeitgestaltung vorhanden.

Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 16 Wochen. Häufig werden aber aufgrund der besonderen sozialen Schwierigkeiten, aber auch wegen der Chronifizierung der Behandlungsverläufe, Behandlungsverlängerungen von bis zu 6 Monaten vorgenommen. Möglichkeiten ambulanter, teilstationärer oder adaptiver Behandlungen werden von dieser Klientel seltener genutzt.

Das Therapieprogramm basiert auf einem Standardprogramm, das auf dieser Station besondere aussiedlerspezifische Angebote umfasst und wird durch ein spezielles psychotherapeutischen Indikationsprogramm ergänzt.

Zum Standardtherapieprogramm gehören

- intensive medizinische, psychologische und soziale Diagnostik,
- sprach- und kulturfreie Verfahren finden Anwendung, spezielle Fragebögen wurden ins Russische und Polnische übersetzt.
- Die Informationsgruppe vermittelt Kenntnisse über die Suchterkrankung und vertieft differenziert die Krankheitseinsicht.
- Die Sozial-Info klärt die Patienten über die sozialrechtliche Situation auf und informiert besonders über die Hilfen zu ihrer beruflichen Integration.
- Einzel- und Gruppengesprächspsychotherapie stellen die Behandlungsschwerpunkte dar.
- Die systemische Familientherapie verlangt bei dieser Klientel eine besonders starke Einbeziehung der Angehörigen.
- Der Sprachkurs verbessert die Deutschkenntnisse und kann in der 2. Behandlungshälfte täglich besucht werden.
- In der Ergotherapie haben Reha-Erprobung und Arbeitstraining ihren Schwerpunkt, ebenso die berufliche Wiedereingliederung. Die Ergotherapie wird durch eine spezielle Gruppentherapie zur Förderung der sozialen und beruflichen Eingliederung begleitet.

Neben diesem Standardtherapieprogramm können die Patienten den übergeordneten Indikationsmaßnahmen zugewiesen werden, zum Beispiel dem Hirnleistungstraining, Selbstsicherheitstraining, dem Rückfallpräventionstraining, dem Problemlösetraining, dem Entspannungstraining und anderen.

Therapieplan Aussiedler 1. Phase							
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
6.15	Wecken	Wecken	Wecken	Wecken	Wecken		
6.20	Frühspport	Frühspport	Frühspport	Frühspport	Frühspport		
6.45	Du/Ankl. u. Zi. aufräumen	Du/Ankl. u. Zi. aufräumen	Du/Ankl. u. Zi. aufräumen	Du/Ankl. u. Zi. aufräumen	Du/Ankl. u. Zi. aufräumen		
	med.-pfleg. Versorgung	med.-pfleg. Versorgung	med.-pfleg. Versorgung	med.-pfleg. Versorgung	med.-pfleg. Versorgung	med.-pfleg. Versorgung	med.-pfleg. Versorgung
7.00	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
7.30	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde
8.00	mehrsprachige Info-Sucht	mehrsprachige Info-Sucht	mehrsprachige Info-Sucht	mehrsprachige Info-Sucht	mehrsprachige Info-Sucht	mehrsprachige Info-Sucht	Spaziergang
	Spaziergang	Spaziergang	Spaziergang	Spaziergang	Spaziergang	Spaziergang	Spaziergang
10.30	Sozialkunde Info	Sozialkunde Info	Sozialkunde Info	Sozialsprechstunde	Sozialsprechstunde		Angehbesuche in der Klinik
	Einzelgespräch/Diagnose	HLT			HLT		med.-pfleg. Versorgung
12.00	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
14.00	Gruppentherapie	Team mit Patienten/Fallbesprechung	Gruppentherapie	Beschäftigungstherapie	Stationsversammlung Einkauf	Möglichkeit der Freizeitgestalt. in einer Gruppe	Möglichkeit der Freizeitgestalt. in einer Gruppe
14.30	Einzelgespräche	Leichtsport	Einzelgespräche	Schwimmen	Klinikparlament	Angehörigengespräche	Angehörigengespräche
16.30	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen
18.00	Patintenversammlung	Spielerabend	Selbsthilfegruppe	freies Werken	gemeinsamer Ausgang Kino, Disco etc.	Gespräche	Gespräche
18.30							
19.00							

Therapieplan Aussiedler 2. + 3. Phase

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
6.15	Wecken Frühspport Du/Ankl. u. Zi. aufräumen	Wecken Frühspport Du/Ankl. u. Zi. aufräumen	Wecken Frühspport Du/Ankl. u. Zi. aufräumen	Wecken Frühspport Du/Ankl. u. Zi. aufräumen	Wecken Frühspport Du/Ankl. u. Zi. aufräumen		
6.20							
6.45							
7.00	med.-pfleg. Ver- sorgung	med.-pfleg. Ver- sorgung	med.-pfleg. Ver- sorgung	med.-pfleg. Ver- sorgung	med.-pfleg. Ver- sorgung	med.-pfleg. Ver- sorgung	med.-pfleg. Ver- sorgung
7.30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
8.00	Morgenrunde Deutsch/ Arbeitstherapie	Morgenrunde Deutsch/ Arbeitstherapie	Morgenrunde Deutsch/ Arbeitstherapie	Morgenrunde Deutsch/ Arbeitstherapie	Morgenrunde Deutsch/ Arbeitstherapie	Morgenrunde Hausputz Spaziergang Einkauf	Morgenrunde Spaziergang Angeh. Besuche/ Gespräche i.d. Klinik
10.30	Familienberatung	Sozialtraining	Visite	Sozialtraining	Sozialtraining		
	Med.-pfleg. Vers.	Med.-pfleg. Vers.	Med.-pfleg. Vers.	Med.-pfleg. Vers.	Med.-pfleg. Vers.	Med.-pfleg. Vers.	Med.-pfleg. Vers.
12.00	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
14.00	Gruppentherapie	Team mit Patien- ten/Failbespre- chung	Gruppentherapie	Beschäftigungs- therapie	Stationsversammlung	Möglichkeit der Freizeitgestalt. in einer Gruppe	Möglichkeit der Freizeitgestalt. in einer Gruppe
14.30	Freizeitgruppe/ Lernenskundl. Training	Vollspport	Freizeitsport	Schwimmen	Lebenskundl. Training	Wandern, Kegeln Minitgolf, Veran.	Angehörigenge- spräche
16.30	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen	Med.-pfleg. Vers. Abendessen
18.00	Patintenver- sammlung	Spielenabend	Selbsthilfegruppe	freies Werken	gemeinsamer Ausgang Kino, Disco etc.	Gespräche	Gespräche
18.30							
19.00							

Die Behandlungsverläufe der Aussiedlerpatienten unterscheiden sich in der Sucht-Rehabilitation deutlich von denen der deutschen Patienten.

Insgesamt müssen wir von einer längeren Behandlungszeit ausgehen, da die Patienten häufig zu Beginn der Behandlung die Notwendigkeit zur aktiven Mitwirkung am Rehabilitationserfolg nicht recht einsehen. Auch die Abstinenz- und Veränderungsmotivation sind nur gering oder schwankend vorhanden. Zu Beginn der Behandlung erschwert und verzögert sich so der Prozess der Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeitsentwicklung und dem Krankheitsprozess. Die chronifizierte Krankheitsbilder verlangen häufig eine intensivere medizinische Behandlung und ein länger dauerndes Hirnleistungstraining.

Wegen der vermehrten sozialen Probleme benötigen sie in ihrer Behandlung auch besonders intensive Unterstützung für die berufliche Eingliederung und Rehabilitation. Auch die oft sehr massiven Sprachprobleme verzögern die therapeutische Entwicklung.

Häufig erleben wir, dass die Patienten nur in geringem Maße bereit sind, sich selbst zu explorieren und nur ein geringes Interesse haben, die eigene Individualität weiter zu entwickeln und zu entfalten. Sie zeigen Angst, wenn sie Vertrautes verlassen müssen und sich auf Neues und Fremdes einlassen sollen. Wir versuchen, dem zu begegnen, indem die therapeutische Atmosphäre der Station besonders familiär gestaltet wird, die therapeutischen Beziehungen besonders empathisch und vertrauensvoll. Der Tendenz zur Passivität und zur Vermeidung unangenehmer therapeutischer Schritte setzen wir ein hohes Maß an Transparenz über die Suchterkrankung, die

Behandlungsziele und stringentes Einfordern der Mitwirkung, zum Beispiel im Rahmen der systematischen Therapieplanung entgegen.

Die Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozess ist für uns eine Selbstverständlichkeit, kann aber häufig nicht entsprechend einer idealen therapeutischen Zielsetzung im Sinne der systemischen Familientherapie erfolgen. Sehr oft steht die Information für die Angehörigen über die Bedeutung der Suchterkrankung und die Einhaltung der Abstinenz im Vordergrund. Nicht selten müssen die Angehörigen dazu bewegt werden, die Abstinenznotwendigkeit zu verstehen und zu unterstützen.

Bei allem Bemühen erweist sich die therapeutische Entwicklung bei unseren Aussiedler-Patienten häufig nur als ein vordergründiger Anpassungsprozess an die Anforderungen und Anordnungen des therapeutischen Personals. Da auch die Abstinenzmotivation oft nicht eindeutig und labil ist, kommt es häufiger zu Rückfällen in der Therapie als bei deutschen Patienten. Die Betroffenen möchten dann allerdings eher in der Behandlung verbleiben. Häufiger als bei Deutschen beenden wir unsererseits die Rehabilitationsmaßnahme, weil die unzureichende Mitwirkung der Patienten die Erreichung des Rehabilitationsziel nicht erwarten lässt.

II. Das Behandlungsergebnis

Wir unterziehen alle Patienten einer eingehenden Prä-Post-Testuntersuchung mit reliablen und validen Ver-

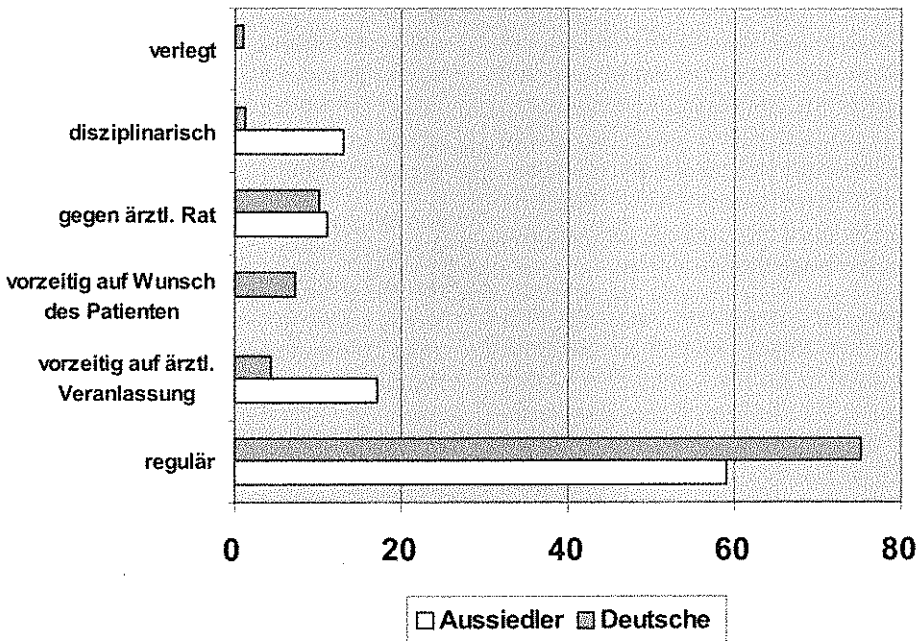
fahren. Allerdings haben wir nur Einzelauswertungen vorgenommen, deren Ergebnisse wir den Patienten vor der Entlassung mitteilen.

Hier können wir nur sehr verallgemeinert berichten, dass sich bezüglich der toxisch bedingten kognitiven Beeinträchtigungen sehr gute, deutlich signifikante Veränderungen während der

Therapie durch das Hirnleistungstraining unter Abstinenzbedingungen nachweisen lassen.

Die Leistungsträger messen den Behandlungserfolg an der Quote regulärer Entlassungen. Da schneiden die Aussiedler allerdings eindeutig schlechter ab als unsere deutschen Patienten.

Entlassungsform (in %)



	regulär	vorzeitig auf ärztl. Veranlassung	vorzeitig auf Wunsch des Patienten	gegen ärztl. Rat	disziplinarisch	verlegt
Aussiedler	59%	17%	0%	11%	13%	0%
Deutsche	75,10%	4,40%	7,30%	10,10%	1,10%	0,90%

Die subjektive Beurteilung des Behandlungserfolges untersuchten wir mit einem SEDOS-kompatiblen, weiterentwickelten Fragebogen in unserer katamnestischen Untersuchung. Die Ergebnisse aus dem Jahre 1999 basieren auf einer Stichprobengröße von

69 Patienten und einer Rücklaufquote von 45 %. Sie zeigte, dass die Patienten die Entwöhnungsbehandlung in 96 % der Fälle als sehr hilfreich bzw. hilfreich in der Bewältigung ihrer Suchtprobleme erlebten, 4 % dagegen nicht.

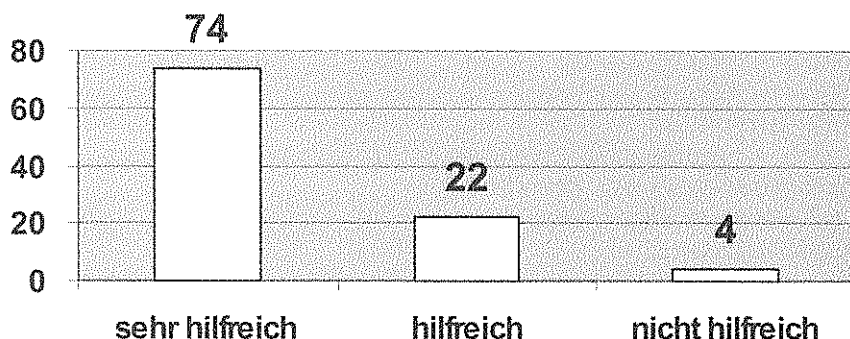
Subjektiver Behandlungserfolg

(Halbjahres-Katamnese 1999)

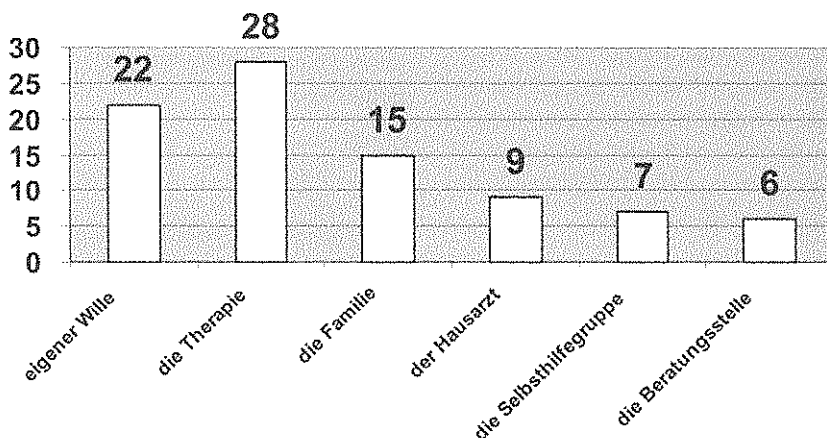
Die Auswirkungen der Behandlung auf das Suchtproblem spiegelt sich besonders in der Abstinenzmotivation und in der Abstinenzfähigkeit wider. Nach der Entlassung beabsichtigten

77 % der Patienten keinen Alkohol mehr zu trinken. Nach $\frac{1}{2}$ Jahr waren dazu noch 71 % in der Lage. 15 % wollten nur bei besonderen Gelegenheiten trinken. Das taten dann aber nach $\frac{1}{2}$ Jahr 21 %. Das kontrollierte Trinken wollten 8 % versuchen, was ihnen jedoch auf Dauer nicht gelungen zu sein scheint.

Behandlung hilfreich bei der Bewältigung des Suchtproblems (in %)



Was hat geholfen, das eigene Ziel zu erreichen (in %)



Subjektiver Behandlungserfolg

(Halbjahres-Katamnese 1999)

	Abstinenzmotivation	Abstinenzfähigkeit
gar nichts mehr trinken	77 %	71 %
selten trinken	15 %	21 %
kontrolliert trinken	8 %	4 %
weiter Trinken wie zuvor	0 %	4 %

Darüber hinaus meinten die Patienten in dieser Untersuchung, dass die Behandlung ihnen in 92 % der Fälle sehr stark bzw. eindeutig dabei geholfen habe, in ihrem Leben besser zurechtzukommen. In mehr als 80 % der Fälle berichteten die Patienten, dass sich ihr körperlicher Zustand durch die Behandlung sehr wesentlich bzw. gut gebessert habe, ebenso ihr seelisches Befinden.

Bezüglich der sozialen Situation nach der Therapie ergab diese Befragung einige interessante Befunde. 1/2 Jahr nach der Behandlung waren fast genauso viele Patienten arbeitslos wie zuvor. Auch bezüglich des Niveaus der Beschäftigungen ergaben sich keine wesentlichen Veränderungen. Eine günstige Entwicklung war jedoch bei der Art der Einkünfte zu beobachten. Ein deutlich geringerer Teil war auf Sozialhilfe angewiesen, ein größerer Teil lebte von der eigenen Erwerbstätigkeit, obwohl sich der Bezug von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe nicht signifikanter veränderte.

Hier verlief die Entwicklung der Aussiedler-Patienten signifikant ungünstiger als die der deutschen Patienten, die zu einem weit größeren Teil die berufliche Wiedereingliederung nach der Behandlung schafften.

Die Wohnsituation der Aussiedler-Patienten verbesserte sich jedoch signifikant. Über 10 % der zuvor alleinlebenden Patienten gelang es, sich wieder ihrer Familie oder Partnern anzuschließen. Auch ein größerer Teil der ursprünglich Wohnungslosen lebt jetzt in einer eigenen Wohnung.

Die Integration in die deutsche Gesellschaft meinten 88 % der Befragten nach der Behandlung erfolgreich vorangetrieben zu haben (gegenüber 50 % vor der Behandlung). Ebenso positiv wurde die Entwicklung der sprachlichen Fähigkeiten durch die Behandlung bewertet.

Im Übrigen konnten wir sehr erfreut feststellen, dass die Patienten in einem sehr hohen Maße mit unserer Behandlung zufrieden waren und besonders die therapeutischen, pflegerischen und ärztlichen Leistungen anerkannten.

Mit den einzelnen Elementen der Therapie waren 80 % der Patienten sehr zufrieden, 19 % durchaus zufrieden und nur 1 % kritisierte einige Aspekte der Behandlung. Besonders interessant war die Bewertung des muttersprachlichen Therapieangebotes durch die Patienten. 92 % der Patienten erlebten die Mehrsprachigkeit in der Therapie als hilfreich, 8 % schrieben

dem geringere Bedeutung zu. Nur 22 % der Befragten wären auch mit einer deutschsprachigen Behandlung genauso zufrieden gewesen.

III. Schlussbemerkungen

Im Vorfeld der Errichtung dieses speziellen Therapieangebotes wurde sehr kontrovers diskutiert, ob eine Behandlung in der Gemeinschaft von Aussiedlern in ihrer Muttersprache nicht ihre Integration in die deutsche Gesellschaft behindern würde und zu einer Getto-Bildung führen könne. Es wurde befürchtet, dass damit der gesamte Therapieeffekt deutlich geschmälert werden könnte.

Die besonderen Problemschwerpunkte dieser Patientengruppe verlangen nach einem besonderen Therapieansatz. Nach unseren jetzt mehrjährigen Erfahrungen mit diesem Therapieangebot möchten wir diese Notwendigkeit ganz deutlich unterstreichen. Auch die Aussagen der von uns befragten Patienten zur Bedeutung der Muttersprache in der Therapie sind von uns von besonderem Gewicht. Die überraschend hohe Akzeptanz dieser Behandlungsform und das geringe Interesse an der Therapie in deutscher Sprache, zusammen mit deutschen Suchtkranken, bestätigt uns vielmehr sehr deutlich, dass wir hier den richtigen Weg gegangen sind. Diese Aussagen decken sich auch mit der immer noch wachsenden Nachfrage nach unserer Aussiedler-Behandlung.

Den nach wie vor deutlichen Problemen, die suchtkranken Aussiedler in

das Berufsleben zu integrieren, versuchten wir mit dem Einsatz eines besonders in der beruflichen Förderung erfahrenen Sozialpädagogen zu begegnen und eine engere Kooperation mit den Trägern und Anbietern beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen zu intensivieren. Welche Erfolge dieser Ansatz zeigt, werden wir jedoch erst in späteren Untersuchungen belegen können.

Nach unseren jetzt insgesamt 4-jährigen Erfahrungen sind wir überzeugt davon, dass eine spezielle Sucht-Rehabilitation für Aussiedler eine große Akzeptanz findet und eine gute Effizienz zeigt.

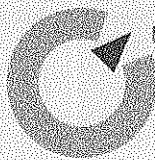
Ich habe hier heute versucht, Ihnen unsere Erfahrungen mit der stationären Rehabilitation alkohol- und medikamentenabhängiger Aussiedler anschaulich zu vermitteln. Ich denke, manches wird auch auf die ambulante Arbeit zu übertragen sein.

Ich hoffe aber, dass ich Sie durch das Aufzeigen der Schwierigkeiten nicht entmutigt habe. Wir erleben es auf jeden Fall als sehr lohnend, sich dieser Herausforderung zu stellen, vor allem, weil wir uns durch die Erfahrungen im Umgang mit diesen Menschen, durch die Kenntnis ihrer Schicksals- und Lebensgeschichten und durch das Kennenlernen anderer soziokultureller Zusammenhänge, aber vor allem auch durch den Kontakt mit ihrer ganz besonderen Mentalität, bereichert fühlen.

Ich wünsche Ihnen für Ihre Arbeit mit Aussiedlern viel Zuversicht und vor allem Erfolg.

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



KOORDINATIONSSTELLE

Sucht Fragen Sie uns
doch einfach.