

Flucht – Trauma – Sucht

Was erwartet die Suchthilfe?

33. Jahrestagung der
LWL-Koordinationsstelle Sucht

25. November 2015
Münster

Forum Sucht Band 48 ISSN 0942-2382

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
48133 Münster
www.lwl-ks.de

Redaktion: Doris Sarrazin, LWL-Koordinationsstelle Sucht
Layout: Sabine Reimann, Druckerei Kettler
Titelbild: Jörg Körner, LWL-Koordinationsstelle Sucht
Druck: Druckerei Kettler, Bönen

1. Auflage: 2.500

ISSN 0942-2382

Münster 2016

Hinweis für die Zitierer der Veröffentlichung:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (2016).

Flucht – Trauma – Sucht. Was erwartet die Suchthilfe? *Forum Sucht Band 48*. Münster: LWL.

Münster: Forum Sucht Band 48

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Tel.: +49 251 591-3267

Fax: +49 251 591-5484

E-Mail: kswl@lwl.org

Flucht – Trauma – Sucht

Was erwartet die Suchthilfe?

33. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Neue Flüchtlingsaufkommen in NRW, neue Aufgaben und Kooperationen für die Suchthilfe? Eike Leidgens	7
„Flucht-Trauma-Sucht“ Ein internationaler Blick auf die Situation – Erfahrungen und Good Practices Dr. Verena Ertl	23
Flüchtlinge mit Suchtproblemen – Rechtsansprüche, Finanzierung, Hilfen Volker Maria Hügel	35
Diversity Training – Kultursensible Arbeit in der Suchthilfe Mathias Speich	49
„Wir fangen nicht von vorne an...“ Erfahrungen zur Suchtprävention mit Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Migranten Doris Sarrazin, Dieter E. Hauck	55
„Pack dein Leben zusammen!“ – eine Flucht spürbar erfahren – der missio-Truck Frank Schulte-Derne	67
 Anhang	
<i>Leitlinien zur Suchtprävention mit Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern</i> Ein Ergebnis aus dem EU-Projekt „search“ Roland Lutz	71
<i>Erläuterung der Bilderserie „Wohnkonzept Flüchtlingsunterkünfte der Stadt Münster“</i> Martin Albermann	107

„Flucht – Trauma – Sucht“ – Was erwartet die Suchthilfe?

Mit diesem Thema beschäftigte sich die 33. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht. Krieg, Diskriminierung, Gewalt und Verfolgung sowie wirtschaftliche und soziale Perspektivlosigkeit führen dazu, dass sich immer mehr Menschen auf eine oft lebensbedrohliche Flucht begeben. Vor allem aus den Krisenregionen in Afrika und dem Nahen Osten versuchen viele über das Mittelmeer nach Europa zu gelangen – oft verlieren sie dabei ihr Leben. 2010 kamen noch rund 10.000 Menschen auf der Flucht über das Mittelmeer nach Europa, 2014 waren es bereits 218.000 und 2015 kamen 1,1 Millionen in Deutschland an. Für 2016 rechnet die EU-Grenzschutzagentur Frontex mit einer ähnlich hohen Zahl.

Nach der Flucht ist das Erlebte für viele nur schwer zu verarbeiten. Traumatische Erlebnisse in der Heimat und auf der Flucht, der Verlust der Familie, von Freunden, allem Vertrauten sowie eine ungewisse Zukunft in einem fremden Land, eine fremde Sprache und Kultur müssen bewältigt werden.

Der Zusammenhang zwischen einer Traumatisierung und einer Suchterkrankung ist lange bekannt. Aber was passiert bei mehrfacher Traumatisierung? Die Erfahrung in der Arbeit mit Flüchtlingen zeigt, dass die besonders belastende Lebenssituation dieser Menschen auch eine Suchterkrankung fördern kann. Unsere Erfahrungen aus EU-Projekten weisen darauf hin, dass besonders junge Männer, die ihr Land ohne ihre Familie verlassen mussten, gefährdet sind.

Das professionelle Suchthilfesystem steht im Umgang mit Flüchtlingen vor besonderen Herausforderungen: Sprachbarrieren, ein kulturell bedingt unterschiedliches Krankheitsverständnis, ein für die Betroffenen unbekanntes, komplexes Gesundheitssystem und viele existenzielle Probleme überlagern Suchtprobleme und erschweren effektive Hilfe. Schon aus Flüchtlingslagern mehren sich Hinweise, dass bereits dort Drogen konsumiert werden.

Wie kann die Suchthilfe in diesen Fällen helfen? Wie können Betroffene erreicht werden? Wie können die Helferinnen und Helfer, die täglich mit Flüchtlingen arbeiten, unterstützt werden? Welche Rechtsansprüche bestehen während eines Asylverfahrens? Was können und sollen Suchthilfeeinrichtungen tun?

Auf der Fachtagung wurde das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven in den Blick genommen und Impulse für die Arbeit vor Ort gegeben. Eine ergänzende Erfahrung bot der missio-Truck, der mit seiner Ausstellung für die Ausnahmesituation Flucht sensibilisierte. Eine Fotoausstellung zur Wohnsituation von Flüchtlingen in der Stadt Münster rundete die Tagung ab.

Neben den einführenden Fachvorträgen enthält dieser Band der Reihe Forum Sucht auch die Praxishinweise, die in den verschiedenen Arbeitsgruppen gegeben wurden.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und viele Impulse für Ihre Arbeit!



Birgit Westers
Landesrätin
LWL-Landesjugendamt,
Schulen und Koordinationsstelle Sucht



Doris Sarrazin
LWL-Koordinationsstelle Sucht



Neue Flüchtlingsaufkommen in NRW, neue Aufgaben und Kooperationen für die Suchthilfe?

Eike Leidgens

Psychologische Beratung, Therapiezentrum für Überlebende von Folter
und Krieg, Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V., Bochum

Ich bin eingeladen worden, um einen Überblick darüber zu geben, was auf die Hilfesysteme und die Suchthilfe im speziellen in NRW zu kommen könnte. Dabei sollten auch die unterschiedlichen Kooperationsmöglichkeiten beachtet werden, oder wo wir uns aus der Flüchtlingshilfe Kooperationsmöglichkeiten wünschen. Die Themen „Flucht“, „Sucht“ und „Trauma“ sind im Einzelnen alle sehr umfangreiche, sehr komplexe Themen. Wenn wir sie verbinden mit dem politischen System in Deutschland und den daraus resultierenden Arbeitsauftrag für uns in der Arbeit mit Flüchtlingen, dann wird der Inhalt nicht weniger. An dieser Stelle kann der Einblick entsprechend nur grob sein. Wie sie bereits im Vorfeld gesehen haben, ist die Zahl der Flüchtlinge weltweit momentan so hoch wie nie, seit dem zweiten Weltkrieg. Im letzten Jahr waren es nach Daten des Flüchtlingshilfswerks UNHCR¹ knapp unter 60 Mio., und insgesamt weltweit sind es in diesem Jahr knapp über 60 Mio. Flüchtlinge. Wo bleiben alle diese Flüchtlinge? Wenn sie irgendwo alle zusammen wären, dann wäre das ein Land, welches unter den 30 größten Ländern der Erde zu finden wäre. Und die Flüchtenden sind ja nicht alle hier. Die Aufteilung, die auch in den Grafiken zu sehen ist, ist noch aus dem Jahr 2014. Dabei zeigt sich, dass der weitaus größte Teil der Flüchtlinge weltweit Binnenvertriebene sind. Das heißt Flüchtlinge im eigenen Land, welche gar nicht ihre eigenen Landesgrenzen verlassen haben.

Ein weiterer großer Teil der Flüchtenden (ca. 20 Mio.) verlassen ihr Land und suchen Schutz außerhalb der eigenen Heimat. Dabei bleibt der weitaus größte Teil von diesen 20 Mio. in den Nachbarländern des Herkunftslandes. Weit über die Landesgrenzen hinaus geht nur ein sehr kleiner Teil der Flüchtenden und sucht Asyl oder Flüchtlingsschutz irgendwo weiter entfernt. Auch wenn das in der Politik oft vergessen wird, es gibt scheinbar sehr gute Gründe für Menschen nahe ihrer Heimat zu bleiben. Es besteht die Hoffnung bald zurückkehren zu können. Es gibt viel was an die Heimat bindet, das vergessen wir zu oft.

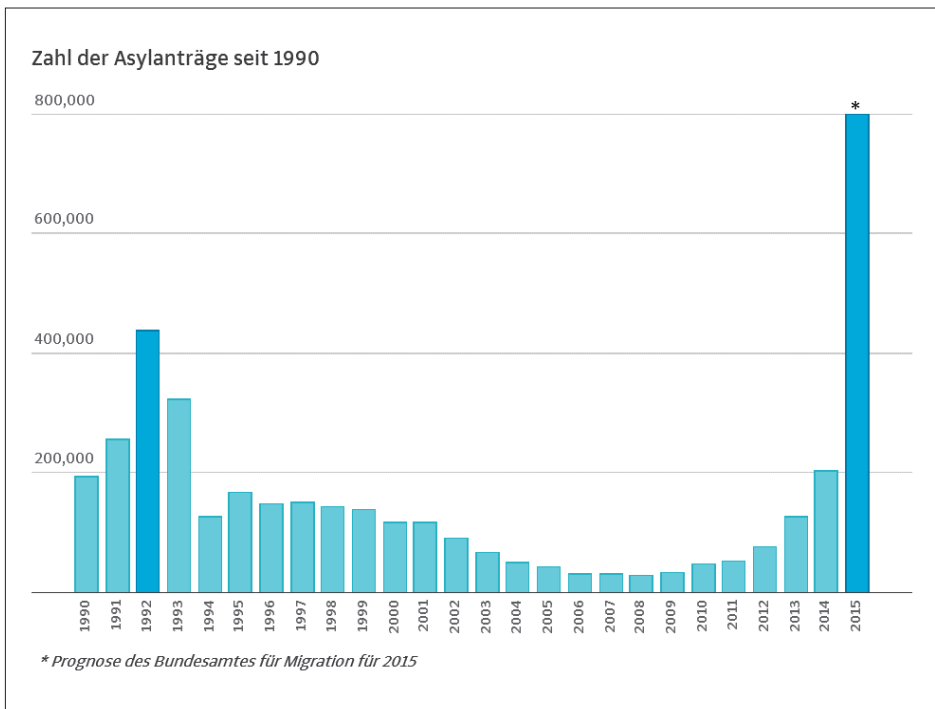
1 UNHCR = United Nations High Commissioner for Refugees

Nach den derzeit vorliegenden Zahlen verlassen ca. zwei Mio. Menschen ihre Heimat weit über mehrere Landesgrenzen hinaus. Davon einige auch Richtung Europa, und innerhalb von Europa relativ viele (in absoluten Zahlen) auch nach Deutschland. Wenn wir die Entwicklung in den letzten Jahren seit 1990 betrachten, dann gab es deutliche Schwankungen. Ein großer Anstieg wurde verzeichnet aufgrund der Jugoslawienkriege, anschließend sanken die Zahlen, was auch auf damalige Gesetzesänderungen zurückzuführen war, aktuell sehen wir selbstverständlich einen sehr großen Anstieg.

Wir erinnern uns, im Jahr 2014 wurde schon viel in den Medien berichtet. Befürchtet wurde, dass jetzt so viele kommen würden, dass wir es gar nicht mehr verkraften können. Wenn man die Befürchtungen mit der Realität vergleicht, dann sieht das allerdings relativ „mickrig“ aus, und ich glaube, wir haben das bisher ganz gut verkraften können. Ich habe auf jeden Fall nichts anderes gehört.

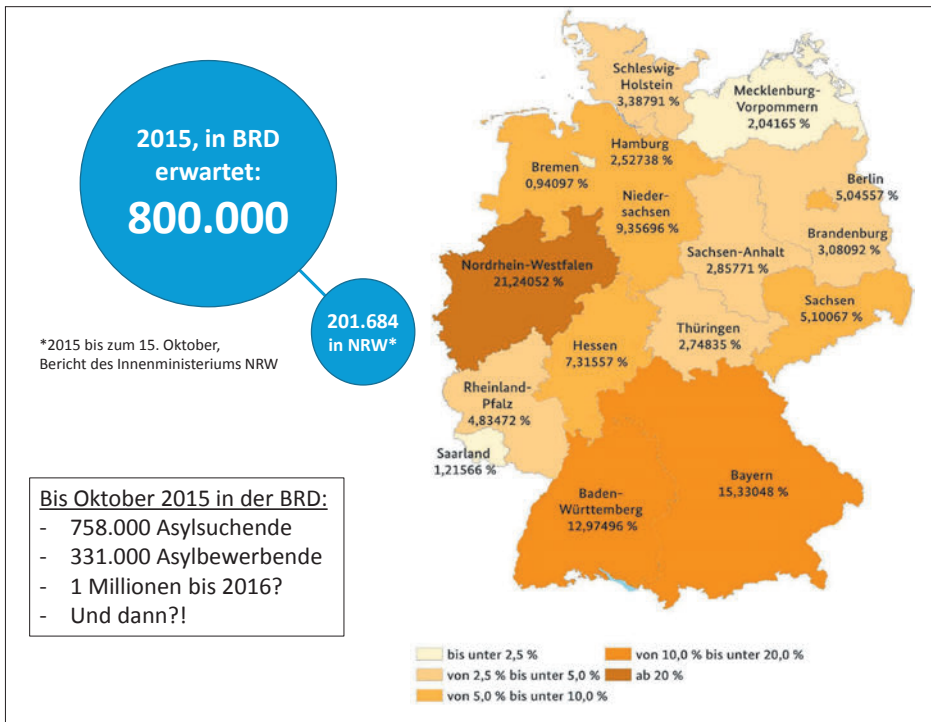
Die Prognose für 2015 mit 800.000 Asylbewerbern die nach Deutschland kommen, ist die aktuellste die das Bundesamt zum jetzigen Zeitpunkt gegeben hat und diese ist sicherlich relativ zutreffend gewesen. Wobei in der Prognose von Asylanträgen gesprochen wird, und da ist das Bundesamt nicht in der Lage, seine eigene Prognose zu erfüllen. Wir sehen, dass 800.000 Flüchtlinge in der Bundesrepublik erwartet werden, und bis Oktober 2015 ca. 758.000 Asylsuchende in Deutschland registriert worden sind. Das heißt, wir kommen der 800.000 schon ziemlich nahe. Trotzdem sind nur 331.000 Asylanträge darunter, was daran liegt, dass das Bundesamt nicht die Kapazitäten hat, die Asylanträge entgegen zu nehmen. Dementsprechend ist von den knapp 800.000 Menschen, ungefähr die Hälfte als Asylsuchende registriert. Das Bundesamt hat nach derzeitigem Stand nicht die Kapazität seine eigenen Prognosen bis Ende des Jahres zu erfüllen. Mittlerweile gehen einige Politiker oder Gruppen auch davon aus, dass wir bis Ende des Jahres mit ca. 1 Mio. Flüchtlingen in Deutschland zu rechnen haben. In vielen Jahren war es so, dass zum Winter hin die Zahl der Zugänge abgenommen hat, was sich bisher nicht für dieses Jahr zeigt – sicherlich auch aufgrund der Situation der syrischen Flüchtlinge in den Flüchtlingscamps.

Was wir sehen, ist die Aufteilung der Asylsuchenden auf die Bundesländer. Verteilt werden sie nach dem „Königsteiner Schlüssel“, welcher sich ermittelt nach den Bevölkerungs- und Wirtschaftszahlen einer Kommune. Und man sieht, da kommt auf NRW der größte Teil zu. Knapp über 21% der Asylbewerber werden NRW zugewiesen. Bis Oktober werden diese Werte in NRW erreicht. Dabei ist jetzt noch nicht klar, ob es bei den zu erwartenden 1 Mio. bleibt, ob die Zahl noch steigt oder nach unten korrigiert wird. Dann würde das für eine erneute Umverteilung sprechen, da NRW bisher mehr aufgenommen hat, als nach dem Schlüssel erforderlich ist.



Also ca. 1 Mio. könnten es bis Anfang 2016 sein und es sieht im Moment danach aus. Dabei muss man natürlich auch betrachten, dass diejenigen die als Asylsuchende registriert sind, nicht unbedingt hier bleiben wollen. Flüchtlinge möchten auch die Möglichkeit bekommen, in ein anderes Bundesland zu wechseln. Die teilweise unkontrollierte Flucht führte dazu, dass es zu Doppelregistrierungen gekommen ist, wenn sie z.B. über mehrere Bundesländer eingereist sind. Von daher ist es sehr schwierig, gute verlässliche Zahlen zu finden. Es wird sich wahrscheinlich erst im Laufe des nächsten Jahres zeigen, wie es wirklich aussieht. Allerdings, ob das jetzt 5000 mehr oder weniger sind, ich denke das ändert die Situation nicht wirklich.

Wie geht es 2016 weiter, wie 2017? Da können wir mal zusammen in die Kristallkugel schauen. Für diesen Blick bin ich heute auch mit eingeladen worden, es ist aber auch etwas Kaffeesatzleserei dabei. Die Prognosen sind schwierig, da die Zahlen in der Zukunft von vielen Dingen abhängig sein werden: Der internationalen und europäischen Politik, von der deutschen Asylgesetzgebung und natürlich von den Konflikten, die es weltweit gibt. Um es aber mit den Worten vom UN-Flüchtlingskommissar zu sagen, „Flucht und Vertreibung hat im Aktuellen ein Ausmaß angenommen, wie es schon lange nicht mehr da war. Und auch die Maßnahmen die zur Bewältigung nötig wären, übersteigen das, was bisher da war. Es sieht nicht so aus, als wenn die internationale Gemein-



Quelle: © Vermessungsverwaltung der Länder und Bundesamt für Kartographie und Geodäsie 2013, eigene Bearbeitung BAMF.

schaft zukünftig besser in der Lage wäre als jetzt, zusammenzuarbeiten, um Kriege und Konflikte zu vermeiden oder schneller zu lösen, oder den Frieden zu sichern.“ Ich persönlich würde über seine Worte hinausgehen und eher davon ausgehen, dass die internationale Gemeinschaft in Zukunft eher dazu beitragen wird; dass es erneute Konflikte geben wird; dass es auch aufgrund von nationalstaatlichen und wirtschaftlichen Interessen mehr dazu führen wird, dass die Zahl der Konflikte zunimmt. Auch unsere aktuelle Politik wird dazu beitragen, dass internationale Fluchtbewegungen zunehmen anstatt sie zu verringern, wenn sich nicht radikal ein Umdenken einstellt.

Wenn wir grob einen Überblick haben wollen, wo es weltweit Konflikte gibt, dann ist das nicht so einfach. Was uns hilft ist eine Karte, die angibt, wo es weltweit größere Fluchtbewegungen innerhalb einer Region gibt. Hier erkennen sie auch die internally displaced people, d. h. die Binnenvertriebenen. Wie ich schon erwähnte: Wenn es irgendwo einen Konflikt gibt auf der Welt, dann sind die meisten Fluchtbewegungen innerhalb des Landes. Die Zahlen sind von 2014, d.h. sie sind nicht unbedingt brandaktuell, aber geben einen relativ guten Überblick und einen Einblick in die Größe der verschiedenen Konflikte. Die

größeren Konflikte bestehen sicherlich im Irak und in Syrien. In Afrika bestehen Konflikte in der Region rund um Nigeria, Kongo und dem Sudan. Auf dem europäischen Kontinent ist weiterhin die Balkanregion hervorzuheben, z.B. in Bosnien-Herzegowina mit teilweise sehr vielen Binnenvertriebenen innerhalb des Landes. Da ist die Frage angebracht, wie sicher ein Herkunftsland ist, wenn mehrere hunderttausend Menschen auf der Flucht sind.

Wenn man jetzt einen aktuellen Bericht vom UN-Flüchtlingshilfswerk dazu zieht, sagt der noch mal ganz klar, dass in allen Regionen weltweit die Zahl der Flüchtlinge und Binnenvertriebenen steigt. Es sind meines Wissens über 30.000 Flüchtlinge, die pro Tag weltweit ihre Heimat verlassen und sich auf die Flucht begeben. In den letzten fünf Jahren sind mindestens 15 neue Konflikte ausgebrochen oder wieder aufgeflammt. Neu ist die Ukraine Krise, aber auch andere Konflikte die verstärkter aufgetreten sind. Auf der anderen Seite konnten nur wenige Krisen beigelegt werden. Insgesamt haben im letzten Jahr nur 126.000 Personen zurück in ihre Heimat gehen können. Alle anderen sind weiterhin in den Flüchtlingslagern oder irgendwo im Land unterwegs, vertrieben oder im Ausland. Wenn wir da entgegenstellen, dass im Jahr 126.000 Menschen in ihre Heimat zurückkehren konnten und jeden Tag über 30.000 Menschen ihre Heimat verlassen, dann kriegen wir vielleicht einen Einblick darin, was international in Zukunft zu erwarten ist.

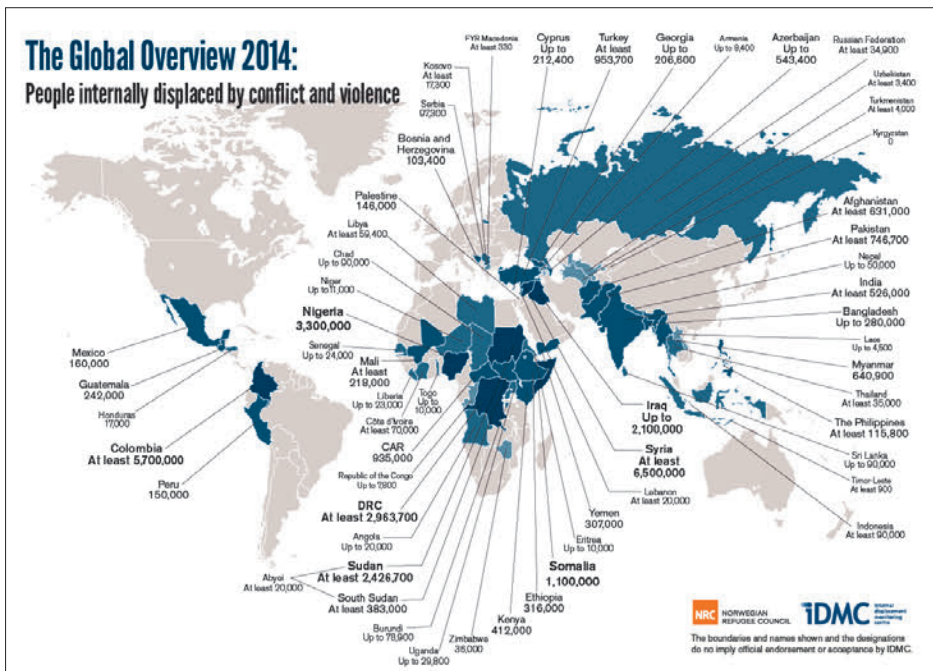
Auf den Grafiken ist zu erkennen, dass auch die Konflikte in Nigeria oder dem Sudan durchaus groß sind, von denen wir in Europa nicht viel mitbekommen. Auch kommen vergleichbar wenige Flüchtlinge hier an. Betrachtet man die Zahlen, wie sich die Flüchtlingspopulationen in Deutschland zusammensetzt, dann ergibt sich ein interessantes Bild. Anfänglich sehen wir weder Nigeria noch Sudan unter den Top 10 der Regionen aus den Flüchtlinge verzeichnet wurden. Ganz oben stand 2013 Serbien und mehrere andere Balkanländer, erst in 2014 ist es zu einem Umschwung gekommen. Das ist umso erstaunlicher, da sich auch die Zahlen der serbischen Flüchtlinge und die Zahl der Syrer auch proportional vergrößerten. Es gibt unterschiedliche Faktoren, warum sich nicht die internationalen Konflikte hier abbilden. Aufgrund der geografischen Nähe flüchten bei Konflikten in Mittel- und Nordamerika die meisten Menschen z.B. in die USA und aus den pazifischen Regionen eher nach Australien. Flüchtlinge in Europa kommen tendenziell aus dem nahen Osten, aus dem Kaukasus, dem Balkan oder dem nördlichen Afrika. Viele andere Faktoren spielen auch noch eine Rolle u.a. die finanziellen Mittel, die die Menschen zur Verfügung haben, um eine Flucht finanzieren zu können. Das ist sicherlich auch ein großer Grund dafür, dass die meisten Menschen innerhalb ihres Landes bleiben oder nur in die Nachbarregion gehen. Es sind hauptsächlich Flüchtlinge, die nicht über die finanziellen Ressourcen verfügen um mehrere Landesgrenzen zu überwinden. Schleuser,

Fluchthelfer und Reisebüros müssen bei einer Flucht über mehrere Landesgrenzen mit ihren entsprechenden Wegen und Kontrollen bezahlt werden. Auch wenn alle Bevölkerungsgruppen der syrischen Gesellschaft in Deutschland eintreffen, ist es überproportional die Gruppe, die sich eine Flucht leisten konnte. Einzelfälle, die es auch mit relativ wenig Kapital schaffen hier anzukommen gibt es auch, aber mit einem deutlich höheren Risiko auf ihrer Flucht.

An der Spitze der Flüchtlingsbewegungen sind aktuell syrische Staatsangehörige. Es gab auch einen sehr großen Zuwachs an albanischen und kosovarischen Staatsangehörigen, die in diesem Sommer gekommen sind. Bisher kann das noch niemand so ganz erklären, außer dass sie in ihren Herkunftsländern dauerhafter Perspektivlosigkeit ausgesetzt sind. Aber warum es ganz plötzlich diesen großen Anstieg gab, ist relativ unklar.

Die Flüchtlingszahlen schwanken aufgrund vieler Faktoren. Die Asylgesetze wurden weiter verschärft, es wurde Propaganda in den Herkunftsländern gemacht. Den Menschen wurde verdeutlicht, dass sie hier keine Zukunft haben würden. Nach aktuellem Stand spielen Albanien, der Kosovo und die anderen Balkanländer kaum noch eine Rolle. Die Hauptherkunftsländer sind jetzt Syrien, Afghanistan, Irak, Iran, Pakistan. Für uns ist aber nicht immer relevant wie das aktuelle Jahr aussieht, sondern die Flüchtlingspopulation im Ganzen. Und das ist eine Mischung aus allem, was ich Ihnen hier vorgestellt habe.

Was kommt also auf die Suchthilfe in NRW zu? Sicherlich keine menschliche Lawine, wie in manchen Medien suggeriert wird. Ich habe gesagt, dass bereits über 200.000 Menschen in NRW sind. Es wird viel von Lawinen, Tsunamis, Flut, Flutwellen usw. gesprochen. Ich weiß nicht, wie es Ihnen geht. Ich habe in meinem Alltag noch keine nassen Füße bekommen. Auch wenn in meiner direkten Nachbarschaft viele Leute untergebracht sind, ist das in der Regel nicht das, was sich bemerkbar macht. Wie ich bereits erläuterte gibt es sehr viele Dinge für Flüchtlinge, die wichtiger sind als eine Psycho-, Suchttherapie oder ähnliches. Deswegen ist meiner Meinung nach nicht mit einem lawinen- oder flutwellenartigen Anstieg zu rechnen. Weder für uns, noch für die Suchthilfe. Nebenher finde ich auch, dass Fluchtbewegungen und flüchtende Menschen keine Naturkatastrophen sind. Das suggeriert, dass es niemand verursacht hätte und dass es unkontrollierbar ist und nicht zu bewältigen sei. Ich denke nicht, dass es die Kapazitäten unserer Sozial- und Gesundheitssystem übersteigt. Bedauerlich ist, dass es weiterhin bei vielen Konflikten ganz klare konflikttreibende Parteien gibt und auch wir mit unserer Politik, sind da nicht immer ganz unschuldig.



Ich kann Ihnen aus der Suchthilfepolitik schwer sagen, wo Sie bereits gut aufgestellt sind, wo Sie eventuelle Defizite haben, was für Sie alt oder neu ist. Aber bei meinem letzten Besuch in dem LWL-Arbeitskreis Sucht und Migration habe ich schon mitbekommen, dass eigentlich die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund ein fester Bestandteil ihrer Arbeit ist. Interkulturelle Behandlungen, teilweise mit Zuhilfenahme von Übersetzern, und auch kombinierte Behandlung von Traumata und Sucht wird schon an vielen Stellen praktiziert und ist durchaus an der Tagesordnung. Somit bestehen auch Erfahrungen, gewonnen über viel Jahre mit den damaligen Gastarbeiterbewegungen, den Spätaussiedlern oder den Flüchtlingen aus der Balkanregion. Es wurde auch schon darauf hingewiesen, dass Programme speziell für Asylbewerber und Flüchtlinge entwickelt und evaluiert wurden.

Aber erschwerend ist sicherlich, dass in der aktuellen Population der Flüchtlinge ein erhöhter Grad an schweren traumatischen Erfahrungen und schwere Gewalterfahrungen vorherrscht, als es in den bisherigen Populationen mit Migrationshintergrund der Fall war. In kriegesischen Konflikten wie jetzt z.B. in Syrien oder in anderen Konflikten machen die Menschen übermäßige Gewalterfahrungen, die zu schweren Belastungsstörungen führen, so dass dieses auch später in einer Suchtbehandlung, Suchttherapie, Suchtprävention eine sehr große Rolle spielen wird.

Ich möchte Sie ein bisschen sensibilisieren, mit welchen Erfahrungen Flüchtlinge bei uns ankommen. Bei uns in Deutschland und bei uns im Hilfesystem. Dabei ist es nicht sehr hilfreich, wenn man alle zu sehr in eine Schublade „Flüchtlinge“ steckt. Syrien ist uns allen klar. Aufgrund der medialen Berichterstattung sehen wir einigermaßen, was in diesem Land passiert. Wir bekommen einen ungefähren Eindruck, was die Menschen vielleicht erlebt haben. Die mediale Berichterstattung ist allgegenwärtig. Gleichzeitig wird kommuniziert, dass Flüchtlinge aus dem Balkan allesamt in eine Schublade „wirtschaftliche Perspektivlosigkeit“ gesteckt werden. Doch auch die kommen zu uns in die Beratung und Therapie und haben traumatische Erfahrungen. Wir sehen und erleben sie in der Therapie. Viele vergessen dabei, dass auch die Balkanflüchtlinge vor nicht langer Zeit schwere kriegsähnliche Auseinandersetzungen erlebt haben. Wir wissen, dass auch 20 - 25 Jahre nach solchen Erfahrungen viele Klienten von uns noch sehr unter den Erfahrungen im Rahmen dieser kriegsähnlichen Auseinandersetzung leiden. Es kann ein großer Bestandteil in der Entstehung einer eventuellen Abhängigkeitserkrankung sein.

Kriegsflüchtlinge oder Nichtkriegsflüchtlinge, dass allein ist schon eine schwierige Unterscheidung. Hinzu kommen dann noch diejenigen mit schweren und weniger schweren Foltererfahrungen. Wird sich „nur“ auf Flüchtlinge aus Kriegsregionen bezogen, werden alle anderen wahrscheinlich als Wirtschaftsflüchtlinge eingestuft. Die einfache und pauschale Schlussfolgerung könnte sein, dass diese Flüchtlinge nicht so viel „Schlimmes“ erlebt haben. Vergessen wird dabei, dass in vielen Staaten auf der Welt, in denen die Zustände eher ruhiger sind, dies oftmals aufgrund eines sehr repressiven Systems und/oder einer Diktatur aufrecht erhalten wird. Auch und gerade hier verlassen Menschen ihr Land, um wo anders Schutz zu suchen. Und da haben wir aus allen Teilen der Welt Klienten mit verschiedenen Foltererfahrungen. Diese Konflikte tauchen nicht in der Tagesschau oder in sonstigen Medien auf. Wir haben beispielsweise ganz viele Folterüberlebende aus Guinea, Russland, der Türkei und auch aus dem Kosovo in unserer Beratungsstelle in Bochum. Staaten, die jetzt als sicheres Herkunftsland deklariert wurden.

Und dann gibt es immer noch die, die vielleicht in ihrem Herkunftsland keine traumatischen Erfahrungen gemacht haben, weder Krieg noch Folter erlebt haben, was es auch in Syrien geben kann. Nicht jeder Flüchtling, der aus Syrien kommt, hat massive Gewalt im Krieg erlebt. Einige haben sich auch vorher auf den Weg gemacht oder kommen aus relativ friedlichen Gegenden. Doch auch diejenigen, die aus wirtschaftlichen Interessen aufgebrochen sind, können auf der Flucht massive traumatische Erfahrungen gemacht haben. Unter anderem, weil wir unsere Grenzen sichern. Grenzsicherung heißt, wir schließen die Grenzen vor Menschen die nichts Böses wollen, die sich aber auch nicht

unbedingt aufhalten lassen wollen, auch von Gefahren nicht. Grenzsicherung heißt, wir können die Gefahren so hoch schrauben, dass die Leute sich überlegen, dort nicht mehr lang zu gehen. Sie suchen meistens einen anderen Weg. Grenzsicherung bedeutet im Endeffekt, viele Leute sterben, oder sie kommen doch rein. Das muss klar sein. Und wir haben viele Klienten, die mit schweren traumatischen Erfahrungen aufgrund der europäischen Abschottungspolitik kommen. Menschen aus Kamerun, der über Nordafrika über das Mittelmeer nach Deutschland kommen. Sie sind in Nordafrika mehrmals hintereinander eingesammelt worden. Sie wurden in die Wüste gefahren und dort ausgesetzt. Von dort mussten sie sich dann einen Weg wieder zurück in die nächste Stadt bahnen. Immer mit großen Gruppen, von denen maximal die Hälfte in der Stadt ankam. Jetzt muss man mit dem Finger nicht auf nordafrikanische Länder zeigen, sondern das ist genau das, was die europäische Politik forciert. Es ist die Zusammenarbeit mit Drittstaaten auf den Fluchtrouten, um Migranten davon abzuhalten, überhaupt erst an die EU-Grenzen zu kommen. Das Ganze ist mit unseren Steuergeldern im Prinzip finanziert. Erschreckend sind die Bilder aus dem Mittelmeer, die wir alle kennen.

Ein Klient von uns wurde von der spanischen Polizei schwer misshandelt, er hat dabei einen Finger verloren und ist einseitig erblindet. Sie wurden an der Grenze beschossen. Es gibt viele, viele Beispiele die zeigen, dass wir da sensibel sein müssen. Es gilt der Einzelfall und mit welchen spezifischen Fluchterfahrungen die Menschen auf uns zukommen. Politisch ist es vielleicht möglich, sichere und nicht sichere Herkunftsländer zu bestimmen, aus medizinisch-psychologischer Sichtweise geht das nicht. Das Problem besteht, dass viele, die ein schnelles Asylverfahren haben, eigentlich schwer krank sind und Hilfsleistungen bräuchten.

Wenn dann solche schweren traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit vorliegen, dann kann das zu einer Vielzahl von traumareaktiven Störungen führen. Wir gehen davon aus, dass 30-40% der Flüchtlinge unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Wobei unserer Meinung nach der Kreis der traumareaktiven Störungen noch wesentlich größer ist. Um nur einige zu nennen, natürlich die Suchterkrankung, eine Abhängigkeit oder Depressionen usw. die als Reaktion auf eine schwere traumatische Erfahrung entstehen können. Das wissen wir nicht nur von Flüchtlingen, sondern auch von Menschen, die hier vor Ort schwere Verluste erleiden, schwere Gewalt erfahren und in der Folge z.B. eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln. Und natürlich ist die Komorbidität, untereinander sehr hoch.

Was sind jetzt bei Flüchtlingen vor allen Dingen die spezifischen Einflussfaktoren, die zu einem Suchtverhalten führen und worauf muss sich die Suchthilfe bei der Flüchtlingspopulation, die nach NRW kommt, einstellen? Das kann ich Ihnen so genau gar nicht sagen, weil Sie die Expertinnen und Experten für Sucht sind. Aber ich kann vielleicht so ein paar Ideen geben, was gerade bei Flüchtlingen noch zu bedenken ist und eine Rolle spielt im Bezug darauf, was für Abhängigkeiten sie entwickeln. Ich kann auch leider keine Zahlen nennen, wie viel Prozent der Flüchtlinge hier aus den verschiedenen Populationen Abhängigkeitserkrankungen haben. Und ich denke, dass es auch eine schöne große Herausforderung für diejenigen, die das noch versuchen wollen in der nächsten Zeit zu erheben, weil es natürlich eine sehr große Heterogenität bei den Flüchtlingen gibt. Natürlich spielen die verschiedenen traumatischen Erfahrungen, die Schwere der traumatischen Erfahrungen, die Anzahl der traumatischen Erfahrungen eine große Rolle, ob es zu traumareaktiven Störungen oder auch einer Abhängigkeit kommt. Was sicherlich eine große Rolle spielt, sind auch Vorerkrankungen. Wir sehen das bei Flüchtlingspopulationen die aus Osteuropa kommen, aus Russland oder dem Kaukasus, die eventuell schon eine Suchtgeschichte mitbringen, sei es Medikamentenabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit oder ähnliches.

Wo wir gerade bei Menschen aus dem Osten sind. Wenn wir mal z.B. die Balkanflüchtlinge betrachten, sind diese in der Regel Roma, die hauptsächlich im Familienverbund gekommen sind. Da haben sie vermutlich in der Vergangenheit, je nachdem wie alt sie sind, die Kriege miterlebt oder wurden als Minderheit im Krieg massiv ausgebeutet. Wir haben sehr viele Zwangsrekrutierungen von Roma auf den verschiedenen Seiten, eingesetzt im Krieg für die erbärmlichsten, gewalttätigsten und grausamsten Arbeiten, die es zu verrichten gab. Familien, wo vermutlich der Vater den Krieg massiv selber erlebt hat, eventuell sogar gezwungen wurde auf einer der Seiten zu kämpfen, und mit massiven Problemen mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Das sehen wir immer wieder, grausame Geschichten, gerade bei Roma, aber auch bei anderen, die nicht mehr galten als Vieh. Sollte man nicht vergessen, was für traumatische Erfahrungen dann im Hintergrund sein können. Roma aus dem Balkan haben teilweise mit Vorerkrankungen zu tun. Wir erheben nicht immer dezidiert, ob Abhängigkeiten vorliegen, sondern nur wenn es uns irgendwie in der Behandlung unterkommt. Auffällig ist eine erhöhte Medikamentenabhängigkeit, und zwar Benzodiazepine und andere Sachen, die seit den Jugoslawienkriegen eingenommen werden. So sieht die Behandlung aus, die sie im Balkan bekommen können. Gerichte urteilen dann, wir können Roma abschieben, es kann eine (medikamentöse-) Behandlung im Balkan stattfinden. Das bedeutet ein massives Abhängig machen von Psychopharmaka und anderen Sachen. Auf der anderen Seite haben wir bei diesen Familien den Vorteil, dass sie im Familien-

verbund gekommen sind. Das heißt, sie haben ein gewisses soziales Netz mitgebracht, was sicherlich oft als Ressource zu betrachten ist. Das ist ein großer Vorteil zu anderen Fluchtgruppen.

Religion spielt eher eine untergeordnete Rolle, sowohl bei der Erkrankung als auch beim Suchtmittelkonsum. Aber auch der Balkan ist sehr vielfältig, mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen, auch ganz unterschiedlichen sozioökonomischen Statuten. Wir sehen, dass die Balkanflüchtlinge oftmals eher aus schlechten ökonomischen Situationen kommen. Das Alter ist sehr unterschiedlich in den Familien. Wir haben auch teilweise Kinder, die traumatische Erfahrungen mitgemacht haben.

Das Beispiel galt für die Balkanregion. Wenn wir nun Flüchtlinge aus dem Raum Syrien sehen, sind da sehr unterschiedliche Einflussfaktoren.

Traumatische Erfahrungen hatten wir schon, sie können Krieg erfahren haben, sehr grausam teilweise. Sie können aber auch gut weggekommen sein. Vorerkrankungen habe ich bisher selten mitbekommen. Das liegt denke ich daran, dass der Konflikt mehr oder weniger plötzlich aufgetreten ist. Die gesellschaftlichen Umstände waren vorher relativ gut. Die Prävalenz von Suchterkrankungen in Syrien ist relativ gering. Der Vorteil in dieser Population ist, dass die meisten nicht unbedingt aus armen Verhältnissen kommen. Auch wenn der Islam immer so verteufelt wird in der Migrationsdebatte, hier stellt er eine Ressource dar. Erstens, da dieser auch in der Traumatherapie als Ressource benutzt werden kann, zweitens aber auch für Abhängigkeitserkrankungen. Immerhin untersagt der Islam den strenggläubigen Moslimen Alkohol und andere Drogen, selbst wenn sie zu einer Risikogruppe gehören. Ich denke, da gibt es auch Erfahrungen mit den Gastarbeitern aus der Türkei. Im späteren Verlauf kommt es eher zu anderen Abhängigkeiten, beispielsweise einer Spielsucht.

Aber wir haben viele Moslems nicht nur aus dem nahen Osten, die zu uns kommen, auch aus dem Balkan. Nicht alle sehen Substanzkonsum genauso, wie jetzt ein Großteil der Syrer. Von daher muss man da auch genau hingucken und genau nachfragen. Also wieder so ein Problem mit den Schubladen.

Eine weitere Gruppe, mit der wir in Bochum arbeiten, sind unbegleitete minderjährige Flüchtlinge aus Westafrika. Wenn wir einen Suchtmittelkonsum mitbekommen, dann tritt er eher in Form von Cannabiskonsum in Erscheinung. In der Traumatherapie sehen wir das nicht unbedingt als störenden Suchtmittelkonsum an, da er auch teilweise einfach zur Selbstmedikation eingesetzt wird. Es stellt nicht so ein großes Problem dar wie beispielsweise ein massiver Alkoholkonsum. Wie gesagt, in verschiedenen Populationen spielen ganz viele

verschiedene Faktoren eine Rolle, was für eine Erkrankungen eventuell schon besteht oder sich entwickeln könnte.

Dann gibt es noch ein ganz großes anderes Problem, einen Einflussfaktor auf das Suchtverhalten. Es sind die Bedingungen, die wir den Flüchtlingen hier in Deutschland bieten. Aus meiner Sicht ist das einer der größten Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung bei Flüchtlingen und auch eines der größten Risiken.

Wenn Flüchtlinge ankommen, dann werden sie irgendwohin verteilt, manchmal gibt es die Chance zu Angehörigen zu gelangen. Teilweise gestaltet sich das aber auch sehr schwierig. Es ist auch kompliziert Angehörige, andere Freunde, Bekannte innerhalb Deutschlands oder Europas zu besuchen. Es fehlt somit ein soziales Netz, was präventiv wirken könnte. Die meisten Menschen sind eigentlich relativ gut in der Lage selbst präventiv zu handeln, um aus psychischen Belastungen heraus zu kommen oder sich davor zu bewahren. Aber unser System verhindert das vermutlich ungewollt gesetzlich und politisch. Ein stabiles soziales Netz kann so nicht entstehen, ein neuer Aufbau beispielsweise über die Integration in den Arbeitsmarkt wird erst einmal ausgeschlossen, die Unterbringungen sind teilweise katastrophal, erst recht in den Notunterkünften. Wenn die Flüchtlinge mit ihren traumatischen Erfahrungen alleine gelassen werden und dann auch nichts haben, was sie ablenkt, keine Beschäftigung, keine Tagesstruktur und sie in einer Unterbringung eingepfercht sind, dann ist eine Selbstmedikation mit Medikamenten oder Alkohol oder was auch immer, das Einzige was irgendwie bleibt.

Der unklare Aufenthaltsstatus ist ein ganz großer Punkt, der auch für uns eine große Rolle spielt. Teilweise werden Asylverfahren jetzt schneller bearbeitet, trotzdem dauert es noch zu lange. Die schnelle Bearbeitung einiger Gruppen geht auf Kosten der viel langsameren Bearbeitung von anderen Flüchtlingsgruppen. Und wenn man sich vorstellen muss, dass man über zwei, drei..., über Jahre hinweg nicht weiß, ob eine Person ein neues Leben anfangen kann, ob sie sich hier niederlassen darf, ob es sich lohnt sich zu integrieren, sondern immer mit einer Unsicherheit geplagt ist. Die Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen wird mit dieser Belastung schwerer zu bewältigen sein. Es ist ein großer Risikofaktor für riskantes Suchtverhalten und auch vieler andere Probleme. Nur wenige Flüchtlinge haben einen privilegierten Zugang zu Integrationskursen usw.

Ich denke, mit Migrationserfahrungen als Risikofaktor für Suchterkrankungen kennen Sie sich aus. Sie wissen, dass es teilweise auch erst in der zweiten oder dritten Generation zu großen Konflikten und Problemen kommen kann und in

der Folge zu einer Suchterkrankung. Ich denke eine gelungene Migration ist die beste Prävention. Allerdings erschweren wir gerade das in der Anfangszeit sehr. Zur Abschottung habe ich schon viel gesagt. Wenn Angehörige noch in Syrien sind und der Flüchtling bestenfalls zwei Jahre darauf warten muss die Familie nachzuholen, dann kann man sich vorstellen, unter welchen Belastungen viele leiden. Außerdem führen auch die Gesetzgebung und viele populistische Äußerungen dazu, dass die Klientinnen und Klienten massiv belastet werden, weil sie einfach keinerlei Wertschätzung und nur Ablehnung auf ihre persönlichen Leidensgeschichten erfahren. Obwohl Flüchtlinge traumatische Ereignisse in ihren Herkunftsländern hatten, wird aktuell verallgemeinert, dass Afghanistan, der Kosovo und viele weitere Staaten sichere Herkunftsländer sind. Für Betroffene ein schwer zu verstehendes Bild. Und natürlich führt die Abschottung auch nicht zu einer Willkommenskultur, sondern zu Vorurteilen. Das kann nicht helfen vor traumareaktiven Störungen oder der Entwicklung von Abhängigkeiten zu schützen.

Nötig ist also ein starker psychosozialer Ansatz. In der Traumatherapie wird dieser umgesetzt, in dem wir mit Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern und Juristinnen/Juristen zusammenarbeiten.

Und ich denke, es ist auch schon in der Suchthilfe vorhandene Überzeugung, dass die Zustände zu ändern die beste Medizin für Ihre und unsere Klienten sein wird. Es gilt präventiv, die Unterbringungskonzepte zu hinterfragen oder zu unterstützen, wenn sie gut sind. Und was sicherlich eine sehr große Rolle spielt oder spielen wird, ist die integrierte Behandlung von Abhängigkeiten und traumatischen Erfahrungen, was sich in letzter Zeit schon verbessert hat und ausgebaut wurde.

Wenn es um die Behandlung von Flüchtlingen geht, stellen wir viele große Probleme fest. Das führt dazu, dass die Behandlung oftmals nicht oder nur schlecht stattfindet. Viele schrecken auch davor zurück, weil nicht bekannt ist, was dann alles auf die Helfenden zukommt. Unsere Erfahrung zeigt aber, dass nach ein bisschen Beschäftigung mit der Materie, dieses sehr gut handhabbar ist. Die größten Hürden, die wir haben, sind auf der einen Seite Vorurteile und Rassismus. Da meine ich jetzt nicht den Rassismus bei Neo-Nazis, sondern auf Grund von Vorurteilen oder Schubladen, die dazu führen, dass wir Menschen nicht individuell und sensibel (be-)handeln. Wir nutzen alle irgendwelche Schubladen, und haben so Ideen oder Vorstellungen, die im „Normalfall“ auch gut funktionieren und die hilfreich sind. Bei dieser Klientel funktioniert das nicht, weil wir es nicht besser wissen, weil wir sie nicht kennen.

Es gibt viele Vorurteile, auch hier in Deutschland, das zeigen die Erfahrungen mit den Menschen, die wir betreuen. Es besteht ein großer Antiziganismus,

und natürlich auch eine Islamfeindlichkeit. Es zeigt sich, dass Roma in Krankenhäusern auch weiterhin teilweise sehr offenem Rassismus ausgesetzt sind. Pauschalisierte Aussagen wie „die tun oft nur krank um hierbleiben zu können, dabei könnten sie doch auch zu Hause ihre Heimat aufbauen“, sind nicht selten. Bei Nachfragen zeigt sich immer wieder, dass es die Menschen häufig nicht besser wissen. Ein weiteres großes Problem wurde auch schon angesprochen und das ist die in vielen Fällen fehlende gemeinsame Sprache oder der notwendige Einsatz von Dolmetschern. Da können besonders junge Flüchtlinge eine große Ressource sein. Unsere Erfahrung zeigt, dass unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) innerhalb von neun Monaten so gut Deutsch lernen, dass eine Behandlung auch ohne Sprachmittler stattfinden kann. Leider ist der notwendige Service eines Dolmetschers ein Problem, vor allem weil die Kosten von den Krankenkassen nicht getragen werden. Wenn keine Krankenversicherung vorliegt, ist die Kostenübernahme der allgemeinen Behandlung ein Problem. Dann besteht die Frage, ob das Sozialamt die Behandlung im Ganzen bezahlt oder nur die Behandlung, aber keinen Dolmetscher. Die fehlende gemeinsame Sprache führt zu verschiedenen Problemen, u.a. dass keine vernünftige Anamnesen stattfinden, dass keine richtigen Diagnosen gestellt werden können und dementsprechend auch teilweise falsche Behandlung stattfindet. Die negative Konsequenz ist, dass wir bei einigen Flüchtlingen eine Medikamentenabhängigkeit während der Behandlung in einer Psychiatrie festgestellt haben, da über vier, fünf Jahre eine Notbehandlung mit verschiedenen Medikamenten aber ohne abklärende Diagnose durchgeführt wurde. Es ist die Konsequenz daraus, dass eine Behandlung begonnen wurde, ohne dass jemals ein gemeinsames Wort gesprochen wurde.

Natürlich ist ein ganz großes Problem das Asylverfahren und Ausländerrecht, das immer wieder gute Anfänge in der Behandlung vermagelt. Es macht viele Bemühungen schwer und führt zu massivem Stress, welcher eventuelle Therapieansätze zurück wirft und die Flüchtlinge deutlich belastet.

Als einen Ausblick gibt es die möglichen Kooperationsmöglichkeiten für die Suchthilfe. Es gibt ein „Netzwerk Trauma und Asyl“, und einen „Zusammenschluss von allen psychosozialen Zentren in NRW“. Zukünftig kommt wahrscheinlich noch eins in Hannover dazu. Falls Sie jetzt aus Grenzregionen NRWs kommen, sind über NRW hinaus viele psychosoziale Zentren in der BafF²-Arbeitsgemeinschaft organisiert. Ansonsten gibt es natürlich noch viele andere Flüchtlingsberatungsstellen, die man über den Flüchtlingsrat oder lokal Anbieter erfragen kann. Die sind froh, wenn es ein Angebot aus der Suchthilfe gibt.

2 BafF = Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, www.baff-zentren.org

Psychosoziales Zentrum klingt relativ groß, ist es aber selten. Es sind in der Regel Stellen, die teilweise vom Land bezahlt werden und irgendwo angegliedert sind (beispielweise an einer Flüchtlingsberatungsstelle). Allerdings reichen die Kapazitäten bei weitem nicht aus. Und das liegt nicht unbedingt daran, weil jetzt eine große Flutwelle auf uns zu kommt, sondern weil die politischen Umstände zu einer großen Belastung führen, die es nicht immer einfach machen Probleme zeitnah aufzufangen.

Wenn man irgendwo lokal nach einem Kooperationspartner sucht ist vielleicht eine gute Adresse www.psz-nrw.de. Da sind die ganzen Psychosozialen Behandlungszentren zu finden. So hat sich beispielweise auch die Suchthilfe aus Bochum bei uns gemeldet. Angestrebt wurden dadurch eine Vernetzung und ein Ausbau der gemeinsamen Angebote. Festzuhalten bleibt, die psychosozialen Zentren bieten ein niedrigschwelliges Angebot für die psychologische therapeutische Versorgung von Flüchtlingen. Ich denke, da spielen Sie eine wichtige und gute Rolle, und das könnte eine Möglichkeit sein, auch einen niedrigschwelligen Zugang der Betroffenen in die Suchthilfe zu ermöglichen.

Der Vortrag von Herrn Leidgens wurde mitgeschnitten und von Mathias Speich, LWL-Koordinationsstelle Sucht bearbeitet. Der hier veröffentlichte Text wurden von Herrn Leidgens autorisiert.



„Flucht-Trauma-Sucht“

Ein internationaler Blick auf die Situation – Erfahrungen und Good Practices

Dr. Verena Ertl

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universität Bielefeld, Abteilung Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bielefeld

Krieg, Gewalt und Verfolgung sind weltweit die häufigsten Gründe, die Menschen zu Flüchtlingen im eigenen Land (Binnenflüchtlingen), oder über Landesgrenzen hinweg werden lassen. Zudem ist es traurige Realität, dass in den heutigen sog. „neuen Kriegen“ vornehmlich Zivilisten zu Opfern brutaler Gewalt werden. Die meisten gewaltsamen Auseinandersetzungen betreffen ressourcenschwache Regionen, in welchen die Flüchtenden zusätzlich vielfältigen weiteren Belastungen ausgesetzt sind. Traumatisierungen, soziale und materielle Verlusterfahrungen, erlebte Ohnmacht und Bedrohung während und nach der Flucht treffen zusammen und führen dazu, dass 30 bis 50 Prozent der Flüchtlinge das Vollbild einer psychischen Störung entwickeln.

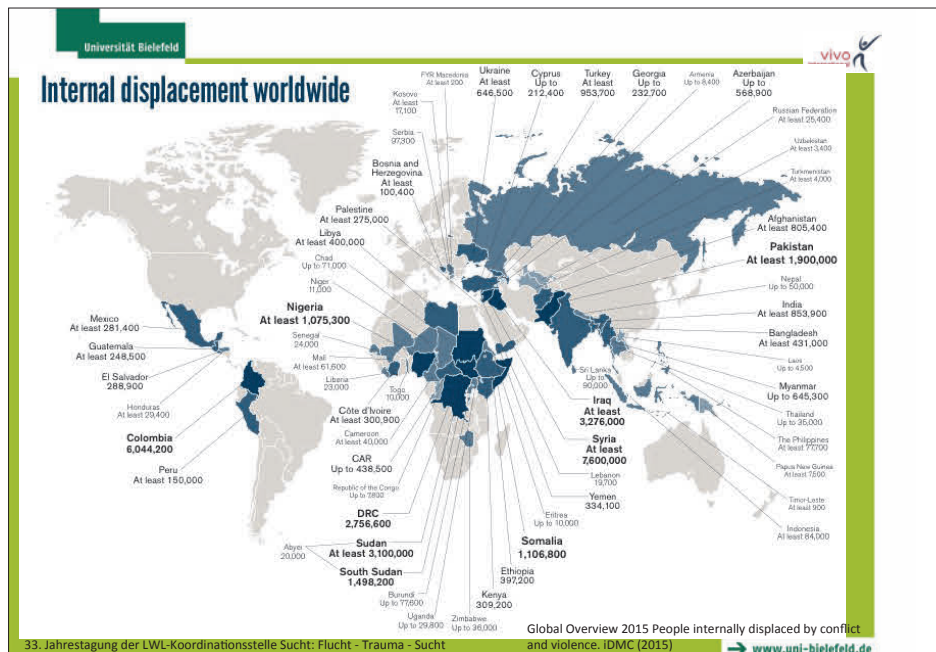
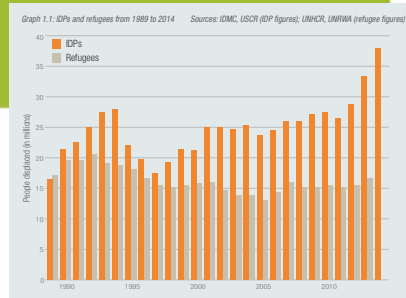


Abb. 1: Binnenflüchtlingszahlen weltweit (Stand: Ende 2014).

Entwicklung Flüchtlinge, Stand 2014

- 19.5 Mio Flüchtlinge
- Entwicklungsländer beherbergen 86%
- 2014: Türkei mit 1.6 Mio Flüchtlingen an erster Stelle
- Syrien hat Afghanistan als Land mit den meisten Flüchtenden „überholt“
- 51% der Flüchtlinge sind unter 18
- etwa 1.7 Mio Asylanträge 2014
 1. Russland
 2. Deutschland
 3. USA



Global Facts and Figures. UNHCR (2015)

→ www.uni-bielefeld.de

33. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht: Flucht - Trauma - Sucht

Abb. 2: Fakten über Flüchtlinge und Aufnahmeländer (Stand: Ende 2014).

Ende 2014 gab es etwa 19.5 Millionen über die Landesgrenzen Geflohene, die Mehrzahl der Flüchtenden (etwa 38.2 Millionen) gelten jedoch als Binnenflüchtlinge (Internal Displacement Monitoring Centre & Norwegian Refugee Council, 2015).

Die meisten Flüchtlinge und Binnenflüchtlinge halten sich in Konflikt-, sowie Postkonfliktregionen und Entwicklungsländern auf. Folglich erscheint es sinnvoll Erkenntnisse aus diesen Gebieten sowohl zur Einschätzung der Prävalenz von psychischen Störungen als auch zur Untersuchung von Risiko- und Resilienzfaktorkonstellationen und zur Behandlung psychischer Störungen für westliche Aufnahmeländer zu nutzen.

Wissenschaftliche Studien weltweit belegen eindeutig, dass sowohl bei Erwachsenen, als auch bei Kindern- und Jugendlichen die Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung (z.B. Depression, Posttraumatische Belastungsstörung, Angststörungen, suizidale Krisen, etc.) oder eine körperliche Erkrankung zu entwickeln mit der Anzahl erlebter aversiver und traumatischer Lebensereignisse steigt (sog. Dosis-Effekt) (z.B. Catani, Jacob, Schauer, Kohila, & Neuner, 2008; Kolassa et al., 2010; Mollica et al., 1998; Neuner et al., 2004). Daher sind bei Flüchtlingen allgemein erhöhte Erkrankungszahlen zu erwarten.

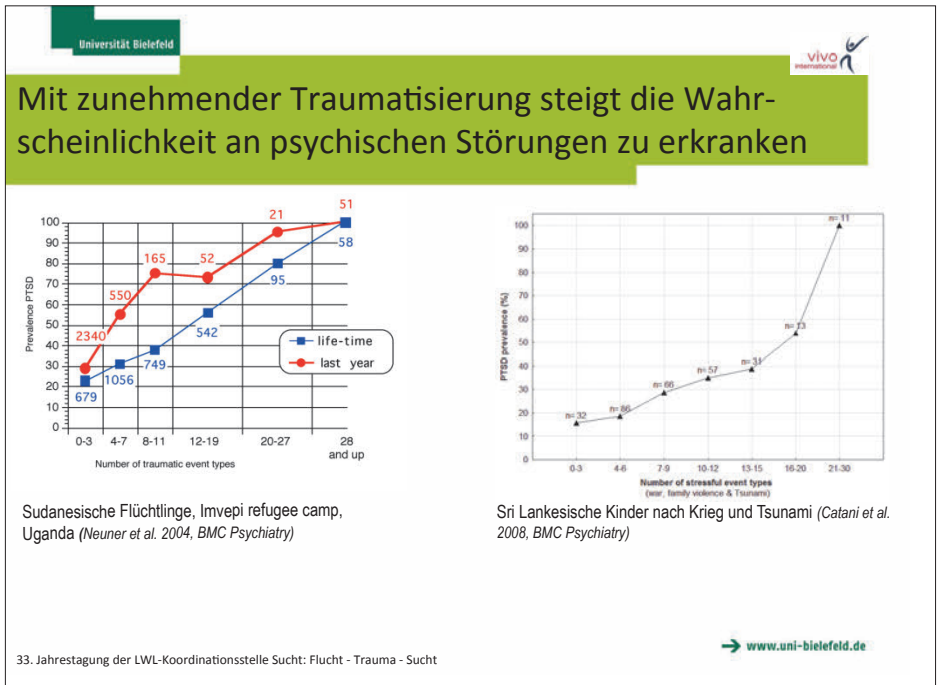
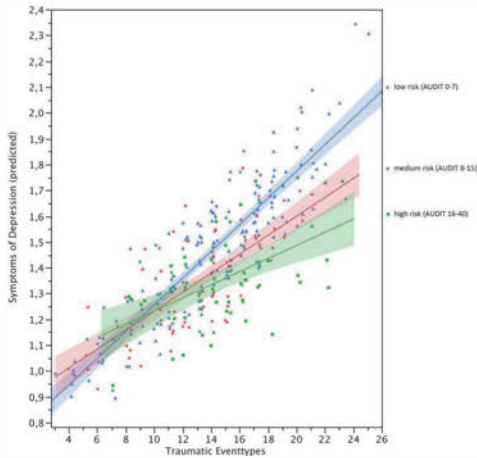


Abb. 3: Dosis-Effekt: mit der Anzahl traumatischer Ereignisse steigt die Wahrscheinlichkeit psychische Störungen zu entwickeln.

Dieser Dosis-Zusammenhang gilt auch für Suchterkrankungen, d.h. je mehr traumatischen und aversiven Lebensereignissen Flüchtende ausgesetzt waren und sind, desto eher entwickeln sie eine Suchtproblematik (z.B. Ezard, 2012; Odenwald et al., 2005; Roberts et al., 2014; Roberts, Ocaka, Browne, Oyok, & Sondorp, 2011; Weaver & Roberts, 2010). Neben Kriegs- und Fluchterlebnissen sind hier v.a. auch frühkindliche Traumatisierungen bzw. emotionale Misshandlungen in den Herkunftsfamilien ausschlaggebend (Ertl, Saile, Neuner, & Catani, submitted).

Sowohl die qualitative als auch die quantitative wissenschaftliche Literatur weist darauf hin, dass Suchtmittel im Kontext von Traumatisierung und Traumafolgestörungen von Betroffenen zur Linderung ihrer Symptomatik eingesetzt werden (z.B. um besser schlafen zu können, Alpträume zu reduzieren, chronische Übererregung zu lindern, Probleme zu vergessen, die Stimmung aufzuhellen, etc.). Suchtmittel entwickeln sich so für Betroffene zu wirksamen Methoden der sog. Selbstmedikation (z.B. Bremner, Southwick, Darnell, & Charney, 1996; Douglas et al., 2010; Ertl, Saile, Neuner, & Catani, submitted; Haller & Chassin, 2014; Leeies, Pagura, Sareen, & Bolton, 2010; Odenwald et al., 2009). Besonders fatal ist es in diesem Zusammenhang für die von psychischen Störungen betroffenen Flüchtlinge und ihre Familien, dass weder die Gesundheitssysteme

Konsum zur Selbstmedikation gegen Symptome der Depression, PTBS?



Ertl, V., Saile, R., Neuner F., & Catani, C. (submitted).
Drinking to ease the burden: Trauma, alcohol abuse and
psychopathology in a post-conflict context.

→ www.uni-bielefeld.de

33. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht: Flucht - Trauma - Sucht

Abb. 4: Bei mittlerer bis hoher Traumabelastung zeigen Hochrisikokonsumenten (hier Alkohol) eine geringere Depressionssymptomatik, als Betroffene mit keinem bzw. geringem Konsum.

in den Herkunfts- bzw. benachbarten Ländern, noch unser Gesundheitssystem in Kapazität und Inhalt auf ihren Bedarf eingestellt sind. Oftmals entwickelt sich gerade dadurch aus einem gelegentlichen Konsum eine Suchtproblematik.

Der Einsatz von Suchtmitteln birgt trotz der eventuell kurzfristig subjektiv wahrgenommenen Symptomlinderung Gefahren: a) sie sind lediglich zeitlich begrenzt wirksam b) es entwickeln sich schnell zusätzliche psychische und physische Probleme aufgrund des Konsums und durch Suchtmittelnebenwirkungen c) es ergeben sich negative Auswirkungen auf die soziale Umgebung der Betroffenen. So zeigen Studien, dass beispielsweise Alkoholkonsum mit erhöhter Gewalt gegen Lebenspartner (Saile, Neuner, Ertl, & Catani, 2013) und mit negativem Erziehungsverhalten verbunden ist. Die erlebte Gewalt wird also innerfamiliär und intergenerational weitergegeben (Catani et al., 2008; Saile, Ertl, Neuner, & Catani, 2014). Es besteht die Gefahr, dass sich eine „Spirale der Gewalt“ entwickelt, die sowohl von Traumatisierung, als auch psychischen Symptomatiken und Suchtproblematiken angetrieben wird.

Daraus ergeben sich verschiedene Ansatzpunkte für Prävention und Therapie:

Zwischenfazit 1:

- traumatische Erlebnisse, Psychopathologie (z.B. PTBS, Depression) und Sucht hängen zusammen
- Konsum mildert eventuell kurzfristig Psychopathologie aber:
 - Partnergewalt erhöht
 - Gewalt gegen Kinder erhöht
 - negative gesundheitliche Folgen
 - verhindert „Neuanfang“, da Funktionsbeeinträchtigungen
 - Verhindert Zugang zu & Wirksamkeit von Psychotherapie

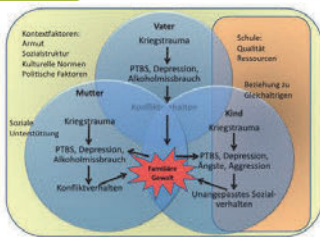
33. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht: Flucht - Trauma - Sucht

→ www.uni-bielefeld.de

Abb. 5: Folgen des Suchtmittelkonsum im Kontext von Traumatisierung und psychischen Folgesymptomen.

Familien aus Kriegskontexten – Behandlungsansätze

- Individuelle Therapie (PTBS, Depression, etc.)
- Zusatzkomponenten für Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit (MI, Seeking Safety, AA)
- Familientherapeutische Interventionen (PMTO)
- Paartherapeutische Interventionen ((A)BCT)



33. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht: Flucht - Trauma - Sucht

→ www.uni-bielefeld.de

Abb. 6: Aus der wissenschaftlichen Literatur abgeleitete Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen im Kontext von Traumatisierung, Flucht und Sucht.

Es ergibt sich die Empfehlung, vielfach eingesetzte und positiv evaluierte Vorgehensweisen in der Bedarfserhebung und Versorgung in vom Krieg betroffenen Gebieten bzw. deren Nachbarregionen gewinnbringend für den hiesigen Kontext zu nutzen.

Universität Bielefeld

vivo
international

Unser „prototypisches“ Vorgehen



1. Epidemiologische Studien
 - Welche Störungen liegen vor?
 - Können wir sie valide diagnostizieren?
2. Gibt es evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten?
3. Gibt es eine funktionierende Versorgungsstruktur?
4. Anwendung der bestmöglichen Behandlung durch Experten
5. Dissemination/ Trainings
6. Therapiestudien mit geschultem Personal (u.a. LientherapeutInnen); nach Möglichkeit RCTs (randomisierte kontrollierte Studien)
7. Implementierung und Versorgung, ggf. ToT (training of trainers)
8. Dissemination: NROs oder öffentliches Gesundheitssystem

33. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht: Flucht - Trauma - Sucht

→ www.uni-bielefeld.de

Abb. 7: Prototypisches Vorgehen zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs und bei der Implementierung und Evaluation von Interventionsstrategien.

Wir verfügen über eine Vielzahl von Studien aus unterschiedlichsten Ländern und Kontexten, die auf verschiedenen Ebenen des skizzierten prototypischen Vorgehens ansetzen und beweisen, dass ein wissenschaftliches und gleichzeitig pragmatisches Vorgehen umsetzbar ist, z.B.: epidemiologische Studien und Validierungsstudien (z.B. Ertl et al., 2010; Ertl, Pfeiffer, Schauer-Kaiser, Elbert, & Neuner, 2014); Implementierung von Psychotherapie durch ExpertInnen und Evaluation des Erfolgs bei Flüchtlingen und Kindern von Flüchtlingen in westlichen Ländern (z.B. Adenauer et al., 2011; Hensel-Dittmann et al., 2011; Ruf et al., 2010; Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013); Implementierung durch LientherapeutInnen und Evaluation bei ehemaligen Kindersoldaten und Flüchtlingen (z.B. Ertl, Pfeiffer, Schauer, Elbert, & Neuner, 2011; Neuner et al., 2008); Implementierung durch TherapeutInnen, die in 2. Generation von durch ExpertInnen geschulte TherapeutInnen (1. Generation) geschult wurden (z.B. Jacob, Neuner, Maedl, Schaal, & Elbert, 2014). Die TherapeutInnen der 2. Generation waren ebenso erfolgreich, wie die der 1. Generation.

Resumee

- Trotz zu erwartender erhöhter Raten an psychischen Störungen in Flüchtlingsfamilien können evidenzbasierte Therapiemethoden erfolgreich eingesetzt werden
- Herausforderungen
 - Erkennen des Bedarfs (gute Diagnostik und Monitoring)
 - Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten (niederschwellig, eventuell die Betroffenen aufsuchend)
 - sprachliche Barrieren in Beratung und Psychotherapie
- **ohne psychische Gesundheit gibt es keine Funktionalität und ohne ausreichende Funktionalität versagen Integrationsbemühungen**

33. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht: Flucht - Trauma - Sucht

→ www.uni-bielefeld.de

Abb. 8: Aktuelle Herausforderungen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen.

In der aktuellen Situation ergeben sich hieraus für den Deutschen Kontext logische nächste Schritte:

1. Screening und Monitoring psychischer Symptomatiken bei den ankommenden Flüchtlingen (Erwachsene, Jugendliche und Kinder), um den spezifischen Bedarf quantifizieren und einschätzen zu können (z.B. Bestehen oder entwickeln sich Suchtproblematiken bei den derzeit ankommenden Flüchtlingen?)
2. Erprobung und wissenschaftliche Evaluation angepasster Interventionsmaßnahmen
3. Ermöglichen eines schnellen Zugangs zu evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten, die auf die Symptomatiken zugeschnitten sind. Eingedenk der gegenwärtigen Überforderung der Versorgungssysteme in den Aufnahmelandern und Finanzierungsproblematiken (z.B. im Bereich der Übersetzerkosten) ermutigen die zahlreichen Studienergebnisse aus den Konfliktgebieten und deren Nachbarregionen ein Vorgehen zu wählen, das die Aus- und Weiterbildung professioneller, sowie paraprofessioneller Dienstleister oder auch gut geschulter Laien aus den Flüchtlingspopulationen selbst einschließt.

Literatur

- Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., Keil, J., Ruf, M., Schauer, M., & Neuner, F. (2011). Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli - evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neuroscience*.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Darnell, A., & Charney, D. S. (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 153(3), 369–375.
- Catani, C., Jacob, N., Schauer, E., Kohila, M., & Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 8(1), 33.
- Douglas, K. R., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A. J., Anton, R. F., Weiss, R. D., ... Kranzler, H. R. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 7–13.
- Ertl, V., Saile, R., Neuner, F., & Catani C. (submitted). Drinking to ease the Burden: a cross- sectional Study on Trauma, Alcohol Abuse and Psychopathology in a post-conflict Context.
- Ertl, V., Pfeiffer, A., Saile, R., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2010). Validation of a mental health assessment in an African conflict population. *Psychological Assessment*, 22(2), 318–324.
- Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in northern Uganda. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 306(5), 503–512.
- Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer-Kaiser, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2014). The challenge of living on: psychopathology and its mediating influence on the readjustment of former child soldiers. *PloS One*, 9(7), e102786.
- Ezard, N. (2012). Substance use among populations displaced by conflict: A literature review. *Disasters*, 36(3), 533–557.
- Haller, M., & Chassin, L. (2014). Risk Pathways Among Traumatic Stress, Post-traumatic Stress Disorder Symptoms, and Alcohol and Drug Problems: A Test of Four Hypotheses. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 28(3), 841–851.
- Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(6), 345–52.
- Internal Displacement Monitoring Centre & Norwegian Refugee Council (2015). *Global Overview 2015*. Geneva.

- Jacob, N., Neuner, F., Maedl, A., Schaal, S., & Elbert, T. (2014). Dissemination of Psychotherapy for Trauma Spectrum Disorders in Postconflict Settings: A Randomized Controlled Trial in Rwanda. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 354–63.
- Kolassa, I.-T., Ertl, V., Eckart, C., Kolassa, S., Onyut, L. P., & Elbert, T. (2010). Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2, 169–174.
- Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2010). The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 27(8), 731–736.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Pham, T., Smith Fawzi, M. C., Murphy, E., & Lin, L. (1998). The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 543–53.
- Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E., & Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 686–94.
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, 4, 34.
- Odenwald, M., Hinkel, H., Schauer, E., Schauer, M., Elbert, T., Neuner, F., & Rockstroh, B. (2009). Use of khat and posttraumatic stress disorder as risk factors for psychotic symptoms: A study of Somali combatants. *Social Science and Medicine*, 69, 1040–1048.
- Odenwald, M., Neuner, F., Schauer, M., Elbert, T., Catani, C., Lingenfelder, B., ... Rockstroh, B. (2005). Khat use as risk factor for psychotic disorders: a cross-sectional and case-control study in Somalia. *BMC Medicine*, 3, 5.
- Roberts, B., Felix Ocaka, K., Browne, J., Oyok, T., & Sondorp, E. (2011). Alcohol disorder amongst forcibly displaced persons in northern Uganda. *Addictive Behaviors*, 36(8), 870–3.
- Roberts, B., Murphy, A., Chikovani, I., Makhashvili, N., Patel, V., & McKee, M. (2014). Individual and Community Level Risk-Factors for Alcohol Use Disorder among Conflict-Affected Persons in Georgia. *PLoS ONE*, 9(5), e98299.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7-to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 437–445.

- Saile, R., Ertl, V., Neuner, F., & Catani, C. (2014). Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 135–146.
- Saile, R., Neuner, F., Ertl, V., & Catani, C. (2013). Prevalence and predictors of partner violence against women in the aftermath of war: a survey among couples in Northern Uganda. *Social Science & Medicine* (1982), 86, 17–25.
- Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T., & Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 641–7.
- Weaver, H., & Roberts, B. (2010). Drinking and displacement: a systematic review of the influence of forced displacement on harmful alcohol use. *Substance Use & Misuse*, 45(13), 2340–55.



Flüchtlinge mit Suchtproblemen – Rechtsansprüche, Finanzierung, Hilfen

Volker Maria Hügel

Dipl.-Sozialarbeiter, Gemeinnützige Gesellschaft zur Unterstützung Asyl-suchender e.V. (GGUA), Mitglied des Vorstands der Bundesarbeitsgemeinschafft PRO ASYL, Münster

Sucht kann ausländerrechtliche Konsequenzen haben. Mein Anfang besteht aus der wenig überraschenden Feststellung, dass „Flüchtling“ nicht gleich „Flüchtling“ ist. Status und Leistungen unterscheiden sich erheblich.

Deutlich wird dies bereits dabei, dass Klima- und Umweltflüchtlinge nicht Bestandteil der völkerrechtlichen Verträge sind. Das heißt, wenn jemand vor Klima oder Umwelt flieht, dann hat er in Deutschland ein Aufenthaltsproblem, da er sich auf keine völkerrechtliche Norm berufen kann.

Dabei ist klar, dass der Kampf um den Aufenthalt alles überlagert. Das Bestehen einer Sucht oder eines problematischen Konsums ist erst einmal sekundär, primäre stehen die Grundbedürfnisse nach Sicherheit und Stabilität für den Menschen im Vordergrund. Deswegen ist es so wichtig, einen stabilen Aufenthaltsstatus in den Fokus zu nehmen.

Was haben wir heute in NRW: Land, Kommune, Verbände und Ehrenamtliche leisten unglaublich viel, um die Flüchtlingsaufnahme zu bewerkstelligen. Das muss deutlich gesagt werden. Im Gegensatz dazu wird auf Bundesebene das Instrument der Abschreckung wieder aus der Schublade geholt. Frei nach dem Motto „Wir schrecken die ab, die hier sind, damit andere nicht kommen“. Ein interessantes Prinzip, um aus „Subjekten“ „Objekte“ zu machen. Ziel der Regierungen ist es, die EU-Außengrenzen zu sichern und neue Listen von „sicheren“ Herkunftsstaaten zu erstellen. Allerdings sehen das Menschenrechtsorganisationen anders, sichere Herkunftsstaaten kann es aus ihrer Sicht nicht in dem Umfang geben. Gleichzeitig ist die Situation in den aufnehmenden Ländern in vielen Fällen leider nicht menschenwürdig: Dauerlager, Schnellverfahren, Leistungseinschränkungen und zwei Jahre Ausschluss bei Familiennachzug. Das sind die momentanen Antworten auch auf der Bundesebene.

Flucht – Familie

In den vorangegangenen Vorträgen haben Sie gehört, wie wichtig für eine erfolgreiche Stabilisierung die Familie ist. Im Idealbild: Mutter, Vater und drei kleine Kinder!

Doch was ist mit den Großeltern? Keine Chance! Geschwister? Keine Chance! Volljährige Kinder? Keine Chance! Eventuell besteht eine Chance, wenn der Lebensunterhalt vollständig gesichert werden kann, inklusive des Krankenversicherungsschutzes und noch eine „außergewöhnliche Härte“ vorliegt. Das ist aber bei den meisten Nicht-Millionären ein größeres Problem. Das Interessante ist, dass Art. 6 des Grundgesetzes (GG) und Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention, die das private Familienleben schützen, nur bis zu den Außengrenzen wirken, aber nicht bis ins Herkunftsland.

Welche Probleme haben Flüchtlinge?

Zuerst einmal alle, die wir Einheimischen auch haben! Medizinische, psychische, familiäre- und Beziehungsprobleme, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit, Sucht, Straffälligkeit u.v.m. Aber sie können darüber hinaus auch Probleme haben, von denen Einheimische in der Regel verschont sind. Erlebnisse verarbeiten zu müssen, die zur Flucht geführt haben und die Flucht selber auch. Die Sorge um zurückgelassene Nahestehende. Versuchen Sie mal als allein reisender Mann im Rahmen des Ausländerrechts ihre Freundin nachkommen zu lassen. Das kennt das Ausländerrecht nicht. Manche Menschen haben soziale Kontakte, die außerhalb ihres Familienbereiches liegen. Die werden durch ihre besten Freunde und Freundinnen gestützt. Das gilt ja auch für die heimische Bevölkerung, oder? Für manche wenigstens.

Willkommenskultur

Die ausländer- asyl- und leistungsrechtlichen Beschränkungen, nebst der Angst um den Aufenthalt, sind etwas ganz Zentrales. Und wenn man schon von Anfang an hört oder fühlt, „So richtig willkommen bist Du nicht.“, dann ist das Ankommen äußerst schwierig. Flüchtlinge verstehen die Sprache nicht, ihnen ist vieles Fremd und das Hilfesystem überlastet. Schwierig ist mittlerweile auch die Presseberichterstattung, denn die einseitige Konzentration auf das Thema ist nicht immer hilfreich. In allen Medien Flüchtlinge, Flüchtlinge, Flüchtlinge, Flüchtlinge, Flüchtlinge... Dabei geht es in der Regel nicht um langfristige konstruktive Lösungsansätze. Unglaublich positiv ist allerdings das hohe zivilgesellschaftliche Engagement. Da ist ganz viel passiert. Nur, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, vergessen Sie nicht Strukturen zu schaffen, die die Ehrenamtlichen stützen. Sonst wird das noch böse enden. Die brauchen auch Unterstützung.

Ein kurzer Blick auf das Aufenthaltsgesetz



Aus der Rubrik „Die wirrsten Grafiken der Welt“.

Die fünf Aufenthaltstitel:



Flüchtlinge und Aufenthalt

Eigentlich ist das ganz einfach gedacht: Man nimmt ganz viele Schubladen, und dann guckt man mal welcher Flüchtling passt in welche Schublade. Das ist typisch „deutsch“. Sie kennen alle den röhrenden Hirsch und auch die Zigeunerin, die tanzende.

Ursprünglich ist es so geplant: Wer nach Deutschland will, bekommt ein Visum. Angekommen erhält die Person eine befristete Aufenthaltserlaubnis oder bei „hochqualifizierten“ eine „Blaue Karte“ der EU, darauf folgt ein Daueraufenthalt, final wird die Person eingebürgert und alles ist wunderbar!

Das passt bei Flüchtlingen nicht immer. Dort wird unterschieden zwischen Aufenthaltsgestattung und einer Aufenthaltserlaubnis. Vorweg kommt die Duldung, nach einiger Zeit geht es dann aus der Duldung in die Aufenthaltserlaubnis oder eben raus. Wer keinen Asylschutz bekommt der muss Deutschland verlassen.

Sucht und ausländerrechtliche Konsequenzen

Sucht kann ausländerrechtliche Konsequenzen haben, im Extremfall die Ausweisung. Den Asylsuchenden wird dann ein rechtmäßiger Aufenthalt unter den Füßen weggezogen. Ab dem 01. Januar 2016 besteht ein neues Rechtssystem, die Strafgrößen wurden herabgesenkt. Sie kennen den berühmten Satz: „Straftäter am Kragen packen und raus“. Da kriegen Sie in jeder Hinterzimmerkneipe Applaus.

„Das öffentliche Interesse an der Ausweisung wiegt schwer. Wenn Täter oder Teilnehmer den Tatbestand des § 29 Abs. 1 Nr. 1 des Betäubungsmittelgesetzes verwirklichen oder der Versuch besteht.“*

**„Wer Betäubungsmittel unerlaubt anbaut, herstellt, mit ihnen Handel treibt, sie ohne Handel zu treiben einführt, ausführt, veräußert, abgibt, sonst wie in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft“.*

Das ist ein Rundum-Sorglos-Paket. Wenn das einem Flüchtling nachgewiesen wird, dann hat er ein Problem, er verliert sein Aufenthaltsrecht. Das gleiche gilt, wenn der Betroffene Heroin, Kokain oder ein vergleichbar gefährliches Betäubungsmittel gebraucht, und nicht zu einer erforderlichen Behandlung bereit ist oder sich ihr entzieht. Das Thema Rückfallquoten bei Suchterkrankungen wurde bereits in den vorangegangenen Vorträgen erläutert und natürlich betrifft dieses alle Menschen, auch Flüchtlinge. Aktuell besteht allerdings die Ansicht, dass der Migrant, der Flüchtling sich gefälligst an unsere Gesetze zu halten hat.

Krankenhilfe für Flüchtlinge

Flüchtling ist nicht gleich Flüchtling. Es gibt nicht den Flüchtling. Sie sind jetzt überrascht, aber es sind Individuen. Der Flüchtling hat auch keine definierten Ansprüche auf Leistungen, insbesondere in der Krankenhilfe. Das macht eine Hilfe schwierig, denn einen standardisierten Ablauf in der Form „Krankenhilfe für Flüchtlinge“, den gibt es nicht. Entscheidend ist der aufenthaltsrechtliche Status, der zumeist aus einem Asylverfahren resultiert. Aber auch die Dauer des Aufenthaltes kann entscheidend dafür sein, ob der Mensch eine Leistung bekommt oder nicht. Einige Leistungen sind zusätzlich von einem bestimmten Status und von der Länge des Aufenthaltes abhängig.

Aufenthaltspapiere während des Asylverfahrens

Da haben wir was Schönes! Ich meine, manchmal hat der Gesetzgeber auch was kindlich Naives. Seit dem 24. Oktober 2015 gibt es die BüMA (= Bescheinigung über die Meldung als Asylsuchender). Das ist ein kleiner Trick der Bundesregierung.

Sie haben vielleicht beim Thema Flüchtlinge alle schon mal das Stichwort „Dublin“ gehört. Wenn nicht erklär ich es kurz. „Dublin“ ist eine Verordnung, die auf EU-Ebene theoretisch klärt, welcher EU-Staat das Asylverfahren durchzuführen hat. Die Regel ist ganz einfach: „Wer die Einreise nicht verhindert, der fällt unter Dublin“. Dublin kennt aber Fristen. Drei Monate nach Beginn des Asylverfahrens muss Deutschland den zuständigen Staat herausgefunden haben. Mit der BüMA können die Fristen umgangen werden. Viele Flüchtlinge haben die Bescheinigung über die „Meldung als Asylsuchender“ seit andert-halb Jahren. Damit sind die europäischen Fristen weg, aber das eigentliche Asylverfahren hat noch gar nicht angefangen. Es ist nur die Registrierung als Asylsuchender und gilt für die Zeit bis zur Asylantragstellung. Das ist der kleine feine juristische Unterschied.

Interessanterweise wurde diese Bescheinigung aber in den Leistungsgesetzen vergessen. Macht nichts. Wir tun so, als sei es eine Aufenthaltsgestattung. Das ist aber das Papier, was ich erst kriege, wenn ich den Asylantrag gestellt habe. Manche Gesetzesänderung ist mit heißer Nadel auf Bundesebene gestrickt. Seit dem 01. August 2015 wurden bereits fünf neue Gesetzespakete verabschiedet. Wenn man das unterrichtet, ist es sehr anstrengend. Man muss immer alles neu machen.

Asylbewerber/innen (= Flüchtlinge, die einen Asylantrag gestellt haben) erhalten die Aufenthaltsgestattung. Streng genommen sind sie noch keine Asylbewerber/innen nach dem Gesetz, sie wollen welche werden. Leistungen erhalten sie nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), ein Sondergesetz

ohne Krankenversicherung (eventuell bald mit Krankenkarte). Die Kommune zahlt die erforderlichen Leistungen, welche aus einer Akut- und Schmerzbehandlung besteht und Teile zur Bildung und Teilhabe. Drei- oder sechsmonatiges Arbeitsverbot, keinen Integrationskurs (es sei denn man gehört zu einer ganz bestimmten Gruppe), Residenzpflicht. Ein tolles Wort.

Sie wissen was Residenzpflicht ist? Man darf den Bezirk einer Ausländerbehörde oder eines Bundeslandes nicht verlassen. Das kommt übrigens aus dem preußischen Beamtenrecht und war die Pflicht des preußischen Beamten körperlich am Arbeitsplatz zugegen zu sein.

Ein Asylberechtigter, das sind die wenigsten, sind Flüchtlinge, die im Asylverfahren nach Art. 16a des Grundgesetzes anerkannt worden sind. Flüchtlingsspass, Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre, Hartz IV, Krankenversicherung. Das gleiche gilt für Flüchtlinge gemäß der Genfer Flüchtlingskonvention. Denen wurde die Flüchtlingseigenschaft in einem Asylverfahren zuerkannt. Das hat natürlich nur deklaratorischen Charakter, weil sie es schon bei Einreise waren, wir hatten es nur noch nicht gemerkt. Auch hier: Flüchtlingsspass, Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre, HartzIV, Krankenversicherung.

Dann gibt es noch international subsidiär Schutzberechtigte – unterhalb der Schwelle des eigentlichen Flüchtlingsschutzes gemäß der Flüchtlingskonvention. Und das ist definiert wegen des drohenden ernsthaften Schadens im Heimatland. Es gelten die drei Hauptkriterien: Todesstrafe, Folter und Krieg oder Bürgerkrieg, man muss allerdings Zivilperson sein. Das wird im Rahmen eines Asylverfahrens festgestellt, hier gibt es keinen Flüchtlingsspass. Aufenthaltserlaubnis für ein Jahr, Hartz IV, Krankenversicherung. In NRW gibt es interessanterweise eine Wohnsitzauflage bei Leistungsbezug. Es gibt internationale Abkommen, die sowas verbieten. Die sind aber alle schon so alt, die sind anscheinend vergessen worden.

Dann haben wir da drunter, es geht ja von oben nach unten, Flüchtlinge mit nationalen Abschiebungsverboten. Sie sind entweder im Asylverfahren oder haben dieses bei der Ausländerbehörde direkt beantragt. Kein Flüchtlingsspass, Aufenthaltserlaubnis für ein Jahr, bei der Verlängerung wird das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge generell beteiligt, Hartz IV, Krankenversicherung, kein Anspruch auf Integrationskurs aber Teilnahme möglich (d.h. die Verständigung wird auch schwieriger), Arbeit mit Zustimmung der Ausländerbehörde, BAFÖG nach 16 Monaten, Bildung und Teilhabe, eingeschränkter Familiennachzug, Wohnsitzauflage bei Leistungsbezug.

Zwischenfrage: „Was sind nationale Abschiebungsverbote?“

Da besteht einmal ein Bezug zur Europäischen Menschenrechtskonvention (also Menschenrechtsverletzungen unterhalb der Schwelle dessen, was vorher aufgezählt worden ist) und zweitens die konkrete Gefahr für Leib und Leben. Und das muss nicht asylrelevant sein. Zum Beispiel wenn eine Krankheit besteht, die im Herkunftsland nicht ausreichend behandelt werden kann. Der Flüchtlingsstatus ist somit uninteressant, da in dem Moment eine humanitäre Katastrophe besteht. Niemand darf in den sicheren Tod geschickt werden, deswegen gibt es das Instrument des nationalen Abschiebungsverbotes.

Flüchtlinge im ausländerrechtlichen Sinne sind Schutzsuchende, deren Asylantrag abgelehnt worden ist. Unanfechtbar, wie es im Verwaltungstechnischen heißt, sind im ausländerrechtlichen Sinne keine Flüchtlinge. Wenn also die Szene von geduldeten Flüchtlingen spricht, sagt die Ausländerbehörde, die gibt es gar nicht. Es gibt nur vollziehbar zur Ausreise verpflichtete Ausländer. Ja, das ist so wenn man mit humanitärer Sicht auf etwas guckt und gleichzeitig ins Gesetz schaut. Viele Flüchtlinge haben oftmals eine Duldung, was eine vorübergehende Aussetzung der Abschiebung ist, sie haben keinen rechtmäßigen Aufenthalt. Die Menschen sitzen nicht selten 20 Jahre auf gepackten Koffern. Dann gibt es noch etwas – und ich glaube das schafft nur Deutschland – eine Bescheinigung über das Fortbestehen des Aufenthaltstitels. Da muss ich nach hinten gucken, was ich vorher durfte und bekam, dann geht es weiter. Es gibt aber auch die Erlaubnisfunktion. Da muss ich nach vorne gucken, was ich denn haben will und was mit dem Aufenthaltstitel verbunden ist.

Sie sehen: Es ist ganz einfach. Und die Duldungsfunktion, die gibt es auch noch. Damit ist quasi die Aussetzung der Abschiebung gemeint, weil die nicht rechtzeitig war. Jetzt ist alles klar bei Ihnen, ja? So müssen sie sich das vorstellen. Wenn Sie wissen wollen, was der Mensch hat, was die Person darf und welche Ansprüche er/sie hat, dann werden Sie zum Trüffelschwein. Sie müssen gucken und suchen, irgendwo im Gesetz steht ein Hinweis und genau dafür gibt es auch die Flüchtlingsberatungsstellen. Ich empfehle sehr auf lokaler Ebene zu kooperieren. Für die sollte das alles kein Buch mit sieben Siegeln sein, die müssen das können.

Gesundheitsversorgung im Asylbewerberleistungsgesetz, oder die Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren

Leistungsberechtigungen nach Asyl-BAG, Grundleistungen, Analogleistungen oder Anspruchseinschränkung, Gesundheitsversorgung auf Low-Level, die Auffangnorm und die geplanten Gesetzesänderungen, in aller Kürze inklusive Gesundheitskarte.

Drei Sachen zuvor:

- 1) Es gibt den Artikel 12 Abs. 1 des internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. Den hat Deutschland 1966 ratifiziert, und der ist seit 1976 geltendes Recht. Da steht drin, die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden, auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an. Jaja, sie erkennen das Recht an, aber das mit der Umsetzung, das gilt dann eben doch nicht für alle.
- 2) Das Bundesverfassungsgericht hat am 18.07.2012 geschrieben

“... Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes i.V.m. mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 des Grundgesetzes garantiert ein Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums. Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz begründet diesen Anspruch als Menschenrecht. Er umfasst sowohl die physische Existenz des Menschen, als auch die Sicherung der Möglichkeit zur Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen und ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben. Migrationspolitische Erwägungen, die Leistungen an Asylbewerber und Flüchtlinge niedrig zu halten, um Anreize für Wanderungsbewegungen durch einen internationalen Vergleich evtl. hohes Leistungsniveau zu vermeiden, können von vorn herein kein Absenken des Leistungsstandards unter das physische und soziokulturelle Existenzminimum rechtfertigen. Die in Art 1 Abs. 1 Grundgesetz garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren.”

Ich finde das sehr deutlich, was da steht. Ich finde das auch sehr klar, was da steht. Schade dass unser Gesetzgeber das derzeit nicht verstehen will.

- 3) *„...Der Zugang zu sozialen Rechten hängt sowohl vom aufenthaltsrechtlichen Status als auch von der Aufenthaltsdauer ab, nicht aber von der Minderjährigkeit.“*

Ist das vereinbar mit der UN-Kinderrechtskonvention, die seit 15. Juli 2010 vollständig in Deutschland gilt? Best interest of the child? Beispiel: Kochleaimplantat bei einem fünfjährigen Syrer. Ist gerade abgelehnt worden. Mit sechs ist es zu spät. Dann hört er nichts mehr, dann wird der auch nicht mehr sprechen lernen. Er wird auf Dauer hier bleiben. Fehlentscheidung.

Leistungsberechtigung, Grundleistungen

Innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthaltes gibt es nur die Grundleistungen nach § 3 AsylbLG. D.h. dann gibt es die Gesundheitsversorgung, da gibt es einen speziellen Paragraphen, so eine Art Auffangnorm. Ab dem 16. Monat normaler Weise Analogleistungen. Dann muss man ins SGB XII gucken, das kennen Sie besser als ich. Dann ist die Gesundheitsversorgung SGB V, SGB XII bzw. mit Gesundheitskarte nicht mehr das Problem. Es gibt aber zunehmend Menschen, die da gar nicht reinrutschen.

Es gilt seit dem 24.10.2015 ein neues Recht für Personen mit Duldung, bei denen aus von ihnen selbst zu vertretenden Gründen aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können, sowie vollziehbar Ausreisepflichtige ohne Duldung. Die, die einen Ausreisetermin schuldhaft überschreiten, erhalten nur noch Leistungen für Unterkunft, Heizung, Ernährung, Körper- und Gesundheitspflege, plus Gesundheitsversorgung nach Art. 4. AsylbLG, alles andere nicht mehr. Damit sind die zum physischen Existenzminimum zählenden Leistungen wie Kleider, sowie Verbrauchs- und Gebrauchsgüter des Haushalts i.d.R. ausgeschlossen. Kategorisch ausgeschlossen sind Leistungen des sozialen Existenzminimums, der notwendige persönliche Bedarf, außerdem Leistungen des Bildungs- und Teilhabepakets, sowie die unerlässlich erforderlichen oder für Kinder gebotenen Leistungen nach § 6 AsylbLG.

Meine Damen und Herren, das geht nicht. Das ist nicht machbar. Ich mein, Sie sehen diese Menschen gar nicht mehr. Sie sitzen in den Grenz- oder in den Landeslagern bis zur Ausreise. In NRW lässt das Schulrecht auch keine Schulpflicht zu. Das heißt, da sind Kinder, wo alles dran vorbei geht, egal wie krank sie sind. Ich finde das ausgesprochen schwierig. Ich sehe, dass die Beseitigung von hohen Fallzahlen viele Ressourcen in Verwaltungen bindet, aber das darf Grundrechte, insbesondere von Kindern, nicht drastisch beschneiden.

Was bringt der Art. 4 AsylbLG auf Low-Level?

„...Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzuständen sind die erforderlichen ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen, die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln und sonstige zur Genesung und Verbesserung und Linderung von Krankheiten und Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen zu gewähren. ...“

Betont werden hierbei die akuten Erkrankungen und akute Schmerzzustände. Flüchtlinge die chronisch krank sind und keine Schmerzen haben, haben erst einmal ein Problem. Ich empfehle jedem der unter das Asylbewerberleistungsgesetz fällt, genau hinzuschauen, ob seine Erkrankung akut chronisch, chronisch akut oder auch abweichend schmerzhaft akut ist! Ein Gesetz, wo die Wahrheit nicht wirklich weiter hilft, ist schwierig. Die Auffangnorm heißt:

„...Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind...“

Wir haben ganz viele Formulierungen in den Texten, wo die Frage besteht, wer entscheidet das eigentlich? Es besteht ein Ermessen, wenn es heißt „können“, „insbesondere“ oder eine unvollständige Aufzählung erfolgt. Wer definiert „unerlässlich“? Sie als Fachleute? Die Leistungsbehörde? Eine Instanz die sagt „Ich weiß Bescheid“? Genau hier besteht das Problem, warum es gelegentlich einen Zank gibt, ob eine Behandlung finanziert wird oder nicht. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

Was kommt auf uns zu?

Für schutzbedürftige Person gibt es seit dem 20. Juli 2015 in Deutschland eine sogenannte Aufnahmerichtlinie der EU. Die sagt, dass es Schutzbedürftige im Sinne von humanitären, sozialen oder medizinischen, schutzbedürftigen Personen mit besonderen Bedürfnissen gibt. Sie wurden folgendermaßen definiert: Alle Minderjährigen, alle Kinder, Menschen mit Behinderung, ältere Menschen, Schwangere und Wöchnerinnen, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer von Menschenhandel, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen die Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen schwerer psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.

Das sind ganz schön viele. Und deren besondere Bedürfnisse müssen befriedigt werden. Wie das mit Leistungseinschränkungen in Einklang zu bringen ist, ist mir ein Rätsel. Wie wird der tatsächliche Bedarf anschließend finanziert? Schutzbedürftigen Personen mit besonderen Bedarfen an medizinischen Leistungen, die auf ihre Schutzbedürftigkeit zurückzuführen sind, werden über die Hilfen hinaus bis zur Deckung dieser Bedarfe erforderliche Hilfen zur Gesundheit gewährt. Deutschland hat ein Vertragsverletzungsverfahren in Kauf

genommen, um das nicht ganz so schnell in Kraft treten zu lassen. Sie wollen es aber trotzdem noch in 2015 machen.

Für den Umfang der Hilfen, und das ist gut so, gelten die §§ 47, 48, 50 und 42 SGB XII entsprechend. Das ist im Prinzip außerhalb des AsylbLG. Das Problem ist nur, dass einige Flüchtlinge nicht davon profitieren, weil sie durch die Definition „schlechter Flüchtling“ sind. Sprich, sie kommen aus einem sicheren Herkunftsland. Gut ist, dass bei Minderjährigen Hilfen zur Behandlung, Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, steht im Nebensatz 2, (...)erbracht werden.

Das Bremer Modell

Das Problem ist das Durchsetzen von Ansprüchen, wenn ein Ermessen besteht. Muss eine Leistung ermöglicht werden, wenn sie erforderlich ist? Ja, wenn „erforderlich“! Daraus resultieren aber Fragen. Wer gilt für die Leistungsbehörde als die Stelle, die die „Erforderlichkeit“ feststellt? Sind die Leistungen wirklich jetzt erforderlich? Oder kann es warten bis sie eine Flüchtlingsanerkennung haben? Ein häufig vorgetragenes Argument. Welchen Umfang müssen die Leistungen haben? Traumatherapie oder Beruhigungsmittel? Und das ist leider kein Witz.

Die wichtigste Instanz bei den medizinischen Leistungen ist das örtlich zuständige Gesundheitsamt. Wir haben in Münster Glück, die machen mit uns sogar ein Projekt, wo es um die Krankenversorgung von Menschen ohne Krankenversicherung geht. Das Amt ist auf uns zugekommen, das ist leider nicht in allen Kommunen so. Die Kooperationsfähigkeit innerhalb ihrer Kommune können Sie selbst am besten einschätzen.

MIK-Erlass vom 28.12.2011

Die im Falle von Krankheit an Leistungsberechtigte iSd § 1 AsylbLG zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus § 4 AsylbLG.

Eine darüber hinausgehende Leistungsgewährung kommt gem. § 6 AsylbLG in Ausnahmefällen u. a. in Betracht, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist.

Fahrt- und Dolmetscherkosten können als „sonstige Leistungen“ i. S. d. § 4 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 AsylbLG bzw. des § 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG gewährt werden, soweit sie zur Sicherstellung der in diesen Vorschriften genannten Zwecke erforderlich sind.

 Büro für Qualifizierung der Flüchtlingsberatung  GGUA
Flüchtlingshilfe 62

MIK-Erlass vom 28.12.2011

Die Übernahme von Dolmetscherkosten kommt insbesondere bei traumatisierten Ausländern in Betracht, die Opfer einer Gewalttat geworden sind und deshalb einer therapeutischen Behandlung bedürfen. Zu Ihrer Unterrichtung füge ich ein Schreiben der Bundesministerin für Arbeit und Soziales vom 21. Februar 2011 an die Präsidentin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V., Berlin, bei.

Die Erstattungsfähigkeit von Dolmetscherkosten/Sprachvermittlungsdiensten ist aber nur dann gegeben, wenn keine zumutbaren Möglichkeiten bestehen, den Bedarf anderweitig, etwa durch Unterstützung von Familienangehörigen oder Dritten (Bekannte, Freunde) zu decken.

 Büro für Qualifizierung der Flüchtlingsberatung  GGUA
Flüchtlingshilfe 63

MIK-Erlass vom 28.12.2011

Die Leistungen nach § 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG sind als Sachleistungen (z. B. Fahrkarten), bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren, § 6 Abs. 1 S. 2 AsylbLG.

Ich bitte, die Kommunen entsprechend zu unterrichten.

Im Auftrag



Münster

 Büro für Qualifizierung der Flüchtlingsberatung  GGUA
Flüchtlingshilfe 64

Darüber hinausgehende Leistungen wie Übersetzung und Fahrtkosten sind nicht eindeutig geregelt. Wir haben aber, Gott sei Dank, einen MIK-Erlass dazu. Der ist schon ein bisschen älter, gilt aber noch. Die im Falle von Krankheiten an Leistungsberechtigte im Sinne Abs. 1 AsylbLG zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus Art. 4. Eine darüber hinausgehende Leistungsgewährung kommt in Ausnahmefällen unter anderem in Betracht, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Fahrt- und Dolmetscherkosten können als sonstige Leistungen gewährt werden, soweit sie zur Sicherstellung der in diesen Vorschriften genannten Zwecke erforderlich sind.

Lieber Herr Innenminister, können Sie das nicht ein bisschen klarer ausdrücken? Sie können gewährt werden. Da muss doch wieder einer entscheiden, ob sie in diesem Falle gewährt werden sollen oder müssen, oder sollten. Der Konjunktiv der inneren Unsicherheit ist Ihnen sicherlich bekannt, sollte sein. Die Übernahme von Dolmetscherkosten kommt insbesondere bei traumatisierten Ausländern in Betracht, die Opfer einer Gewalttat geworden sind und deshalb einer therapeutischen Behandlung bedürfen. Die Erstattungsfähigkeit von Dolmetscherkosten, Sprachvermittlungsdiensten ist aber nur dann gegeben, wenn keine zumutbaren Möglichkeiten bestehen den Bedarf anderweitig, etwa durch Unterstützung von Familienangehörigen oder Dritte, Bekannte, Freunde zu regeln. Schön, dass uns wenigstens erklärt wird, was dritte Personen sind. Also vorrangig, und Achtung bei Familie.

Es wurde bereits mehrfach erwähnt, aber ich möchte es wiederholen: Bitte seien Sie vorsichtig beim Einsetzen von Familienangehörige, wenn es um Traumata geht. Das halte ich für äußerst problematisch. Kinder sind ja sowieso schon bei den anderen Behörden Dolmetscher für die Eltern, weil die viel schneller die Sprache erlernen. Sie erfahren viel mehr, als sie erfahren sollten. Und sehr vieles ist nicht wirklich kindgerecht, wenn sie da sozusagen die Hausdolmetscher/innen spielen.

Die Leistungen nach § 6 AsylbLG sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren. Ich habe Ihnen extra den Erlass noch einmal reingepackt um Ihnen zu zeigen, wo sie den Anspruch finden.

Zuständigkeiten

Für das Asylverfahren sind die Verwaltungsgerichte zuständig. Für die Aufenthaltspapiere auch, aber das geht erst über die Ausländerbehörde und dann zum Verwaltungsgericht. Abschiebungshaft macht das Amtsgericht. Die haben nach meiner Erfahrung keine Ahnung vom Asyl- und Ausländerrecht, deswegen funktioniert das auch nicht richtig. Asylbewerberleistungsgesetz – Sozialamt und Sozialgericht. Hartz IV – Job-Center und Sozialgericht. Das heißt,

sie müssen auch immer gucken, mit welchem Amt muss ich mich jetzt kurzschließen, um irgendetwas zu erfahren. Ich sag mal, das ist etwas unübersichtlich, können wir uns darauf einigen? Und der Zugang zur Arbeit ist eben über die Ausländerbehörde und die zentrale Arbeitsvermittlung der Bundesagentur für Arbeit geregelt. Und wenn da was schiefgeht, dann verklage ich die Ausländerbehörde, die nimmt dann natürlich die Kollegin von der Arbeitsagentur mit, weil die Kollegin von der Ausländerbehörde gar nicht weiß, warum es die Arbeitsagentur abgelehnt hat. Das ist Verwaltungsverfahren. Hilfe!

Zuständigkeiten	
■ Asylverfahren/Dublinüberstellungen → BAMF	→ Verwaltungsgericht (VG)
■ Aufenthaltspapiere, -verfestigung, -beendigung	→ ABH → VG
■ Abschiebungshaft	→ ABH und Amtsgericht
■ AsylbLG	→ Sozialamt → Sozialgericht (SG)
■ Hartz IV	→ Job Center → SG
■ Zugang zur Arbeit	→ ABH und ZAV → VG

Projekt
Büro für Qualifizierung
der Flüchtlingsberatung
GGUA
Flüchtlingshilfe 88

Versuchen Sie bitte nicht in kürzester Zeit zu Asyl- oder Ausländerrechtsexpert/innen zu mutieren. Dann schaffen Sie Ihre eigentliche Arbeit nicht mehr, da bin ich mir ganz sicher. Kooperieren Sie mit guten Beratungsstellen, und holen Sie sich notfalls anwaltliche Unterstützung.

Die Beratungsstellen kann man unter www.frnw.de finden. Da stehen aus Ihrer Stadt auch Ansprechpersonen, die Ihnen weiterhelfen können, wenn es um die Schnittstelle Gesundheitsversorgung und die Frage der Leistungen geht.

Fazit

Von der Erkenntnis, dass eine Sucht vorliegt und Behandlung notwendig ist, bis zur Finanzierung von Therapie nebst Begleitkosten entsteht ein enormer Zeit- und Verwaltungsaufwand. Fachleute wie Sie, scheitern oft an den ausländer- und asylrechtlichen Hürden. Verbesserungen werden nur gemeinsam erreicht werden können, arbeiten wir auch gemeinsam dran. Ihre Arbeit ist schwer und verdient Dank und Anerkennung, NRW ist reicher dadurch.

Flüchtlingsrat NRW e.V.

Netzheft 2015

Adressenverzeichnis der
behördenunabhängigen
Beratungsstellen und Initiativen
für Flüchtlinge
in Nordrhein-Westfalen

**Download der
kostenfreien
Beratungs-
stellen:
www.frnw.de**

Der Vortrag von Herrn Hügel wurde mitgeschnitten und von Mathias Speich, LWL-Koordinationsstelle Sucht bearbeitet. Der hier veröffentlichte Text wurden von Herrn Hügel autorisiert.



Diversity Training – Kultursensible Arbeit in der Suchthilfe

Mathias Speich
LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster

Bereits seit vielen Jahren beschäftigt sich die LWL-Koordinationsstelle Sucht mit der Auswirkung von Migration auf den Menschen und eine eventuelle Suchtgefährdung. Auch wenn die aktuellen Flüchtlingsbewegungen und die Herausforderungen für die Hilfesysteme verstärkt wahrgenommen werden, darf nicht vergessen werden, dass die Arbeit mit Migranten Alltag in der Suchthilfe ist. Das belegen auch die Zahlen vor der aktuellen Krise aus der Deutschen Suchthilfestatistik. 16,4% der Hilfesuchenden in der ambulanten Suchthilfe und 11,9% in der stationären Rehabilitation hatten bereits 2012 einen Migrationshintergrund, der entsprechend dokumentiert wurde. Dabei ist zu berücksichtigen, dass viele Migrationshintergründe bei Betroffenen im Suchthilfealltag gar nicht erkannt werden. Relativiert wird somit das Bild einer „kleinen“ Minderheit von Migranten, die die Suchthilfe aufsuchen. Die aktuellen Geschehnisse lassen erahnen, dass ein weiterer Anstieg dieser Zielgruppe zu erwarten ist.

Bisherige Ansätze

Bisherige Ansätze einer interkulturellen Arbeit konzentrierten sich auf den gezielten Zugang zu einzelnen Migrationsgruppen. Spezielle Programme beispielsweise für Spätaussiedler oder türkische Migranten stellten die ersten Ansätze in einer kulturübergreifenden Arbeit dar. Allerdings zeigt sich, dass nach aktuellen Zahlen in Deutschland Migrantinnen und Migranten aus 192 Nationen leben. Es musste somit in der Weiterentwicklung eine Methode gefunden werden, die sich auf diese Vielfaltigkeit, die weit über Nationalitäten hinaus geht, übertragen lässt. Gefunden wurde diese im Bundesmodellprojekt TransVer (2009-2012). In diesem wurde unter anderem der Diversity Ansatz von „Eine Welt der Vielfalt“, Berlin auf die Bedürfnisse der Suchthilfe übertragen. Die Ergebnisse überzeugten und so wurde nach der Projektphase der Bedarf eines größeren Transfers in die Suchthilfelandschaft gesehen. Die LWL-Koordinationsstelle Sucht übernahm, gefördert vom BMG, mit dem Projekt „Kultursensible Arbeit in der Suchthilfe“, diese Mittlerrolle in Zusammenarbeit mit Gangway e.V., die bereits die Vermittlung des Diversity Trainings im TransVer-Projekt realisiert hatten.

Die Grundlagen vom Diversity

Besonders die katastrophalen Erfahrungen des zweiten Weltkrieges und die damalige Stereotyp stigmatisierte Wahrnehmung ganzer Bevölkerungsgruppen zeigte die dringende Notwendigkeit zum Handeln. Im Jahr 1948 führte dies zur Allgemeinen Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen: *„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren,“ nach Artikel I der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte. „Jeder Mensch hat Anspruch auf die in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten, ohne irgendwelche Unterscheidung, wie etwa nach Rasse, (Haut)farbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer und sonstiger Überzeugung, nationaler oder sozialer Herkunft, nach Eigentum, Geburt oder sonstigen Umständen.“ (Artikel II).*

Das Diversity-Training baut darauf auf. Es stärkt in seinem Ansatz die Vielfalt und die Akzeptanz des „Anderen“. Es entspricht der heutigen Realität in Deutschland und Europa, da viele Menschen aus den unterschiedlichsten Kulturen aufeinandertreffen. Meinungen, Lebenskonzepte und persönliche Alltagswerte innerhalb Deutschlands weichen heute voneinander ab. Das bedeutet eine Vielzahl von unterschiedlichen Sichtweisen. Diese vielschichtigen Perspektiven, Eigenschaften und Merkmale (Geschlecht, ethnische und kulturelle Herkunft, Religion und Weltanschauung, sexuelle Identität, Behinderung, Alter, sozialer Status, Beruf etc.) bestehen parallel in einer Gesellschaft. Somit können viele Gemeinsamkeiten und Unterschiede entstehen. Diese Vielfalt ist die Grundlage des Diversity-Ansatzes. Sie zielt auf die Anerkennung und auch Wertschätzung von Vielfalt und die Akzeptanz von „Anderen“. Für die Gesellschaft bedeutet die Umsetzung von Diversity eine Chance auf eine vollständigere Entfaltung jedes Einzelnen und sie stellt gleichzeitig eine wertvolle Ressource für alle dar.

Bewährt im Projekt, übertragen in den Berufsalltag:

Zugangsbarrieren zu vorhandenen Suchthilfeeinrichtungen liegen auf beiden Seiten. Der erste Schritt muss die Senkung dieser Barrieren sein. Die Verantwortung hierfür trägt das Suchthilfesystem. Dabei sind sowohl die kultursensible Öffnung der Einrichtungen und ihrer Strukturen, sowie die persönliche kulturelle Kompetenz der Fachkräfte bedeutend.

Der Vorteil des *Diversity Trainings* ist, dass der Fokus nicht auf eine spezielle Gruppe gelegt wird. Das Training setzt bei der eigenen Person an. Kein Mensch ist frei von Vorurteilen. Unbewusst wird das Denken und Handeln im Alltag, im Privatleben und im Berufsleben von Vorurteilen bestimmt. Häufig sind diese unbewussten Kategorisierungsprozesse mit gefestigten Bildern und Zuschreibungen gekoppelt, die anschließend im Beratungsalltag Hindernisse darstellen. Sie bauen Kommunikationsbarrieren auf und stören somit den Hilfeprozess. *Diversity* will Vorurteile und Stereotype nicht sanktionieren aber dafür

sensibilisieren und die eigene Reflektionsfähigkeit fördern. Einige Übungen des *Diversity Trainings* lassen bestimmte Schlüsselsituationen zu den o. g. Themen erlebbar werden. Andere Übungen trainieren die Fähigkeit zur Wahrnehmung aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Fremde Verhaltensweisen werden durch das Training besser verständlich. Dadurch können Ängste vor dem Fremden und Anderen abgebaut werden. Ziel von *Diversity* ist die Sensibilisierung für Fremdheitserfahrungen und für den Gewinn, den Vielfalt bringen kann. Da ein Diversity Training normalerweise über einige Tage angelegt ist, konnte in dem Workshop nur eine Übung mit den Beteiligten aktiv umgesetzt werden. Aber selbst diese kurze Erfahrung ergab bei vielen Teilnehmenden eine positive Rückmeldung.

Handlungsempfehlungen

Beschäftigt sich Diversity primär mit dem Individuum, so müssen auch die entsprechenden Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Nur wenn auch das Umfeld angepasst wird, kann eine effektive kulturübergreifende Arbeit gelingen. Damit eine Umsetzung im Berufsalltag möglichst reibungslos erreicht wird, wurden Handlungsempfehlungen zur Umsetzung für die Suchthilfe bereitgestellt:

1. Träger und Leitungen entscheiden

- Wer verändern möchte, muss entscheiden können.
Kultursensible Arbeit ist eine Leitungsaufgabe!
- Nur ein gemeinsamer Konsens kann zu einer erfolgreichen Umsetzung führen. Allen Leitungskräften und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern muss das Thema wichtig sein.
- Die Etablierung einer Steuerungsgruppe ermöglicht eine einrichtungsspezifische Umsetzung kultursensibler Suchtarbeit.

2. Bedarfe analysieren

- Eine Bedarfsanalyse muss die Bedürfnisse der Betroffenen in den Blick nehmen.
- Jede Region hat ihre Eigenheiten. Fast alle Städte oder Kommunen verfügen über aussagekräftige Zahlen bezüglich des Anteils der Bevölkerung mit Migrationshintergrund.
- Zielführend ist die Kontaktaufnahme zu Schlüsselpersonen aus entsprechenden kulturellen Gruppen vor Ort.

3. Sinnvoll vernetzen

- Kooperation muss von der Leitung gewollt und jeweils „auf Augenhöhe“ gelebt werden.

- Gute Kooperation beruht auf gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung.
- Einseitiges „Expertentum“ wird schnell als belehrend oder fordernd erlebt. Vertrauen muss sich entwickeln!
- Ein Besuch bestehender Gremien und Arbeitsgruppen kann die Kooperation fördern.

4. Organisation entwickeln

- Leitbilder und Konzeptionen sollten auf kulturelle Sensibilität geprüft werden.
- Langfristiges Ziel ist der Übergang von aktuell vorhandenen speziellen Angeboten zu einer kultursensiblen Gesamthaltung.
- Migrationserfahrung der eigenen Beschäftigten bedeutet spezifisches Fachwissen in der Einrichtung.

5. Personal fördern

- Kultursensible Arbeit ist eine Querschnittsaufgabe. Geschult werden muss das ganze Team. Aufgaben sollten auf alle verteilt werden, egal ob mit Migrationshintergrund oder ohne.
- Kollegiale Fallbesprechungen helfen gegenseitig voneinander zu lernen. Fachkräfte mit Migrationshintergrund sind hierbei wichtig für das Team, brauchen aber ebenfalls Unterstützung.
- Sehen Sie bei zukünftigen Neueinstellungen einen Migrationshintergrund als Zusatzqualifikation an, die eine wertvolle Ressource darstellt.

6. Zugänge erleichtern

- Informationsmaterial benötigt eine einfache und verständliche Sprache oder sollte in mehreren Sprachen vorliegen.
- Bilder und einfache Grafiken erleichtern den Zugang zum Angebot.
- Menschen mit Migrationshintergrund können bei der Erstellung von Informationsmaterial, Formularen oder Homepage am besten beraten.
- Die Kooperation mit lokalen zielgruppenspezifischen Medien (z. B. Zeitung), niedergelassenen Mediziner/-innen und Kulturgemeinden fördert den Zugang.

7. Regelangebote aufbauen

- Gute, berufliche Routinen sind oft über Jahre gewachsenen. Notwendig ist ihre Überprüfung auf kulturelle Offenheit und Sensibilität.
- Schlüsselpersonen aus Verbänden können hilfreiche Hinweise geben bei der Überprüfung vorhandener Angebote.
- Eine offene Sprechstunde in einer Einrichtung für Menschen mit Migrationshintergrund kann neue Zugangswege erschließen.

8. Willkommenskultur schaffen

- Hinweisschilder in den drei regional gängigsten Sprachen helfen erste Hürden zu nehmen.
- Eine Übersetzung der wichtigsten Unterlagen oder aber ein kleiner Ratgeber kann viele Wege vereinfachen.
- Eine Weltkarte oder ein Globus gibt die Möglichkeit sich den Herkunftsort zeigen und die Geschichte hinter der Migration erzählen zu lassen.
- Eine muttersprachliche Begrüßungsformel erleichtert in einer Krisensituation das Ankommen.

9. Beziehung gestalten

- Einfaches, langsames und verständliches Sprechen fördert die Verständigung! Auch eigene Unsicherheiten können offen angesprochen werden.
- Auftrag und Ziel sollten immer mehrfach miteinander besprochen werden, um Missverständnisse zu vermeiden.
- Erklärungen fördern das Verstehen. Insbesondere die Schweigepflicht sollte mehrfach erklärt werden.
- Zu bedenken ist immer das kulturell geprägte Krankheits- und Suchtverständnis.

Weitere Informationen für Ihre Arbeit finden Sie hier:

- **Handlungsempfehlungen zur kultursensiblen Arbeit in der Suchthilfe**
http://www.lwl.org/ks-download/downloads/kultursensible_arbeit/LWL-KS-MigratHandreich.pdf
- **Modellprojekt TranVer –**
<http://www.transver-sucht.de/>
- **Projektpartner Gangway e.V. Berlin**
<http://gangway.de/>
- **Bestandsaufnahme zu transkulturellen Kompetenzen in der Suchthilfe in NRW**
http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_45_transkulturelle-Kompetenzen.pdf
- **Sekundäre Suchtprävention für spätausgesiedelte junge Menschen (SeM)**
<http://www.lwl.org/ks-download/downloads/SEM/SeM-Handbuch.pdf>
- **Suchtprävention bei Menschen mit Migrationshintergrund (search und search II)**
http://www.lwl.org/ks-download/downloads/searchII/search_II_d.pdf
- **Best Practices – in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Russlanddeutschen in der ambulanten Suchthilfe**
http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_34.pdf



Wir fangen nicht von vorne an...

Erfahrungen zur Suchtprävention mit Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Migranten

Doris Sarrazin

Leiterin der LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster

Dieter E. Hauck

Dipl.-Sozialarbeiter, Sozialtherapeut, Suchtberatungsstelle
der Diakonie Ruhr-Hellweg e.V., Soest

So lautete der Titel einer Arbeitsgruppe im Rahmen der Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht 2015. Zurückgreifen konnten wir dabei insbesondere auf die Erfahrungen aus den von der Europäischen Kommission geförderten Projekten „search“¹. Wir haben ganz bewusst diesen Projekttitel gewählt: Gemeinsam wollten wir uns auf die Suche begeben, wie wir die sich damals abzeichnenden Probleme des Rauschmittelkonsums von Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Migranten begegnen könnten. In der Zuspitzung der aktuellen Situation gerät diese frühe Beschäftigung mit dem Thema oft in Vergessenheit. Dabei können wir auch für die heutigen Herausforderungen einiges aus diesen Erfahrungen lernen. Ziel des Projektes war es,

- die Suchtbelastung der Zielgruppe zu untersuchen und
- passgenaue Suchtprävention für diese zu entwickeln.

Schon damals haben wir auf die politische Dimension des Unterfangens hingewiesen. Denn obwohl alle europäischen Staaten die Genfer Konvention über die Aufnahme von Flüchtlingen unterschrieben haben, hat es dazu eine kontroverse politische Debatte gegeben. Unser Ziel war es ganz konkret, jenseits der politischen Diskussionen „Menschen zu helfen, mit den Risiken und Gefahren in einem fremden Land, in einer neuen Kultur besser, anders umzugehen, sie vor gesundheitlichen Gefahren zu schützen, Schäden zu minimieren und den Kommunen und kommunalen Trägern, die sie beherbergen und versorgen, Hinweise zu geben, wie Hilfen aussehen können, die Schutz vor Sucht-

1 Die Projekte „search“ und „search II“ wurden aufeinanderfolgend von 2000 – 2004 durchgeführt.

risiken bieten“ (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2002, 10). Den engen Zusammenhang zwischen posttraumatischen Belastungsstörungen und Suchtmittelkonsum haben in den vergangenen Jahren immer mehr Studien deutlich nachgewiesen.

Um die Gruppe der Flüchtlinge, Asylbewerber und illegalen Migranten überhaupt erreichen zu können und eine Vorstellung über ihre tatsächliche Suchtbelastung zu erhalten, haben wir im Projekt zunächst in allen 12 beteiligten Ländern² eine Erhebung mit der Methode des RAR = Rapid Assessment and Reponse durchgeführt. RAR ist eine wissenschaftsgeleitete Schnellerfassungsmethode, um Art, Genese, Umfang und Handlungsbedarf eines erkannten oder vermuteten Problems

- in einem kurzen Zeitraum
- mit geringen Kosten
- und hoher Praxisrelevanz

zu erfassen. Die von G. Stimpson mitentwickelte Methode wird auch von der WHO zur Erfassung eines Problems in einer schwer zu erreichenden Zielgruppe empfohlen. Und hierzu gehört die benannte Personengruppe unzweifelhaft, die viel mehr als die Allgemeinbevölkerung guten Grund hat einen Suchtmittelkonsum zu verbergen. Wissenschaftlich begleitet und in einem Handbuch (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2004) beschrieben wurde die Durchführung vom Trimbos-Institut in Utrecht (Franz Trautmann) in Kooperation mit dem Centrum voor Verslavingsonderzoek (Richard Braam, Hans Verbraeck), Utrecht.

In der Erhebung wurden einmal Fragen gestellt zum Substanzgebrauch: Wer gebraucht Substanzen auf problematische Weise? Welche Substanzen werden problematisch konsumiert? Was ist problematischer Substanzgebrauch? Welche Faktoren beeinflussen die Entstehung von problematischem Substanzgebrauch?. Ein weiterer Fragenblock bezog sich auf Suchtprävention: Was weiß die Zielgruppe über Substanzgebrauch und die damit verbundenen Risiken? Welche effektiven präventiven Maßnahmen / Bedingungen gibt es zurzeit? Für welche präventiven Interventionen / Bedingungen gibt es Bedarf? Welche Prioritäten gibt es in der Suchtprävention?. Die Ergebnisse der ersten Erhebung aus sechs Ländern sind in folgender Übersicht zusammen gestellt:

2 Insgesamt haben sich Suchtpräventionseinrichtungen aus Belgien, Deutschland, England, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien beteiligt.

Land	Zielgruppe	Substanzen
Belgien	Jugendliche aus Albanien und dem Kosovo	Tabak, Alkohol, Cannabis, Amphetamine
Deutschland	Kurden und Tamilen, allein lebende junge Männer	Tabak, Alkohol, illegale Drogen
Italien	Jugendliche und Erwachsene aus dem Maghreb	Heroin, Kokain (Erw.); Kokain, Ecstasy, Cannabis, Alkohol, Schnüffelfstoffe (Jgdl.)
Niederlande	Alleinstehende Minderjährige Asylbewerber vor allem aus Afrika (Guinea, Somalia, Sierra Leone, Sudan, Angola, Kongo)	Alkohol, Medikamente, Cannabis
Österreich	Iranische Asylbewerber	Opium oder Heroin, Haschisch
Spanien	Minderjährige illegale Migranten aus Marokko	Schnüffelfstoffe, Lösungsmittel

Als besondere Belastungs- und Risikofaktoren wurden benannt: Sprachliche Probleme, schwierige Wohnbedingungen, erschwerte Arbeitsbedingungen, Unkenntnis der Versorgungsstruktur, Auflösung der Familienstrukturen, Migration als Trauma und erlittene Traumata sowie strukturelle Ausgrenzungsmechanismen (Schule, Arbeit).

In jedem beteiligten Land sah die Situation unterschiedlich aus. Zusammenfassend können allerdings folgende Ergebnisse festgehalten werden, die auch heute eine Orientierung geben können:

- Die tatsächliche Suchtbelastung war in den untersuchten Gruppen quantitativ eher gering. Wo Suchtprobleme auftreten, nehmen sie tendenziell aber einen eher schweren Verlauf.
- Insbesondere gefährdet sind junge, alleinstehende Männer und unbegleitete Minderjährige.
- Ein starker Familienzusammenhalt bietet Schutz.
- Gefährdet ist später allerdings die ‚zweite Generation‘, wenn Substanzkonsum sich sehr zwischen der Familienkultur und der Kultur des Gastlandes unterscheidet (z.B. bei Alkohol).

Hinweise für die aktuelle Situation in Deutschland geben uns insbesondere die damaligen Erfahrungen in den Niederlanden zu geben. Dort wurde als Ergebnis der RAR-Schnellerhebung mit den AMAs, den **A**lleinreisenden **M**inderjährigen **A**sylobewerbern gearbeitet. Einen wesentlichen Einfluss hatten dabei zwei Aspekte:

1. Ankommende AMAs mussten in einem Anmeldezentrum auf eine Entscheidung über ihre Zukunft warten. Das führte zu einem Rückstau in den Wohnunterkünften, in denen sie anschließend untergebracht werden sollten. Das wiederum führte dort zu einem Überhang an Personal, das anderweitig verteilt wurde, und somit zu einer großen Verunsicherung.
2. Es gab eine auf Rückkehr ausgerichtete Perspektive, die sog. Basisvariante oder auch Rückkehrvariante und eine auf Integration gerichtete Perspektive, die Aufenthaltsvariante oder Integrationsvariante.

Diese Situation verursachte Stress, Probleme und Spannungen. Sie äußerte sich bei den AMAs durch allerlei psychische und körperliche Symptome wie Schlaflosigkeit, Angstanfälle, Depressionen, Kopfschmerzen, Magen- und Bauchschmerzen. Das führte zu einer Zunahme des Konsums von psychoaktiven Substanzen, vor allem Alkohol und Cannabis, der meist experimentell, manchmal aber auch problematisch war. Durch eine restriktivere Politik nahm die Anzahl der Asylbewerber ab, dafür nahm die Zahl der illegalen Migranten zu. Einen Präventionsplan zu erstellen erwies sich vor dem Hintergrund der großen Bewegung in der Gruppe als sehr schwierig. Festgestellt wurde allerdings:

- Es besteht ein Bedarf für allgemeine Aufklärung für die AMAs selbst.
- Es besteht ein Bedarf für die Entwicklung von (mitzugebendem) Aufklärungsmaterial.
- Es besteht ein Bedarf für Schulungen / Trainings für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit AMAs arbeiten.

Die Fähigkeit, eventuellen Gebrauch von Drogen und/oder Alkohol besser wahrzunehmen und die Fähigkeit, darüber mit den AMAs ins Gespräch zu kommen, stand auf der Bedarfsliste aller Organisationen.

Von unseren niederländischen Kollegen wurden entsprechende Schulungen entwickelt. Der Druck in den Einrichtungen war jedoch so groß, dass kaum Beschäftigte für die Teilnahme freigestellt wurden. Das ebenfalls entwickelte Aufklärungspaket ‚Dopehead‘ musste wenig Text und viele Abbildungen enthalten. Das Paket enthielt ein Set von 40 laminierten Karten und eine Musik-

CD. Diese CD enthält 12 Musikstücke. Zu jeder Stimmung und Droge, zu Alkohol, Cannabis, Ecstasy z.B., gehört eine eigene Welt, also auch ein eigener Musikstil.

Im niederländischen Bericht wurde beschrieben, dass infolge einer geänderten Asylpolitik eine Wanderbewegung der Fachkräfte eingesetzt hatte. Viele suchten einen neuen Job und zogen weg. Das Management der Flüchtlingsorganisationen wollte aufgrund der strukturellen Unsicherheit nicht in Trainings zu Suchtthemen investieren. Die erreichten Multiplikatoren in Schulen und Flüchtlingsorganisationen waren sich oftmals unsicher, welche Haltung sie in Bezug auf einen Substanzgebrauch einnehmen sollten und benötigten gerade hier die Unterstützung der Fachinstitution.

Die Projektergebnisse insgesamt in der Zusammenfassung

Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus den beiden Projekten „search“ lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

A. Produkte

1. Die Forschungsmethode RAR hat sich als Instrument der Praxisforschung und der Interventionsplanung für den Bereich der Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Migranten bewährt. Das aus dem Projekt heraus erstellte Handbuch wird von den Suchtpräventionspraktikern als praxisgerechte, effiziente Planungsgrundlage eingeschätzt.
2. Eine monitoringgestützte Überprüfung von Ergebnissen einer früheren RAR-Erhebung sollte unabdingbarer Bestandteil des Praxisprozesses sein, da die Situation sich schnell ändern kann. Das RAR-Handbuch wurde deshalb in der zweiten Auflage um das Monitoring-Kapitel ergänzt.
3. Die Produkte des „search“-Projekts unterteilen sich in drei Gruppen:
 - Materialien zur Suchtprävention mit den Zielgruppen (z. B. ein „Kinderbuch“ in Belgien, Aufklärungspaket „Dopeheads“ in den Niederlanden);
 - Curricula zur Schulung von Multiplikatoren (Key Persons, Mediatoren, anderen Multiplikatoren) in den Bereichen Sucht und interkulturelle Kompetenz (z. B. das Handbuch in Barcelona);
 - Konzepte für Coaching und Supervision von Professionellen, die in Flüchtlings- und Asyleinrichtungen arbeiten (Österreich, Deutschland).
4. Ebenfalls wurden Leitlinien zur Suchtprävention mit Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern entwickelt.

B. Erfahrungen

5. In den untersuchten Gruppen von Asylbewerbern, Flüchtlingen und illegalen Zuwanderern ergab sich kein einheitliches Bild über Suchtbelastungen und damit verbundene Problemstellungen. Vielfältige Einflussfaktoren fördern oder hemmen den Missbrauch psychoaktiver Substanzen in den Zielpopulationen der Projekte.
6. Die Flucht als traumatisches Lebensereignis an sich, aber auch die Lebensumstände und –bedingungen der Asylbewerber, Flüchtlinge und illegalen Zuwanderer in ihren Gastländern fördern eine Anfälligkeit gegenüber dem Suchtmittelmissbrauch.
Zukunftsangst, langwierige juristische Prozeduren und ein unsicherer Aufenthaltsstatus (häufig über Jahre), Isolation, Arbeitsverbote und andere Restriktionen gegenüber einer gleichberechtigten Aufnahme in die soziale Gemeinschaft der Gastländer bilden für viele Asylbewerber einen belastenden Alltag, der über psychoaktiven Substanzgebrauch erträglicher gemacht werden soll.
7. Die „mitgebrachten“ Einflussfaktoren, die einen Drogengebrauch fördern können, sind: Die Nicht-Verarbeitung der genannten traumatischen Erlebnisse vor oder auch während der Flucht/Migration, sowie unzureichende Hilfestellungen für diese schweren seelischen Belastungen in den Gastländern, früh angeeignete Konsumgewohnheiten aus den Herkunftsländern, die durch die anderen Rechts- und Lebensbedingungen der Gastländer in riskante Konsummuster „verschoben“ werden, aber auch Suchtprobleme, die vor der Flucht bereits existieren.
8. Weiterhin fördert die ubiquitäre Verfügbarkeit von Suchtmitteln in den Gastländern den Griff zu Suchtmitteln: Alkohol und Tabak sind Drogen der Alltagskultur in Europa, illegale Drogen sind leicht und häufig ohne erkennbare rechtliche Risiken zu erwerben.
9. In beinahe allen Standorten der Projekte wurden alleinstehende Männer als besonders anfällige Gruppe identifiziert, sowohl gegenüber illegalen Drogen als auch gegenüber Alkohol. Zusätzlich zu den oben benannten generellen Migrationsbelastungen fördert offenbar das Fehlen einer Familie den Griff zu Suchtmitteln (Einsamkeit, Isolation). Weiterhin ist für Asylbewerber aus islamischen Ländern der Umgang mit Alkohol offenbar besonders schwierig: Im Heimatland verboten und verpönt, ist Alkohol in Europa allgegenwärtig. Da diesen Menschen Gebrauchsrituale und –erfahrungen mit Alkohol meist fehlen,

nimmt der Alkoholkonsum häufig schnell riskante Formen an, produziert gleichzeitig aber Gewissensbisse und Schuldgefühle, was wiederum suchtvorstärkend wirken kann.

10. Der Zugang zu illegalen Drogen findet sich in den meisten untersuchten Regionen vorwiegend bei jungen Menschen aus den Zielgruppen. Gleichwohl zeigt z. B. die insgesamt eher geringe Suchtbelastung bei den AMAS³ in den Niederlanden, dass die mitunter in der Regenbogenpresse kolportierte Vorstellung von „massenhaftem Konsum“ illegaler Drogen in diesen Zielgruppen nicht mit der Wirklichkeit übereinstimmt.
In allen Regionen existierten Informationen darüber, dass Asylbewerber und illegale Migranten häufig in das Drogendealen involviert sind. Unsere Untersuchungen bestätigten, dass dies ein Phänomen ist, das – wenngleich im Umfang häufig überschätzt – offenbar eine Antwort auf mangelnde Geldmittel und unzufrieden stellende Lebensbedingungen ist. Die missbräuchliche Nutzung des Asylweges für die Übersiedlung in ein europäisches Land mit dem Ziel, sich dort durch Drogenverkauf zu bereichern, war nicht Untersuchungsgegenstand der Projekte. Gleichwohl gab es an mehreren Standorten Hinweise, dass örtliche kriminelle Organisationen die Lebenssituation der Asylbewerber und Illegalen ausnutzen, um sie in illegale Aktivitäten zu verstricken.
11. Die missbräuchliche Verwendung von psychoaktiven Medikamenten wurde in allen untersuchten Gruppen beschrieben als – nach dem Alkoholgebrauch – zweithäufigstes Suchtrisiko. Häufig sind hier die Frauen genannt worden, die diese Medikamente ge- oder missbrauchen.
12. Suchtprävention für die Zielgruppen der „search“-Projekte orientiert sich grundsätzlich an den Standards, die europaweit unter den Begriffen „Interkulturelle Kompetenz“ und „Interkulturelle Suchthilfe“ bekannt sind:
13. An allen Standorten wurde die Projektarbeit integriert in örtliche und überörtliche Netzwerke.

Danach muss Suchtprävention

- *so früh wie möglich nach der Ankunft im Aufnahmeland einsetzen und langfristig angelegt sein;*
- *die Erziehungskompetenz der Eltern stärken, sowie in den Schulen – sofern sie von Kindern dieser Zielgruppen aufgesucht werden dürfen – spezifische Ansätze für Suchtprävention für Migranten verankern;*
- *mit Lernzielen und –methoden gewährleistet werden. (Die Orientierung an der Stärkung der kulturspezifischen Schutzfaktoren ist dabei die methodische Leitlinie);*
- *ein präzises Wissen über die Herkunftskultur der Zielgruppen voraussetzen, sowie einen kulturrepektvollen und –sensiblen Umgang;*
- *mit den Zielgruppen auch Integrationsarbeit leisten, wobei Integration partizipativ orientiert ist und nicht die zwangsweise Übernahme der kulturellen Normen des Gastlandes meint. Bestehende Angebotsstrukturen im Gemeinwesen sind zu nutzen, über kommunale Netzwerkarbeit können vorhandene Ressourcen erschlossen werden (z. B. Sprachkurse, Computerangebote, Angebote im Bereich der Jugendarbeit);*
- *die Zielgruppen – wo immer möglich – in die Planung und Durchführung suchtpreventiver Angebote (Veranstaltungen, Materialien) einbeziehen;*
- *die eingesetzten Methoden ableiten aus dem kulturellen Hintergrund der Zielgruppen, nicht (allein) aus den Standards der Gastländer: Viele Flüchtlinge kommen aus Regionen, wo ein „Programm“ weniger zählt als die Person, die es vermittelt, d. h. die Beziehungsebene ist wichtiger als die Sach- oder Methodenebene. Dabei ist zu beachten, dass das Thematisieren von Suchtproblemen häufig in doppelter Hinsicht ein Tabu-Thema ist, sowohl bezogen auf die Tabuisierung in den Herkunftsländern, als auch bezogen auf die Angst, über Suchtprobleme den Aufenthaltsstatus in den Gastländern negativ zu beeinflussen.*

Aktuelle Hinweise

Folgende Hinweise gab Franz Trautmann, Trimbo's Institut, Utrecht, der die RAR-Erhebung im Projekt federführend begleitet hat, in einem Telefonat im Rahmen der Vorbereitung der Jahrestagung. Er ist aktuell oftmals in Flüchtlingslagern im Ausland unterwegs und wird als Suchtexperte von dort angefragt. In einem Telefonat rund um die Jahrestagung wies er darauf hin, dass es nichts revolutionär Neues zur Thematik gibt. Die Möglichkeiten sind generell

beschränkt (finanziell, räumlich, häufig veränderte Umgebungen). Die Situation ist sehr komplex durch viele verschiedene Kulturen, Sprachen, Religionen und Lebensweisen. Der Flüchtlingsstrom der letzten Monate hat diese Situation verschärft.

Nicht sinnvoll ist eine nur auf den Suchtmittelkonsum gerichtete Suchtprävention. Sie ist oft nur Symptom und zurück zu führen auf post-traumatischen Stress (bedingt durch Erfahrungen im Herkunftsland), Langeweile, Sinnlosigkeit, Einsamkeit, Perspektivlosigkeit. Wichtig sind ‚Life skill trainings‘, in denen gelernt werden kann, mit diesen Problemen umzugehen. Dazu sind Elemente aus vorhandenen Programmen gut nutzbar.

Ebenfalls aus existierenden Programmen können Elemente aus Kurzinterventionen, kurze verhaltenstherapeutische Programme individuell (auch als Self-Management) genutzt werden. Sie können evtl. auch über das Internet angeboten werden.

Auf sozialen Zusammenhalt ausgerichtete Gruppenaktivitäten wie gemeinsames Kochen und Essen, kulturelle Aktivitäten u.a. sollten angeboten werden, um das soziale Gefüge zu stimulieren. Dazu verhilft auch ein sinnvolles Tagesprogramm aus Sport, Bewegung und Fitness mit gegenseitiger Unterstützung.

Und last but not least:

Psychologisches Screening, basales an kulturelle Unterschiede angepasstes Counselling (auch durch unbezahlte aber ausgebildete Kräfte) für Flüchtlinge mit psychosozialen Problemen. Hierfür sind Methoden vorhanden und beschrieben, die im Internet veröffentlicht sind wie z.B. UNHCR's guidelines, ASPIS: Asylum-Seekers' Protection Indices, EASO: European Asylum Support Office.

Für uns lautet deshalb das Fazit der Beschäftigung mit dem schon Vorhandenen:

- Es besteht ein Handlungsbedarf.
- Je früher Hilfe und Unterstützung angeboten wird, umso erfolgreicher wird sie sein.
- Es gibt bereits viele gut erprobte Ansätze, sie müssen nur der aktuellen Situation angepasst und – vor allem – auch angewandt werden.
- Das erfordert personelle Ressourcen, die nicht von vorhandenen Fachkräften neben der ebenso wichtigen Alltagsarbeit erbracht werden können.

Literatur

- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.).
(2002). *Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer - Ein Handbuch*. Münster: Eigendruck.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.).
(2004). *Rapid Assessment and Response (RAR) für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern - Ein Handbuch* (2. erweiterte Aufl.). Münster: Eigendruck.



„Pack dein Leben zusammen!“ – eine Flucht spürbar erfahrbar machen.

Der missio Truck, Hannah Schimpel und Tété Agbodan

Frank Schulte-Derne
LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster

„Fliehen müssen stellt das Leben auf den Kopf und zieht dir den Boden unter den Füßen weg.“

Obwohl Millionen Menschen weltweit vor Krieg, Verfolgung, Katastrophen oder Perspektivlosigkeit fliehen ist das Schicksal der Mehrheit von Flüchtlingen oftmals dennoch weit entfernt vom Alltag der meisten Menschen in Deutschland. Um für die Fluchtschicksale zu sensibilisieren gibt es den „missio-Truck“. Er stellt eine mobile und multimediale Ausstellung zum Thema „Flucht und Migration. Weltweit“ dar. Die Ausstellung ist ein Angebot des katholischen Hilfswerks missio in Kooperation mit Engagement Global und den Deutschen Pfadfinder St. Georg.

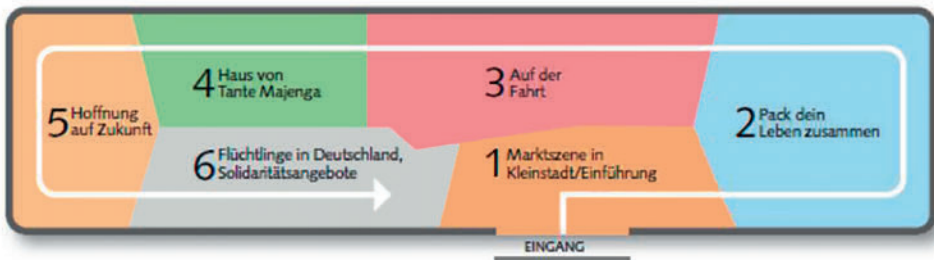


Die Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe erhielten zu Beginn eine kurze Einführung in die Arbeits- und Lebensbedingungen von Menschen im Ostkongo, um mögliche Fluchtursachen zu verdeutlichen. Am Beispiel des Abbaus von Coltan (einem Rohstoff welcher für die Herstellung von Smartphones benötigt wird) wurde der Zusammenhang zwischen dem eigenen Lebensstil und den daraus resultierenden Konsequenzen für Menschen in Krisenregionen thematisiert.

Im Anschluss wurde den Teilnehmer/innen der Aufbau und der Ablauf der interaktiven Ausstellung kurz erläutert bevor in zeitlichen Abständen immer paarweise die Ausstellung besucht werden konnte. Jeder der Teilnehmer/innen

entschied sich zu Beginn für eine von acht beispielhaften Biographien die für das Schicksal von Flüchtlingen und Vertriebenen im Ostkongo stehen.

Die jeweilige Biographie-Karte war jeweils mit einem QR-Code versehen, der an den verschiedenen Stationen gescannt wurde und so Einfluss auf das Geschehen an den Spiel- und Hörstationen hatte. Die Ausstellung, ein so genanntes „Serious Game“ stellt die Besucher/innen zu Beginn vor die Herausforderung, in aller Eile die notwendigen Dinge für die Flucht virtuell „einzupacken“. Insgesamt durchlief man so sechs Stationen der Fluchtwege, die durch weitere Objekte und Texttafeln ergänzt waren.



Grafik: missio

Innerhalb der Ausstellung konnten beispielhafte Dienste in den betroffenen Regionen aus unterschiedlichen Bereichen kennengelernt werden: Soforthilfe, Empowerment, Traumaarbeit, Inklusionsförderung. Sie stellt die Lebensleistung von Flüchtlingen vor, auch in widrigen Lebensumständen Würde zu bewahren, und die eigene Entwicklung in die Hand zu nehmen. Konkrete Beispiele der Solidarität mit Flüchtlingen werden vorgestellt.

Weitere Informationen auch zu Einsatzmöglichkeiten der Ausstellung:
www.missio-truck.de



Leitlinien zur Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern – 12 Jahre später

Roland Lutz

Projektkoordinator in der LWL-Koordinationsstelle Sucht der Projekte „search“ und „search II“, Suchtprävention mit Flüchtlingen, Asylbewerber und illegale Migranten von 2000 – 2004

Das EU-Projekt „search“ (in seinen zwei jeweils rund 2-jährigen Phasen) setzte sich zwei wesentliche Ziele:

- Herauszufinden, ob und wie „Suchtprävention“ bei den Zielgruppen – Flüchtlingen und Asylbewerbern – entwickelt und praktisch umgesetzt werden kann sowie
- spezifische Methoden der qualitativen Sozialforschung zu erproben für die Ermittlung des für die suchtpreventive Arbeit unabdingbaren Wissens über Art, Umfang und kulturelle Spezifik der (möglichen) Suchtrisiken in den verschiedenen Zielgruppen der 12 projektbeteiligten Länder (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2004)

In diesen Ländern wurden sehr unterschiedliche Zielgruppen untersucht und verschiedene Suchtpräventionsprojekte erprobt. In der abschließenden Auswertung ging es darum, diese *verschiedenen* Erfahrungen, Ansätze und Methoden zu untersuchen auf eine Quintessenz. Das Ergebnis waren gemeinsame Leitlinien. Heute, 12 Jahre später, veröffentlichen wir unsere Leitlinie, unser Resümee erneut, weil auf dem Hintergrund des Zustroms sehr vieler Flüchtlinge aus Krisen- und Kriegsgebieten die von uns damals herausgestellten Kernpunkte immer noch oder besser: immer wieder aktuell sind. Dabei hatte sich unser „search“-Projekt nicht zum Ziel gesetzt, eine Grundsatzauseinandersetzung zum Thema „Trans- oder Interkulturelle Kompetenz“ zu führen, sondern im Arbeitsfeld Sucht praktisch Tätigen Hilfestellungen und Leitlinien an die Hand zu geben, sich in der suchtpreventiven Arbeit mit Flüchtlinge, Asylbewerbern und illegalen Migranten besser zurecht zu finden.

Es kommen insbesondere aus muslimischen Ländern sehr viele Flüchtlinge nach Europa, nach Deutschland. Sie entstammen Gesellschaften, in denen der Alkoholkonsum verboten, verpönt ist oder zumindest keine Alltags-Umgangskultur mit Alkohol entstehen konnte. Auf dem Hintergrund der traumatischen

Fluchterfahrungen sind sie in unserer Kultur besonders verletzlich gegenüber Suchtgefahren, hier insbesondere dem Alkohol. So berichtet die Welt im März 2016 über Alkoholprobleme in den Flüchtlingsunterkünften (Die Welt, 2016) und über die Schwierigkeiten, diese Probleme durch Kontrolle und Verbote lösen zu wollen. Auch in der Heimatstadt des Verfassers nehmen die Probleme des Umgangs mit Alkohol in den Flüchtlingseinrichtungen zu – wie auch die im Umgang mit illegalen Drogen, wo nicht nur der Konsum problematische Folgen hat, sondern Erwerb und Weitergabe weitere Probleme auslösen.

Für die kultur- oder besser differenzsensible Suchtprävention gilt heute wie damals, dass diese Gefährdetengruppen schwer erreichbar sind. Allerdings gelten genauso die Fragen danach: Warum schwer erreichbar? Von wem schwer erreichbar? In welchem Setting schwer erreichbar? Auch zur Frage der Ermittlung des Umfangs einer Suchtgefährdung haben wir damals Methoden erörtert, die schnell und zuverlässig eine Übersicht vermitteln und als Ausgangspunkt weiterer Aktionen und Projekte Material liefern (RAR-Handbuch, 2004).

Ein wichtiger Baustein der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Suchtrisiken bei Migrantengruppen stand uns damals noch nicht in derart ausgearbeiteter Form zur Verfügung wie heute: Die Auseinandersetzung mit dem, was derzeit „Resilienz“ genannt wird, d. h. des „Gedeihens trotz widriger Umstände“. Die zielführenden Fragen sehen Risiko- und Schutzfaktoren in den Herkunftskulturen der hier lebenden Flüchtlinge, so dass der Erwerb einer Umgangskompetenz mit Suchtmitteln und -risiken nicht nur in Abwehr und Verarbeitung der Riskofaktoren liegt (wie mangelnde Information, geringe Teilhabe, anderes Wertesystem, aber auch natürlich die Folgen von Diskriminierung/Rassismus, Isolation usw.), sondern auch in den aus der Herkunftskultur mitgebrachten Schutzfaktoren (wie Zusammenhalt sozialer Netze, kulturell-religiöse Orientierungen, familiärer Zusammenhalt usw.), die es zu beachten und ggf. zu stärken gilt!

Leider wird heute wie damals deutlich, dass unsere Unterscheidung zwischen verhaltens- und verhältnisorientierter Suchtprävention große Aktualität besitzt. Niemals wird die „verhaltensorientierte Suchtprävention“, und sei sie noch so „kultursensibel“, die durch politisch-strukturelle Maßnahmen erzeugte *Verstärkung* der in den (Lebens-)Verhältnissen verankerten *Risiken* „reparieren“ können (Auseinanderreißen von Familien, Verhinderung von Migrantenorganisationen, Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, Verhinderung echter Teilhabe, Isolation und Segregation, etc.).

In der konkreten Suchtpräventionsarbeit werden Partiker/-innen beim Lesen unseres Textes schnell feststellen, dass grundsätzliche Aussagen nach wie vor gelten (wie z. B. die des Gebots muttersprachlicher Prävention durch „Keypersons“, Einbindung von peers etc., vgl. Kapitel 5: Die Organisation des praktischen Prozesses). Und beim Durchsehen der „search“-Länderberichte werden interessierte Leser/-innen auf höchst unterschiedliche praktische Projekte stoßen, die auch heute noch beispielhaft und Ausgangspunkt sein können für „Suchtprävention bei Flüchtlingen und Asylbewerbern“.

Neuere Ansätze der subjektorientierten Sozialen Arbeit wie z. B. das „Empowerment“ (Herriger, 2006) scheinen dem Autor besonders geeignet, eine offensive, teilhabeorientierte, solidarische (siehe unsere Schlussbemerkung) Suchtprävention mit Flüchtlingen und Asylbewerbern zu entwickeln.

Ob sich in den 12 vergangenen Jahren tatsächlich nachhaltig suchtpreventive Ansätze bei unseren Zielgruppen etabliert haben, können ist schwer einzuschätzen. Allerdings ist die Anzahl der Veröffentlichungen zum Thema „Suchtprävention bei Migranten/-innen“ beträchtlich gestiegen. Ein erfreulicher und nachhaltiger Punkt scheint einen großen Schritt nach vorn zu bedeuten: War bisher „inter- oder transkulturelle Kompetenz“ beschränkt auf bestimmte Ansätze der migrantenorientierten Sozialarbeit¹ (Warkentin, 2014), so hat im deutschen Sprachraum die Stadt Berlin, also eine politische Gebietskörperschaft, in ihrem „Partizipations- und Integrationsgesetz“ (PartIntG, 2010) in § 4 festgelegt: *„(3) Interkulturelle Kompetenz ist eine auf Kenntnissen über kulturell geprägte Regeln, Normen, Werthaltungen und Symbole beruhende Form der fachlichen und sozialen Kompetenz. Der Erwerb von und die Weiterbildung in interkultureller Kompetenz sind für alle Beschäftigten durch Fortbildungsangebote und Qualifizierungsmaßnahmen sicherzustellen. Die interkulturelle Kompetenz soll bei der Beurteilung der Eignung, Befähigung und fachlichen Leistung im Rahmen von Einstellungen und Aufstiegen der Beschäftigten im öffentlichen Dienst grundsätzlich berücksichtigt werden.“* Ein guter, tragfähiger und wichtiger Ausgangspunkt dafür, interkulturell kompetente Suchtprävention bei Flüchtlingen nicht nur zufälligem Engagement zu überlassen, sondern als politisch vermittelte soziale Aufgabe der Daseinsvorsorge für Flüchtlinge anzugehen, dafür auszubilden und sie umzusetzen.

Zuletzt ist es mir ein Anliegen, auf das Folgende hinzuweisen: Inter- oder transkulturelle Suchtprävention kann nur gelingen auf der Basis einer achtungsvollen Haltung gegenüber der Gleichwertigkeit der Gesellschafts- und Kulturformen der Herkunftsländer der Menschen. Um die Wichtigkeit dieses Ansatzes

1 Oder auch der „Karriereorganisation“

zu betonen möchte ich hinweisen auf das „Rezept für ‚interkulturelle Kompetenz‘ von Dr. Fikret Çerçi, mit dem die Leitlinien beginnen. In ihm wird deutlich: Suchtprävention mit Flüchtlingen und Asylbewerbern kann nur auf der Basis echter Anteilnahme, Solidarität und Empathie erfolgen.

Literatur

Die Welt. (2016). Für Flüchtlinge ist Alkohol besonders riskant. URL: <http://www.welt.de/politik/deutschland/article153757731/Fuer-Fluechtlinge-ist-Alkohol-besonders-riskant.html> (Letzter Zugriff 19.04.2016).

Herriger, N. (2006). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.). (2004). Rapid Assessment and Response (RAR) für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern - Ein Handbuch (2. erweiterte Aufl.). Münster: LWL.

Warkentin, K. (2014). Interkulturelle Kompetenz: Fettnäpfchen sicher umgehen. URL: <http://karrierebibel.de/interkulturelle-kompetenz/> (Letzter Zugriff 19.04.2016).

Welter-Enderlein, R. (Hg.) & Hildenbrand, B. (Hg.). (2012). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer.



Leitlinien¹ zur Suchtprävention mit Asylbewerbern, Flüchtlingen und illegalen Migranten

Aktualisiert April 2016

Prolog

Rezept für „interkulturelle Kompetenz“

verändert nach dem Buch: „Multikulturelle systemische Praxis²“
Fikret Çerçi:

Man nehme:

3 Esslöffel Empathie
2 Gläser frische Anteilnahme
70 g Erkennen von Affekten
5-7 Messerspitzen sinnliche Erfahrung
5 Tüten Querdenken
4 Stück eingelegten Scharfsinns
eine Prise freundliche Neugier (es darf auch etwas mehr sein)
eine Portion Weisheit
einen guten Schuss Nachsichtigkeit
und natürlich jede Menge *Anamnese*

M. non sterilasa!, cave zuviel lateinisch
Dos. je nach Bedarf – keine Stereotypen

User-Info:

mit fremden aromatischen Gewürzen anreichern kann Gewinn bringen über
eigenes Kulturerbe reflektieren (z.B. Omas Koch-Geheimnisse) als Geschmacks-
korrigenz

Anwendung: nicht oberflächlich, gefühlvoll

- 1 Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.). (2004). Materialien zur Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer – Ein Handbuch. Münster: Eigendruck.
- 2 Verändert von Dr. med. Fikret Çerçi, Detmold, nach von Schlippe, El Hachimi, & Jürgens (2003:18)

Inhalt

1. Vorbemerkungen
2. Erfahrungen in „search“ und „search II“
3. Methodische Leitlinien
 - 3.1. *Bei sich selber beginnen*
 - 3.2. *verschiedene Dimensionen der Interkulturellen Kompetenz*
 - 3.3. *Was ist „kultureller Unterschied“?*
4. Praktische Leitlinien
 - 4.1. *Kompetenz entwickeln*
 - 4.2. *Beispiel*
 - 4.3. *Curriculum Interkulturelle Kompetenz*
Was macht interkulturelle Kompetenz aus?
 - 4.4. *Methoden der Suchtprävention: One size fits all?*
5. Organisation des praktischen Prozesses
 - 5.1. *Vorbemerkung*
 - 5.2. *Wissen*
 - 5.3. *Zugang*
 - 5.4. *Aktion*
 - 5.5. *Nachhaltigkeit*
 - 5.6. *Monitoring*
 - 5.7. *Politischer Raum*

1. Vorbemerkungen

Während der gesamten Projektlaufzeit von „search“ berührte sowohl auf konzeptionell-methodischer als auch auf praktischer Ebene unsere Arbeit das heute global diskutierte Thema der „interkulturellen Kommunikation“³. Alle, die sich mit diesem Thema befasst, lernt schnell, dass es sich hierbei nicht um ein einfaches, geradliniges und schnell zu erlernendes Konzept handelt, das – getragen von globalem Konsens – rasch in die Praxis umgesetzt werden könnte, sondern dass sich hinter diesen Begriffen komplexe kulturtheoretische Diskussionen, weltanschaulich-ideologische Konflikte, unterschiedlichste Herangehensweisen, ja, sogar kontinenttypische Ansätze (Europa <-> Amerika z. B.) verbergen. Umfangreiche Literatur dazu wird seit mehr als 20 Jahren publiziert, praktische Ansätze weltweit erprobt und konzeptionell definiert und weiterentwickelt. –

Interessant und sicherlich aussagekräftig ist die Tatsache, dass im Bereich der international operierenden Industrie die betriebsinternen Schulungen des Personals in „interkultureller Kompetenz“ heute üblich und sehr elaboriert entwickelt sind. Die Kommunikation im „Business-Bereich“ zwischen Angehörigen verschiedener Kulturen funktioniert nicht im Selbstlauf, ist daher oftmals Ursache und Ansatzpunkt für Missverständnisse, Kooperationsblockaden und andere Faktoren, die sich produktivitätshemmend auswirken können. Ethnozentrisches Denken, Vorstellungen über eine Dominanzkultur und damit verbundene tendenziell rassistische Überlegenheitsfantasien und Reduzierungen von Begegnung und Kommunikation auf das für den reibungslosen Produktionsprozess Unabdingbare gehören für die modernen „Global Player“ der Vergangenheit an. Umso erstaunlicher ist, dass auch und gerade in den europäischen Ländern, die „Einwanderungsländer“ sind⁴, in den Bereichen der Sozialarbeit, des Lernens (Schulen, Universitäten z. B.), der praktischen Pädagogik generell erst noch geworben werden muss für eine Weiterentwicklung der Kommunikation in die Richtung „interkulturell“. Und kaum ist dies geschehen, geht die für den Praktiker unüberschaubare Diskussion los: Wer orientiert sich am falschen, wer am richtigen „Kulturbegriff“, welche Implikationen ethnozentrischen und/oder kulturdominanter Denkstrukturen sind in den jeweiligen Ansätzen implizit oder explizit vorhanden...? Gerade, weil diese Kommunikation zwischen Menschen unterschiedlicher kultureller und ethnischer Herkunft so schwierig ist, ist auch die Diskussion darüber, wie sie verbessert oder entwickelt werden kann, so kompliziert, komplex und divergent.

3 Einige Autoren bevorzugen den Begriff „transkulturelle Kompetenz“. Er meint letztlich das Gleiche, und wir bevorzugen wegen der weiteren Verbreitung in Europa den Begriff „interkulturelle Kompetenz“.

4 Dieser Begriff bezieht sich auf die Faktizität der Einwanderung, nicht auf die politisch-konstitutionelle Diskussion der Länderverfassungen.

Es war nicht unsere Aufgabe, hier diese – sogar in den verschiedenen europäischen Ländern höchst unterschiedlich geführte! – Diskussion zu dokumentieren oder gar den ohnehin vorhandenen vielfältigen Ansätzen einen *neuen* hinzuzufügen. Wir verweisen auf wichtige Veröffentlichungen im Literaturverzeichnis zum Thema „interkulturelle Kommunikation“ im Bereich der Gesundheit(sdienste) von Migranten, den/die interessierte Leser/Leserin bitten wir, einmal in einer Internet-Suchmaschine den Begriff „interkulturelle Kompetenz“ (oder damit verbundene) einzugeben, und es werden sich Tausende von Treffern ergeben. Allein diese Tatsache macht deutlich, dass die Diskussion um die *Anwendung der sich dahinter verbergenden Konzepte der Begegnung zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunftskulturen* heute mehr denn je zu den meistdiskutierten Themen der Zeit gehört.

Wir sind im Projekt „search II“ angetreten, **Praktikern** Hilfestellungen zu geben, Projekte zur Suchtprävention bei unseren Zielgruppen besser planen zu können. „Besser“ heißt hier: Bei der konzeptionellen wie praktischen Planung Hinweise aus unseren Erfahrungen der beiden Projekte „search“ und „search II“ heraus anzubieten. Dass wir hierbei auch einige methodische wie kulturtheoretische Überlegungen vorausschicken müssen ist notwendig, um dort verständlich zu bleiben, wo wir Schlüsse ziehen und Vorschläge unterbreiten.

Ziel unserer Bemühungen im „search“-Projekt war es, gesundheitliche Risiken bei bestimmten Gruppen von Zuwanderern besser, umfassender und vor allem *früher zu erkennen*, um geeignete und Vorbeugungs- und Interventionsmaßnahmen entwickeln zu können. Voraussetzung dafür ist – neben den vielfältigen Detailspekten, die noch dargestellt werden – dass die gesundheitlichen Versorgungssysteme der europäischen Zielgesellschaften zugänglicher, transparenter für die Migranten werden, was andererseits immer auch heißt, dass sich diese Systeme dieser Aufgabe auch **stellen** müssen. Der Umbau der Sozialsysteme in den meisten europäischen Ländern mit den teilweise enormen Mittelkürzungen und dem Abbau von Versorgungsinstitutionen und -qualitäten bringt es mit sich, dass die humanitären Aspekte bei den Verbesserungen der gesundheitlichen und sozialer Versorgung tendenziell immer weiter in den Hintergrund treten zugunsten von „Kostenfaktoren“, die eher einer breiteren Entwicklung und Umsetzung von Verbesserungen im Wege stehen. **Dies gilt umso mehr für unsere Zielgruppen.**

Nach dem Abschluss von „search“ hörten wir auch die Rückmeldung, „search“ habe „letztlich nichts Neues herausgefunden“. Wir teilen diese Kritik. Es gab nichts *Neues* herauszufinden, vorausgesetzt, man definiert „Neues“ als das Entdecken von bisher vollständig noch nicht Entwickeltem, Bekanntem. Aber aus unserer Sicht und Erfahrung gab es sehr wohl auf zwei Ebenen Weiterentwicklungen, die es hervorzuheben gilt:

- So sehr die Konzepte „interkultureller Suchthilfe und Suchtprävention“ als *theoretische* Konzepte auf europäischer Ebene „verfügbar“ sind (über Internet und mit Fachkonferenzen), existiert andererseits in den verschiedenen europäischen Ländern ein höchst unterschiedliches Perzeptionsniveau dieser Ansätze. Es ist das Verdienst von „search“, diese Ansätze in immerhin 12 europäische Regionen gebracht und *ein Problem- und Methodenbewusstsein auf europäischer Ebene angestoßen zu haben.*

2. Erfahrungen in „search“

Wie schon im Kapitel 2 dargestellt, lassen Flüchtlinge und Asylbewerber meist allen Besitz, Teile ihrer Familie, Freunde zurück. Sie flüchten vor Kriegssituationen, vor Verfolgung, Unterdrückung, sie suchen Sicherheit, Geborgenheit und stabile Lebensumstände. Dabei kann jede Migration, insbesondere die der Flüchtlinge und Asylbewerber, als „traumatisch“ beschrieben werden (Grinberg & Grinberg, 1990: 28). Bringt der Prozess der Migration an sich schon eine große Vielzahl unterschiedlicher Belastungen mit sich, kommen die meisten Menschen unserer Zielgruppen keineswegs in den Zielländern ihrer Flucht in stabile, sichere und auf der Beziehungsebene „wohlwollende“ Gesellschaften.

GRINBERG/GRINBERG:

„Die Migration stellt eine Veränderung von solchem Ausmaß dar, dass die Identität dabei nicht nur hervorgehoben, sondern auch gefährdet wird. Der massive Verlust erfasst die bedeutsamsten und wertvollsten Objekte: Menschen, Dinge, Orte, Sprache, Kultur, Gebräuche, Klima, manchmal den Beruf, gesellschaftliche beziehungsweise ökonomische Stellung usw. An jedem dieser Aspekte haften Erinnerungen und intensive Gefühle. Mit dem Verlust dieser Objekte sind die Beziehungen zu ihnen und manche Anteile des Selbst ebenfalls vom Verlust bedroht“

Ihnen begegnen – anders als bei den „Wirtschaftsmigranten“ z. B. –

- oft jahrelange Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus und die Aufenthaltsdauer;
- sie sind abgeschnitten vom normalen (Alltags-)Leben in ihren Gastländern (Kasernierungen und Internierungen, Arbeitsverbot, äußerst geringe finanzielle Mittel, keine Schulpflicht für ihre Kinder z. B.),
- sie genießen wenig psychologische, medizinische und soziale Unterstützung;

- sie sehen sich häufig xenophobischen und/oder rassistischen Abgrenzungen gegenüber;
- sie verstehen die Sprache des Gastlandes nicht und erhalten wenig Gelegenheit, diese zu lernen.

Die „search“-Mitarbeiter/-innen stellten fest, dass Erfahrungen der Asylbewerber oder Flüchtlinge mit Gesundheitsorganisationen (wie z. B. den Drogenberatungsstellen, Suchtpräventionseinrichtungen) in ihren Herkunftsländern gar nicht existierten (weil es solche Dienste dort gar nicht gab) oder aber Bestandteil ihrer Repressionserfahrungen waren (staatliche Dienste als Bestandteil der repressiven staatlichen Organisation); man kann sich leicht vorstellen, dass uns in Westeuropa selbstverständlich gewordene Dinge wie Schweigepflicht, Verschwiegenheit, Datenschutz, Freiwilligkeit, Autonomie, Selbstbestimmtheit etc. für Menschen, die aus diktatorischen Regimen nach Europa flüchteten, nicht nachvollzogen werden können oder gar eher Miss- als Vertrauen auslösen.

Die Situation ist natürlich für **illegal** in die europäischen Länder eingereiste Menschen nochmals dramatischer. Der Zugang zu den medizinischen und sozialen Diensten ist ihnen weitgehend verwehrt; sie leben in ständiger Angst vor dem Entdeckt werden; sie können zwar arbeiten, dies aber nur illegal, und diese Tatsache wird zu skrupelloser Ausbeutung missbraucht; sie sind rechtlos; sie sind eigentlich nicht existent.

Nach den Projekterfahrungen sind dies die „Basisfaktoren“, auf denen alle weiteren Prozess der Kommunikation aufbauen. Sie unterscheiden die Lebens- und Situationserfahrungen unserer Zielgruppen deutlich von denen der Arbeitsmigranten oder anderer Zuwanderer: Ein indischer Computerspezialist, der von einem führenden deutschen Software-Unternehmen für ein Spitzengehalt nach Europa geholt wird, wird in einer grundlegend anderen Situation leben als Menschen unserer Zielgruppen. Er wird auch Diskriminierung erleben (z. B. aufgrund seiner Hautfarbe), derart basale Marginalisierungs- und Diskriminierungserfahrungen einerseits, traumatisierende Migrationshintergründe andererseits werden ihm jedoch fremd sein und bleiben.

Diese Unterscheidungen machen deutlich, dass z. B. Konzepte, die auf dem Hintergrund der Präventionserfahrungen mit Arbeitsmigranten in europäischen Ländern gesammelt und diskutiert wurden, nur zu einem Teil auf die Zielgruppen des „search“-Projektes übertragbar sind (Domenig, 2001). Der Abbau von Zugangsbarrieren zu den verschiedenen Diensten der psychosozialen Versorgung z. B. wird anders organisiert werden müssen auf den Ebenen

- der Institutionen (gesetzliche Regelungen, die geändert werden müssten),

- des Zugangs zu den Zielgruppen,
- der Durchlässigkeit und Transparenz der entsprechenden Dienste.

Hier stellt sich wiederum die komplexe Diskussion über verhaltens- und verhältnisorientierte Suchtprävention. Nach den „search“-Erfahrungen wird es eine Illusion bleiben, Menschen, die unter den beschriebenen Bedingungen leben, allein auf der Ebene der verhaltens- und beziehungsorientierten Suchtprävention dauerhaft vor Suchtgefahren (und anderen Gesundheitsrisiken) zu schützen.

Die umfassende psychosoziale Gesundheit, die die WHO in ihrer bahnbrechenden Basisdefinition von Gesundheit (WHO, 1986) beschreibt, zielt im umfassenden Sinn auf „Gesundheitsförderung“. Domenig bemerkt auf diesem Hintergrund zu Recht:

„Gesundheitsförderung von MigrantInnen muss [...] neben integrationspolitischen Maßnahmen, welche MigrantInnen eine umfassende Partizipation in allen gesellschaftlichen Bereichen ermöglichen, auch zum Ziel haben, die Angebote der Gesundheitsversorgung migrationsspezifisch anzupassen und weiterzuentwickeln und bestehende Zugangsbarrieren, welche eine angemessene Nutzung vor allem der psychosozialen Einrichtungen durch Migranten erschweren, durch konkrete Maßnahmen abzubauen. Dies erfordert neben Maßnahmen auf institutioneller Ebene auch eine Erhöhung der transkulturellen Kompetenz der PraktikerInnen im Gesundheitsbereich“ (WHO, 1986).

3. Methodische Leitlinien

3.1. Bei sich selber beginnen

„Interkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, angemessen und erfolgreich in einer fremdkulturellen Umgebung oder mit Angehörigen anderer Kulturen zu kommunizieren“

1.

Eine herausragende Kompetenz, um die es bei der „interkulturellen Kompetenz“ geht, ist die Fähigkeit, die Kommunikation mit Angehörigen anderer Kulturen so zu gestalten, dass ein gegenseitiges Verstehen die Basis für alle weiteren Interaktionen darstellt.

Störungen dieser Kommunikation entstehen ganz allgemein durch abweichende Vorstellungen und Rollenerwartungen, Werte und Normen, sprachpragmatische Regeln, wenn also unterschiedliche Situationsdefinitionen vorherrschen. Dabei sind Differenzen auf der Inhalts- oder Sachebene weniger folgenreich; sie lassen sich erfolgreich darlegen und lösen. Viel wichtiger sind Differenzen auf der *Beziehungsebene*.

2.

Die notwendige Voraussetzung für jede Art von offener interkultureller Begegnung ist eine gegenseitige kulturelle *Sensibilisierung*. Dabei ist zunächst davon auszugehen, dass in diesem Prozess jeweils die *eigene* Kultur und Kulturerfahrung Ausgangspunkt des interkulturellen Lernens sein muss. Ethnozentrität, die suggeriert, der überlegenen Kultur anzugehören, xenophobische Haltungen, projektive Zuschreibungen in der eigenen Kultur etc. müssen Ausgangspunkt der Lernprozesse sein.

3.

Die Fähigkeit zur Kulturanalyse folgt auf die kulturelle Sensibilisierung. Die kulturanalytischen Fähigkeiten schaffen einen Interpretationsrahmen für das Verstehen der Hintergründe des eigenen kulturbedingten Handelns und das von Mitgliedern anderer Kulturen.

Das Nachdenken über die eigene Kultur, die Rituale, Gewohnheiten, Wahrnehmungen, aber auch die Zuschreibungen und Bilder gehört zu den komplexen Aufgaben des *interkulturellen Lernens*. Das Nachdenken über die Kultur meines Gegenübers fällt zunächst sehr viel leichter, weil man deren Kultur in den (unausgesprochenen) Bildern der eigenen Kultur spiegelt, letztlich also projiziert. Die Entwicklung von *interkultureller Kompetenz* ergibt sich immer aus dem Spannungsverhältnis von Selbst- und Fremdreflexion. Dabei gilt grundsätzlich, dass eine Oberflächlichkeit der Kenntnisse über die *eigene* Kultur zwangsläufig zu einer Oberflächlichkeit der Fremdreflexion führen wird.

4.

Nach den Projekterfahrungen in „search“ unterbleibt dieser erste Schritt oftmals selbst dort, wo das „Helfen-Wollen“ und die gute Absicht unzweifelhaft sind. Andererseits ist es ein zumindest im Bereich der therapeutischen Arbeit seit langem verfügbares Wissen, dass sich mit (den Problemen) anderer zu befassen voraussetzt, dass man sich in sich selber zu Recht findet.

Im folgenden Kapitel werden wir uns daher mit einigen Aspekten der *Organisation des interkulturellen Lernens* befassen.

3.2. Die Dimensionen

Es sind nach Auernheimer (2002) verschiedene Dimensionen interkultureller Kommunikation zu unterscheiden:

Die Machtdimension

Migranten generell, besonders aber die Zielgruppen des „search“-Projektes, stehen in der „Macht-Skala“ des Gastlandes subjektiv wie objektiv „ganz unten“. Dies drückt sich in der tatsächlichen Verfügbarkeit von Einfluss- und Mitgestaltungsinstrumenten aus, aber auch in der subjektiven Wahrnehmung von Situationen. Dabei spielen eigene Lebenserfahrungen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins eine Rolle wie auch das Erleben der Gastkultur als undurchschaubar, häufig nicht akzeptabel (und trotzdem nicht änderbar). Häufig erleben sich Menschen unserer Zielgruppen als Bittsteller, ihre Einflussmöglichkeiten auf ihre Lebenssituation als minimal.

Neben unterschiedlicher Verfügbarkeit über Ressourcen und Einflussmöglichkeiten spielt eine ungleiche Machtverteilung im Bereich der *diskursiven Macht* (die Möglichkeit, durch den Begegnungskontext sowie durch die sprachliche Dominanz zu definieren, welche Themen relevant sind, welche nicht) eine wesentliche Rolle.⁵

Gegenseitige Fremdbilder

Es gibt keine „einfache“ Begegnungsebene zwischen Angehörigen verschiedener Kulturen, sondern immer nur eine, die gebrochen und vermittelt ist durch die Lebenserfahrung der Agierenden. Im Projekt konnten wir dabei eine bestimmte Dimension (zunächst auf der Ebene der Selbstreflexion!) festmachen: Die der (gegenseitigen) *Fremdbilder*, die die Begegnungen (mit)bestimmen. Z. B. in Deutschland ist diese Diskussion festmachbar an den Diskussionen über Eigenschaften-Zuschreibungen, z. B. „der Polen“, aber auch in vielen anderen Ländern sind Beispiele verfügbar („die Zigeuner“ in Italien, Spanien und Portugal: Gemeint sind Sinti und Roma, „die Afrikaner“ etc.). Die uns begegnenden Migranten verfügen ebenfalls über spezifische Fremdbilder der Menschen in den Gastländern, die auf der Basis von präexistenten Bildern entstanden sind und nicht (unbedingt) konkrete Erfahrungsbilder sind.

Diese *gegenseitigen* Fremdbilder erzeugen in den Begegnungssituationen eine gewisse Metaebene, die die Beziehungsebene stark beeinflusst, ohne dass dies thematisiert werden könnte.

- die kulturelle Dimension

5 Vgl. zum Begriff der „Dominanzkultur“ Rommelspacher (1995)

Alle bereits geschilderten Wahrnehmungen in der interkulturellen Begegnung entstehen auf dem Hintergrund *unterschiedlicher Enkulturationen* und auf den in diesem Prozess erworbenen Denk-, Gefühls- und Handlungsmuster:

3.3. Was ist „kultureller Unterschied“?

„Wahrnehmung“

Wahrnehmen wird in hohem Maße gesteuert durch die Bedeutsamkeit der Objekte für den Wahrnehmenden, und eben diese Wahrnehmung ist kulturtradiert und variiert von Kultur zu Kultur (Symbole, Begriffe, Gesten, Körperkontakt(e), Hygiene, selbst Farben und Gerüche...). Der Begriff „Gesundheit“ allein schon ist ein konzeptioneller Begriff, hinter dem sich sehr unterschiedliche Vorstellungen über das Leben allgemein, seine Risiken und den Umgang mit ihnen ergeben. In unserer Kultur wird zunehmend Gesundheit als aktive Lebenshaltung jedes Einzelnen definiert, während in anderen Kulturen Gesundheit als ein vom Individuum kaum beeinflussbares Schicksal angesehen wird.

„Zeiterleben“

Probleme und Missverständnisse in der interkulturellen Begegnung können entstehen, wenn unterschiedliche Zeitkonzepte aufeinandertreffen (vergangenheits- und zukunftsorientierte Kultur, Begegnungsschwierigkeiten wie Pünktlichkeit etc.).

„Raumerleben“

Wenn Menschen mit unterschiedlichen ‚Raumkonzepten‘ und verschiedenen Raum-Umgangsformen einander begegnen, kann das zu Schwierigkeiten führen („privater Raum“, „Nähe und Distanz“ im unmittelbaren Kontakt, „Respektstanz“ etc.). Wann gibt man die Hand bei der Begrüßung, wann nicht? Können Rollenspiele „kulturübergreifend“ inszeniert werden oder müssen die Besonderheiten des kulturbedingten Raumerlebens berücksichtigt werden?

„Denken“

Leicht „denken“ wir, dass unsere Form des Denkens die einzig mögliche sei. Wir setzen sie voraus. Schaut man genauer hin, gibt es in den verschiedenen Kulturen der Welt sehr unterschiedliche Formen des Denkens: Abstraktes – konkretes Denken, induktives – deduktives Denken, rationales – religiöses Denken, Denken in komplexen kognitiven Begriffen oder in affektiv verankerten Bildern etc.

6 Die folgenden Ausführungen sind eng angelehnt an Maletzke (1996). Dieser Text war in vielerlei Hinsicht für unsere Diskussion eine „Guideline“.

„Sprachliche Verständigung“

Allgemein ist für jeden Migranten das Leben und Bewegen in einer fremden Umgebung primär auch ein „Verständigungsproblem“. Sprache drückt mehr aus als die lexikalisch „über-kulturell“ definierte Wortbedeutung (unterschiedliche Begriffs- und Bedeutungssysteme). In jedem Sprachgebrauch spiegelt sich das „konnotative“ Umfeld des Sprechenden (Emotionen, Assoziationen, Wertungen etc.), das – ähnlich wie bei der Wahrnehmung – scheinbar „überkulturellen“ Begriffen höchst unterschiedliche kulturgebundene Bedeutung verleiht.

„Nonverbale Kommunikation“

Ausdrucksformen, die in unserer Kultur eine bestimmte Bedeutung haben (Lachen, Weinen, Schweigen, Reden etc.), können in einer anderen Kultur völlig andere Bedeutungen haben. Gesten, Handlungen und entsprechende Aufforderungen können nicht nur Anlass von Missverständnissen sein, sondern die Initialzündung für Ablehnung, Verunsicherung und Unverständnis.

„Werthaltungen“

In unserer Kultur „selbstverständliche“ Werthaltungen (Fleiß, Ehrgeiz, Pünktlichkeit, Zeit, Bedeutung des Glaubens/der Religion, Zukunftsorientiertheit etc.) können in anderen Kulturen völlig unterschiedliche und gegensätzliche Bedeutungen haben. Dies ist insbesondere für die Formulierung „präventiver Botschaften“ von großer Bedeutung: Gesundheit, Risiko, Eigenverantwortlichkeit, Selbstreflexion usw. sind Begriffe, deren konnotative Bedeutung auf dem Hintergrund unterschiedlicher Herkunftskulturen für den präventiven Kontext untersucht werden müssen.

„Verhaltensmuster“

Die kulturspezifisch höchst unterschiedlichen Verhaltensmuster (Sitten, Gebräuche, Rollen, Riten etc.) machen in beiden Richtungen (Herkunftsland – Gastland) Begegnungssituationen offen sowohl für Missverständnisse als auch für Vorbehalte und Abgrenzungen (und sind, nebenbei bemerkt, eine wichtige Basis für xenophobe Haltungen). Gruppenarbeit im suchtpreventiven Kontext beispielsweise wird bei Migranten/innen auf dem Hintergrund von Gruppenritualen und –bedeutungen möglicherweise als bedrohlich, lächerlich oder herausfordernd erlebt, was auf „unserer Kulturseite“ wiederum Unverständnis und Ärger auslösen kann.

„Soziale Beziehungen“

Jede Kultur hat ihre eigene spezifische Organisationsform für soziale Beziehungen. Interkulturelle Begegnung birgt hier Risiken wie z. B. die projektive Beimessung im Rahmen der „intrapersonellen Attribution“, d. h., dass unterstellte oder vermutete Eigenschaften des Gegenüber rasch zu „Fakten“ werden

können, damit ihren projektiven Charakter verlieren und normative Kraft bekommen⁷. Hier spielt auch die Zuschreibung von Prestigewerten zu bestimmten Rollen (z. B. die Geschlechtsrolle), Berufen und formellen wie informellen Hierarchien eine große Rolle.

Im suchtpräventiven Kontext kann dies zu (ungeahnten) Implikationen führen (Rolle von Frauen/Männern, Berufen, Erscheinungsformen, Hierarchieorganisationen etc.).

Sprachbarrieren spielen in der Arbeit mit den „search“-Zielgruppen eine wesentliche Rolle. Gerade diese Zielgruppen verfügen meist nicht über ausreichende Sprachkompetenz in der Sprache des Gastlandes⁸. Insbesondere in der Präventionsarbeit – die ja nicht nur auf der *kognitiven* Ebene des Wissens und Erlernens basiert, sondern stark auf der *affektiven Ebene* verankert ist – ist das Fehlen einer angemessenen sprachlichen Verständigung besonders blockierend. So sehr in anderen migrationsspezifischen Kontexten interkulturell ausgebildete Dolmetscher eine entscheidende Brücke zu einer verbesserten Verständigung sind, helfen nach der „search“-Erfahrung hier Dolmetscher nur wenig weiter. Abgesehen von Sprach-Kultur-Problemen lassen sich affektiv basierte Lernprozesse nicht „dolmetschen“.

Eine Erfahrung des „search“-Konzeptes ist, dass hier die Orientierung an *Key-Persons* elementar wichtig ist. Diese sollten aus der Herkunftskultur der Zielgruppen stammen („Peers“), die Sprache der Zielgruppe beherrschen und in der Lage sein, die Herkunftskultur der Zielgruppen so genau zu kennen, dass ihm/ihr die Übersetzung nicht nur auf der Ebene der unmittelbaren Sprache möglich ist, sondern auch auf der Ebene der Kulturmediation⁹.

7 Anlässlich einer Fortbildung über „Migration und Sucht“ im Kontext der stationären Rehabilitation in Deutschland merkte ein Referent z. B. an: In der öffentlichen Diskussion in Deutschland werden die süchtig gewordenen Zuwanderer aus den ehemaligen GUS-Staaten schnell als „Dealer“ etikettiert, als mit hoher krimineller Energie besetzt etc. Stecken nun diese Menschen in therapeutischen Einrichtungen ihre Köpfe zusammen und sprechen sie dann auch noch Russisch, Polnisch etc., sind selbst erfahrene Therapeuten nicht frei von der Vorstellung, dass rein projektiv unterstellt wird, hier würden die nächsten Straftaten und Drogendeals geplant...

8 In einigen Ländern wie z. B. den Niederlanden zielen neue politische Konzepte Asylbewerbern gegenüber nicht mehr darauf, ihnen den Spracherwerb zu erleichtern, sondern umgekehrt so lange zu erschweren, bis die definitive Klärung des Aufenthaltsstatus abgeschlossen ist. Dieser Prozess kann Jahre dauern.

9 In den meisten Projektstandorten spielten deshalb „Kulturmediatoren“ eine entscheidende Rolle.

Der Einsatz von „Ausländern“ in der Suchtarbeit, der in einigen Ländern zunehmend gefordert wird, ist nach unserer Erfahrung in dieser Abstraktheit wenig nützlich. Ein italienischer Sozialarbeiter wird „an sich“ mit z. B. iranischen Asylbewerbern in Deutschland voraussetzungslos nicht kultursensibler arbeiten können als österreichische Kollegen/-innen. Dies deutet bereits auf die Notwendigkeit hin, dass es im Bereich der interkulturellen Suchtprävention dringend geboten ist, andere, in vielen europäischen Ländern neue Kooperationsformen zu entwickeln. Dazu mehr im nächsten Kapitel.

„Kultursensibel“ in der Suchtprävention zu arbeiten ist auf dem Hintergrund des Vorgeschilderten nicht nur eine moralische Aufforderung, sondern ein Muss, um überhaupt nicht nur abstrakt „zu senden“, sondern auch den „Empfang“ sicher zu stellen. An vielen Stellen der heutigen Suchtprävention wiederum heißt dieses Prädiktum allerdings, dass die eingesetzten Methoden ebenfalls auf die Herkunftskultur der Zielgruppen ausgerichtet sein müssen, nicht auf abstrakte „fachliche Standards“.

Orientierungen z. B. an dem Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky sind nur dann hilfreich, wenn dieses Konzept übersetzt werden kann auf die Rezeptionsmöglichkeiten der Herkunftskultur der Zielgruppen. Der Gedanke, dass Konzepte sich nicht an dem orientieren sollen, was krank macht, sondern daran, was uns gesund hält, setzen nolens volens Denktraditionen und –orientierungen voraus, die z. B. bei Asylbewerbern aus Eritrea oder Liberia im besten Fall Unverständnis auslösen werden¹⁰.

Auf der anderen Seite bedeutet „kultursensible Prävention“ mit allen geschilderten Implikationen von Toleranz und Achtung des Andersseins nicht, die kulturellen Unterschiede egalisieren oder gar die fremde Kultur übernehmen zu wollen. Dies allerdings gilt für beide Kommunikationsrichtungen (und wird in vielen europäischen Ländern einseitig als „Integrations-Imperativ“ an die Zuwanderer gerichtet).

10 Wobei es nicht an kritischen Stimmen in Europa mangelt, die die Entwicklung der Methoden, Inhalte und Formulierungen der „professionellen Suchtprävention“ als am typischen gebildeten Mittelständler orientiert kritisieren: Ganzen inländischen Bevölkerungsschichten sei letztlich diese Suchtprävention fremd und unnachvollziehbar.

4. Praktische Leitlinien

4.1. Kompetenz entwickeln

Letztlich müssen in jedem Bereich der sozialen wie gesundheitsorientierten Arbeit spezifische Kompetenzen entwickelt werden. Eine wesentliche Voraussetzung dafür wiederum ist das Erlangen von **Wissen** über die Zielgruppen, ihre Verhaltensweisen, ihre sozial-kulturellen Hintergründe, ihre frühere und jetzige Lebenssituation etc. In diesem Kontext hat sich der

- **Einsatz des RAR bewährt.**

Da wir hierzu einen Leitfaden/ Manual verfasst haben, dass in „search II“ um die Monitoring-Module¹¹ ergänzt wurde, hier nur der Hinweis darauf.

Allerdings erhebt das RAR nur Daten und Material sowie spezifische Indikationen für die praktische Umsetzung, es ist kein Ersatz für den Erwerb der spezifischen Umsetzungs**kompetenz**. Folgende Kompetenzebenen müssen unterschieden (und erworben) werden:

- **Selbstkompetenz**

An erster Stelle ist – wie schon erwähnt – die Fähigkeit zu nennen, die eigenen kulturellen Normen, Werte, die eigenen Menschenbilder, ihre kulturhistorische Relativität zu erkennen. Da dies eine außerordentlich komplexe Fähigkeit ist (Kultur- und Subkulturanalyse!), ist es dringend erforderlich, ein entsprechendes selbstreflexives Curriculum vorzuschalten, bevor dann die folgenden Kompetenz- (und damit Kommunikations-)schritte gegangen werden.

- **Sachkompetenz**

Es entspricht unserer Erfahrung, dass jede suchtpreventive Arbeit mit unseren Zielgruppen Wissen voraussetzt: Um die eigene kulturelle Eingebundenheit, die Manifestationsformen und Kommunikationsstrukturen der eigenen Kultur, wie auch die der Zielgruppe(n).

- **Sozialkompetenz**

An vorderster Stelle wäre hier zu nennen, dass eine Grundempathie für die Menschen der Zielgruppe Voraussetzung für jeder weitere (präventive) Arbeit ist. Hierher gehört auch die Fähigkeit, diskursive Kompetenz zu entwickeln,

11 Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.). (2004). *Rapid Assessment and Response (RAR) für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern – Ein Handbuch* (2. erweiterte Aufl.). Münster: Eigendruck. (S. 97ff.)

also die Fähigkeit, Kontakt und Kommunikation so aufzubauen, dass keine (zusätzlichen) Barrieren entstehen, sowie die Kommunikation „kulturadäquat“ auszutragen. Dies fällt besonders schwer, wenn basale Unterschiede in der Wahrnehmung und Einschätzung bestimmter Werte aufeinanderprallen.

***Beispiel:** Nach den Ereignissen des 11. September 2002 in den USA ist die Kommunikation mit Menschen aus islamischen Ländern zusätzlich erschwert. Mitarbeiter/innen des „search“-Projektes berichten, dass hüten wie drüben plötzlich der „Akzent“ in der Begegnung mehr antagonistischer und fundamentaler wurde, teilweise Kommunikation schwer in Gang kam, weil beide Seiten stärker als zuvor verfestigte Fremdbilder zu überwinden hatten („islamische Menschen haben keinen Respekt vor Menschenrechten“ vs. „westlich-christliche Menschen denken und verhalten sich kolonialistisch gegenüber den islamischen Ländern und Menschen“). Zurückzufinden zu einer respektvollen und empathiegeleiteten Kommunikation setzte **soziale Kompetenz** voraus.*

- **Handlungskompetenz**

Handlungskompetenz ist das Ergebnis der Entwicklung der vorangegangenen Kompetenzstufen. Hier wird das Wissen, die Fähigkeit, die eigene wie die fremde Kultur zu analysieren, in praktische Schritte umgesetzt, es geht aber auch um die Gestaltung des Kontakts, der Kommunikation.

Beispiel:

Die Umsetzung eines Aufklärungs-Flyers über Suchtrisiken bestimmter Substanzen, die – so unsere RAR-Ergebnisse – in dieser Zielgruppe vorwiegend eine Rolle spielten, wurde mangels Erfahrung zunächst zwar engagiert, aber recht voluntaristisch umgesetzt (1:1-Übertragung eines inländischen Flyers auf die Zielgruppe, einfache Übersetzung). Folgende Stufen wurden durchlaufen:

1. Erstellung eines Grundmusters des Flyers;
2. Misserfolg bei der Zielgruppe (kein Interesse, Unverständnis, Kritik);
3. Rückkoppelung mit Personen aus der Zielgruppe, die schon lange im Gastland leben (Key Persons: Entwicklung aus der Zielkultur heraus), „kulturadäquate“ Korrektur der Inhalte auf dem Hintergrund der Kultur der Zielgruppe: Sprache, konnotative Verbindungen der Begriffe, Überprüfung der Bilder und Symbole (auch via Internet);

4. kulturadäquate Neufassung der Aufklärungsbroschüre, Druck, Verteilung, Monitoring der Ergebnisse in Kommunikation mit den erwähnten Key Persons.

4.2. Curriculum „Interkulturelle Kompetenz“.¹²

- **Stufe 1: „Kulturelle Sensibilisierung“**

Es hat sich bewährt, als didaktisches Mittel der Initialsensibilisierung eine eher spielerische Simulation der zentralen Themata zu wählen. Es stehen in beinahe allen Ländern Materialien zu Verfügung (für Rollen- und Theaterspiele z. B.), die weniger auf die rational-kognitiven Erkenntnisprozesse zielen als auf die affektiven, emotionalen.

- **Stufe 2: „Methoden der Kulturanalyse“**

Hier werden die Methoden der Kulturanalyse vermittelt, die in zunächst ebenfalls spielerischer und affektiv orientierter Form interkulturelle Konzepte vermitteln auf der Basis der „Missverständnisse“, die aus den unter „Was ist eigentlich kultureller Unterschied“ diskutierten Aspekten resultieren können. Unsere Erfahrung ist, dass hier die Rolle des Humors, der humorvollen Nachstellung von Situationen der interkulturellen Begegnung, die jeder kennt, besonders erfolgreich ist. Es ist hier nicht nur die Bewegung der abstrakten Begriffe notwendig, sondern die Reflexion der eigenen – möglicherweise noch unbewussten – Erfahrungen: Erst die Integration von Erfahrungen mündet in Verstehen

- **Stufe 3: „Ausgangspunkt: Eigene Kultur“**

Wie schon mehrfach erwähnt, sollte sich die Phase der Analyse der *eigenen* Kultur anschließen, um einer ethnozentrischen Ausrichtung der interkulturellen Begegnung vorzubeugen¹³. Hier vermischen sich eher affektiv und kognitiv orientierte Lernformen und –inhalte. Wir gehen davon aus, dass eine ungenügende Kenntnis der eigenen Kultur (und des eigenen kulturbedingten Verstehens und Handelns) zwangsläufig zu einem nur oberflächlichen Verstehen einer Zielkultur führen wird

12 Es ist uns bewusst, dass wir hier sehr „ideal“ argumentieren; die Wirklichkeit der Umsetzung von Suchtprävention mit unseren Zielgruppen ist sicherlich in vielfacher Hinsicht komplizierter, vielschichtiger. Trotzdem scheint uns die eher „abstrakte“ Darstellung geeignet, grundlegende Aussagen zu machen, die dann spezifisch variiert werden können.

- **Stufe 4: „Analyse der Zielkultur“**

Ausgehend von den Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur kann sodann eine Analyse der *Zielkultur* angegangen werden. Hierher gehören Zeugnisse dieser Kultur ebenso wie die Bilder, die in den Betrachtern präexistieren. Gerade diese letztgenannte Ebene macht die Analyse kompliziert: Die bunte Vielfalt einer Zielkultur reduziert sich schnell auf *Vorstellungen über* sie. Ein besonders anschauliches Beispiel erleben wir bei der Auseinandersetzung mit islamischen Zielkulturen: Es ist beinahe unmöglich, in Westeuropa ein Bild über islamische Gesellschaften und Kulturen zu entwickeln, das nicht geprägt wird von den – massenmedial vermittelten – Bildern von Terror und Selbstmordattentaten einerseits, Kopftüchern und Burka andererseits. Letztlich geht es aber nicht um eine politisch-wertende Auseinandersetzung mit der Zielkultur, sondern um ihr *Verstehen*, um Ansatzpunkte für Suchtprävention zu finden. Nach unserer Erfahrung werden diese beiden Ebenen häufig verwechselt: Die Folge sind (gegenseitige!) Projektionen bestimmter Zuschreibungen, die eine offene Kommunikation verhindern.

- **Stufe 5: „Überprüfung“**

Hier gilt es, die gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen umzusetzen und im Kontakt mit der Zielkultur zu erproben und ggf. zu verändern. Es gilt, im praktischen Kontakt mit den Menschen der Zielkultur das eigen Wissen zu überprüfen, um der Stereotypisierung der Vorstellungen zu begegnen.

Eine wichtige Erfahrung war dabei, dass die Fremdheitserfahrung höchst unterschiedlich ausgeprägt war von Zielgruppe zu Zielgruppe. „search“ war ein Projekt von Praktikern für Praktiker, kein wissenschaftliches Projekt. Während die eine Gruppe (z. B. im Kontakt mit Menschen aus den Balkanländern) feststellte, dass „so groß die kulturellen Unterschiede nicht seien“ und dass „lediglich der riskante Alkoholkonsum, der von diesen Menschen offenbar völlig unkritisch gesehen wird“ diese von den Standards des Gastlandes unterscheidet, empfanden andere wiederum den Kontakt zu außereuropäischen Asylbewerber-Gruppen als „letztlich für uns völlig unverständlich“, sie beklagten, dass sie keinen oder nur kaum Kontakt aufbauen konnten.

13 In der Literatur wird der „ethnozentrische Ausgangspunkt“ der interkulturellen Begegnung als normal und natürlich dargestellt. Es kommt darauf an, diesen zu entwickeln hin zu interkultureller Öffnung.

Unsere Erfahrung ist, dass letztlich auch die eigenen „geschulten“ Deutungs- und Verstehensprozesse Grenzen erfahren. Dies wahrzunehmen ist wichtig gerade auf dem Hintergrund einer „Informationsgesellschaft“, die suggeriert, alles sei versteh- und nachvollziehbar, wenn man nur über genug Informationen verfüge. Unsere Erfahrung im „search“-Projekt andererseits macht deutlich, dass im interkulturellen „Fremdheitskontakt“ tatsächlich viele kognitive Dinge tatsächlich begreifbar sind, gerade aber auf der Ebene der affektiv gesteuerten Prozesse erfährt dieses Verstehen Grenzen.

Solche Schwierigkeiten sind – schauen wir zurück auf 3 Jahre Projektarbeit – typisch für die interkulturelle Gesundheitsarbeit. Sie werfen im Übrigen einmal mehr ein Licht darauf, dass die Gruppen couragiert werden müssen, sich für sich selber zu engagieren, obgleich wir nicht verkennen, dass dies gerade für unsere Zielgruppen außerordentlich schwer ist:

- Die Lebensbedingungen in den Gastländern lassen oft eine freie Organisation der eigenen Interessen nicht zu,
- Selbstorganisation setzt eine gute Kenntnis der kulturellen, sozialen und politischen Gegebenheiten des Gastlandes voraus.

Interkulturell kompetent Handelnde sollten eine negative Bewertung von Unterschieden vermeiden, der Zielkultur Respekt entgegenbringen und ein gehöriges Maß an Empathie und Toleranz mitbringen. Das Einbeziehen von Menschen aus der Zielkultur ist unverzichtbar. Ob und in welcher Form allerdings „Peer Education“-Konzepte die Basis der Arbeit sein können, hängt wiederum von den Zielkulturen ab: Auch dieser Ansatz ist mitteleuropäisch-kulturgeprägt!¹⁴

14 ...Zwischenbemerkung...

Die Diskussion über „interkulturelle Kompetenz“ wird in Europa unterschiedlich geführt. Während in den meisten nordeuropäischen Ländern seit vielen Jahren eine differenzierte Diskussion darüber geführt wird, ist in den meisten südeuropäischen Ländern diese Diskussion noch „in den Kinderschuhen“. Dies zeigt sich in der Zahl der Veröffentlichungen wie auch in den Praxisprojekten. Aus unserer Sicht ist dies darauf zurückzuführen, dass die südeuropäischen Länder traditionell eher „Auswanderungsländer“, während die nordeuropäischen „Einwanderungsländer“ waren. Dies beginnt sich seit dem Fall des „eisernen Vorhangs“ entscheidend zu ändern, hat aber auch Gründe in der europäischen Integration sowie in den zunehmenden Problemen der armen Länder.

Was macht „INTERKULTURELLE KOMPETENZ“ aus?

Zusammenfassung

Das diesem Kapitel vorausgeschickte Zitat beschreibt, was „interkulturelle Kompetenz“ ausmacht:

- **Empathie.** Menschen, die in der Zuwanderung von Menschen aus „fremden“ Kulturen eine Bedrohung der eigenen Kultur sehen („Untergang des Abendlandes...“), mögen für diese Auffassung plausible Argumente kennen: Interkulturelle Kompetenz besitzen sie wahrscheinlich nicht!
- **Anteilnahme.** Hinter jeder Flucht, hinter jedem Asylgesuch steckt eine dramatische, oft traurige Geschichte. Sie fordert unsere Anteilnahme heraus!
- **Erkennen von Affekten.** Vieles in der Kommunikation mit (dem) Fremden läuft über die Gefühls- und Wahrnehmungsschiene. Unsere „verkopften“ westeuropäischen Gesellschaften versuchen oft genug, diese Dimension, diese Wurzeln unseres eigenen Handelns und Empfindens zu „rationalisieren“: Das aber ist nur uns vertraut!
- **Sinnliche Erfahrung.** D. h. eine solche, die sich nicht – wie zuvor genannt – verlässt auf die rationalen Dimensionen der Begegnung mit der Fremdheit, sondern die sinnliche Begegnung einschließt, die Begegnung mit allen Sinnen.
- **Querdenken.** Dies fällt oft genug schwer in Gesellschaften, die Denkrichtungen und Inhalte der Gedanken nur zu gern vorschreiben möchten.
- **Scharfsinn.** Fraglos gehört dieser zu den Grundnotwendigkeiten interkultureller Kommunikation: Erkennen, Deuten, Verstehen setzen Scharfsinn voraus!
- **Neugier.** Ohne diese wird niemand die Begegnung mit Menschen anderer kultureller Herkunft interessant, spannend und bereichernd finden.

- **Weisheit.** Sie konfrontiert die schnelllebigen Klischees der Jetztzeit mit der historischen Gewordenheit von Kultur.
- **Nachsichtigkeit.** Sie steht der Weisheit nicht nach, denn Sie erlaubt es, Verschiedenes zu ertragen und Gleiches zu erkennen.
- **Anamnese.** In jeder Flucht, in jeder Migration steckt eine Geschichte, die man kennen muss, um verstehen zu können.
- **Stereotypien.** Sie erlauben es uns nicht, die wirklichen Menschen zu sehen (und ihnen zu begegnen), sondern nur die Bilder, die wir uns von ihnen machen.

Einige methodische und organisatorische Aspekte der Suchtprävention: One size fits all?...

In den meisten europäischen Ländern werden im Bereich der Suchtprävention folgende *Methoden* angewandt und eingesetzt:

- Peer Education („Training von Gleichgestellten“)
- Life Skills Training: Einüben von Ansätzen der „Lebenskunde“ wie Konfliktbewältigung, Gewaltdeeskalation, soziale Orientierung, Frustrations- und Ambiguitätstoleranz etc. sowie die Unterscheidung in *affektiv orientierte* und *kognitiv orientierte* Ansätze. Eine spezifische Unterform ist die
- Risikokompetenzorientierung („Autonomes Handeln der Subjekte auf dem Hintergrund von geschulter Risikokompetenz“).
- Furchtappelltechniken („Wissen über schädliche Wirkungen im affektiven Bereich verankern“).

Grundsätzlich gilt: Es gibt in den meisten europäischen Ländern keine „staatlich vorgegebenen Regeln, Strukturen und Inhalte“ der Suchtprävention. Entsprechend wählt der einzelne Träger als methodischen Ansatz die von ihm/ seinen Mitarbeitern/innen bevorzugte Methodik, auch wenn die Orientierung an Evidenz, die Forschungsergebnisse und Erfahrungswissen einbezieht, mittlerweile in vielen Einrichtungen der Suchtprävention fachlicher Standard ist.

Als gesicherte *methodische Basis* kann gelten, dass bei allen spezifischen Methoden der Kommunikationskreislauf zwischen der kognitiven Dimension („Wissen“), und der affektiven Dimension („Einstellungen“) in je spezifischen

Lern- und Trainingstechniken stattfindet (Verbindung von Wissen und Einstellungen in der konkreten suchtpreventiven Aktion).

Auf der **organisatorischen** Ebene ergibt sich in Europa ein buntes Bild verschiedener Fakten:

- Suchtprevention in *Netzwerken*, als Aufgabe spezifischer, unabhängiger Facheinrichtungen oder als Bestandteil der Suchthilfeorganisationen (aber auch angebunden bei Jugendämtern, in Betrieben).

Suchtprevention als *ehrenamtliche* Betätigung ist die Ausnahme (Elternselbsthilfverbände z. B.), die Wahrnehmung der Aufgaben durch Professionelle ist eher die Regel.

- Monitoring und insbesondere die Evaluation der Ergebnisse suchtpreventiver Aktivitäten gehören kaum zu den Standards. Die EMCDDA hat in den letzten Jahren mehrere Publikationen zu dem Thema „Evaluation im Bereich der Suchtprevention“ publiziert (EMCDDA 1998a & 1998b) und stellt – europaweit kommentierend – fest, dass diese spezifische Ergebnis- und Wirksamkeitsüberprüfung noch am Anfang der Entwicklung stehe.
- „Evidence based drug prevention“ (analog der evidence based medicine) wird in einigen Ländern als Zukunftsaufgabe der Suchtprevention beschrieben. Mangels einer zentralen Sammlung und Auswertung geeigneter Methoden (s. vorherigen Punkt) bleibt dies aber derzeit immer noch eher eine theoretische Diskussion.

Für die suchtpreventive Arbeit mit unseren Zielgruppen allerdings gibt es auch im methodischen Bereich keine „1:1-Übertragung“ suchtpreventiver Ansätze. Während in Mitteleuropa die Ansätze des Furchtappells beispielsweise als nicht mehr lege artis angesehen werden, können sie bei einigen Asylbewerber- und Flüchtlingsgruppen höchst wirksam sein. Entscheidend wird hier noch eine zweite Dimension sein (die in Europa eher zu vernachlässigen ist): *Wer* nämlich die suchtpreventiven Botschaften vermittelt und nicht nur, *wie* sie vermittelt werden.

Beispiel: Menschen aus Ländern/Kulturen mit stark ausgeprägter sozialer Prestige-Hierarchie werden präventive Botschaften von Menschen mit Berufen, die im Herkunftsland hohes Ansehen genießen (Ärzte z. B.) eher annehmen als von Sozialarbeitern (und umgekehrt). Dies gilt auch für Peers: Gleichgestellten können und dürfen keine „Du sollst nicht...“-Botschaften ohne Gesichtsverlust abgenommen werden; es muss eine deutli-

che Hierarchie (des Wissens, der Rolle, der gesellschaftlichen Position etc.) im Kontakt vorhanden sein. Gruppenarbeit ist eine in vielen Kulturen völlig ungewöhnliche Umgebung für solche „botschaftsgeprägten“ Begegnungen, zumal dann, wenn die Hierarchie in diesen Gruppen nicht der eigenen Normen- und Wertestruktur entspricht.

Menschen aus wiederum anderen Kulturen können bei den geschilderten Beispielen sehr anders reagieren: Sie würden Botschaften von „Höhergestellten“ als eher demütigend oder doch zumindest belehrend erleben und auf der Ebene der Gleichgestellten ansprechbar sein.

Diese Beispiele haben uns gezeigt, dass die zuvor erwähnte Kulturanalyse unabdingbare Voraussetzung auch für die Wahl der Methode(n) in der präventiven Arbeit ist. Auch auf der Ebene der Organisationen, die Suchtprävention anbieten, ist Vorsicht und kultursensibles Fingerspitzengefühl angebracht: Wird der Kontext der suchtpreventiven Aktion als potenziell bedrohlich erlebt¹⁵, treten methodische Überlegungen in den Hintergrund!

Eine weitere Bemerkung ist angezeigt angesichts der oftmals dramatischen und traumatischen Fluchthintergründe: Die massive Desorganisation der Persönlichkeit durch die der Flucht vorausgegangenen Prozesse oder durch die Flucht selber erzeugt psychische und/oder physische Störungen, die sich in vielfältigen Symptomen ausdrücken, auch in Suchtmittelkonsum und Suchtgefährdung. (Psychotherapeutische und andere stützende) Maßnahmen der Traumaaarbeit gehören nach unserer Erfahrung geradezu selbstverständlich in den Kanon der suchtpreventiven Angebote, werden aber lediglich in einigen Ländern umgesetzt, und auch hier oftmals nur durch NGOs, die sich dieser Aufgabe annehmen. Das Wissen über die dramatischen Persönlichkeitsbelastungen, die die Traumata vor, während und nach der Flucht darstellen, wie auch über die *Behandlungsmethoden* steht zur Verfügung, erneut fehlen aber oftmals Ressourcen und politischer Wille, dieses auch in Aktion und Angebote münden zu lassen.¹⁶

15 Wir erinnern daran, dass oftmals gerade Flüchtlinge und Asylbewerber aus Ländern flohen, wo es keine unabhängigen, nicht staatlich kontrollierten und zensierten Gesundheitsorganisationen gibt. Sie werden gegenüber den vergleichbaren Institutionen auch des Gastlandes unwillkürlich misstrauisch und vorsichtig reagieren!

16 Vgl. z. B. Kruse (2002)

5. Die Organisation des praktischen Prozesses

5.1. Vorbemerkung

Wir gehen bei der weiteren Darstellung davon aus, dass auf der kommunalen Ebene zwei wesentliche Faktoren zur Verfügung stehen oder erreicht werden können:

- Interesse der politisch Verantwortlichen an der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen, Asylbewerbern und ggf. auch den illegalen Zuwanderern, und damit auch
- Mittel und Ressourcen, die dafür notwendigen Schritte zu tun.

Beide Faktoren scheinen uns in der gegenwärtigen Entwicklung der Sozialsysteme in den meisten europäischen Ländern nicht automatisch gegeben zu sein. Unser „search“-Projekt war insofern „privilegiert“, als hier EU-Mittel zur Verfügung standen. Allerdings ging an vielen Standorten des „search“-Projektes die Auswertung der Ergebnisse und die weitere Planung direkt hinein in die *politische Überzeugungsarbeit*.

5.2. „Wissen“

Wir stellten bereits dar, dass das Erlangen von *Wissen* über die Zielgruppe zu den unabdingbaren Voraussetzungen der Projektarbeit zählt. Die Durchführung **eines RAR**¹⁷ scheint uns eine insbesondere bezüglich der Kosten/Aufwand<->Nutzen-Relation geeignete Methode, um eine umfassende Datensammlung über die Zielgruppe(n) zu erstellen und gleichzeitig den Prozess zu begleiten, auszuwerten, Korrekturen vorzunehmen und zu evaluieren.

Der erste Schritt ist das **Sammeln von Informationen** über die Herkunftshintergründe der Zielgruppen (Internet, Veröffentlichungen, Zeitungsberichte etc.) sowie der Aufbau von Kontakten vor Ort (Key Persons, ggf. aus der Zielgemeinschaft).

Durch ein **Mapping** der verfügbaren Informationen wird einerseits eine „Wissenslandschaft“ erstellt und gleichzeitig der Wissensabruf reproduzierbar gemacht.

17 Vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2004)

5.3. „Zugang“

Das Einbeziehen von Menschen aus der Zielgruppe ist nach unserer Erfahrung ein „Kompetenz-Pool“, den es auszubauen gilt (z. B. anerkannte Asylbewerber aus der Zielgruppe).

Die Migrationsorganisationen der Region (professionelle, ehrenamtliche), Selbstorganisationen der Zielgruppe(n), Suchthilfeorganisationen, Gesundheitsdienste – aber auch vielfältige Einzelpersonen – verschaffen „multiple Zugänge“ zu den Zielgruppen.

Die Rolle von Dolmetschern muss hier erwähnt werden: Auch Dolmetscher müssen „interkulturell geschult“ sein, sie müssen über die sozial-kulturelle Bedingtheit der eigenen Werthaltungen wie auch die der Zielgruppen reflektieren können.

5.4. „Aktion“

Nach unserer Erfahrung lassen sich suchtp Präventive Aktionen für unsere Zielgruppen am besten durch die *Einbeziehung von Key Persons*¹⁸ durchführen. Im idealen Falle sind diese akzeptierten Personen aus der Zielgruppe, sie genießen Respekt und Akzeptanz¹⁹. Sie haben eine gemeinsame Basis mit den Personen der Zielgruppen, können ein Wir-Gefühl viel eher und glaubwürdiger erzeugen. Gleichzeitig sind sie die Brücken in die Welt des Gastlandes, können die Strukturen erklären, wirken dabei glaubwürdig („kulturelle Mittler“). Dieses Konzept der Kulturmediatoren (cultural mediators) ist in einigen Ländern bereits entwickelt, und wird in allen möglichen Vermittlungsfragen zwischen Migrantengruppen und den Personen und Institutionen des Gastlandes erfolgreich praktiziert.

Eine *kultursensible* Auswahl der eingesetzten Mittel und Medien ist eine weitere Voraussetzung für eine Akzeptanz. Der Medieneinsatz „muss so gestaltet werden [...], dass er eine Akzeptanz bezüglich der Medieninhalte (also des Symbolsystems) gewährleistet.“²⁰

18 vgl. Tuna (1999:104ff.)

19 Allerdings müssen auch diese Key-Persons geschult werden in interkultureller Kompetenz!

20 Vgl. Tuna (1999:121)

*Faktoren, die eine Nutzung **vorhandener** Angebote der Suchtprävention und Suchthilfe für Migranten erschweren:*

- *„Kommunikationsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art im Kontakt mit Suchtfachkräften;*
- *kaum Problembewusstsein bezüglich der Drogenproblematik [...];*
- *unzureichende Kenntnisse über vorhandene Hilfsangebote der Suchthilfe;*
- *fehlende Angebote muttersprachlicher, bilingualer und kulturspezifischer Beratung und Therapie;*
- *Misstrauen gegenüber [...] Institutionen und Behörden [des Gastlandes – d. V.]*
- *Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen und daher Flucht in die Anonymität;*
- *Tabus in Bezug auf die Drogenproblematik und der Wunsch, die eigenen kulturellen Werte zu bewahren.“*

(Ramazan SALMAN, Jürgen COLLATZ, Interkulturelle Suchtprävention und Beratung – Qualifizierung von „Key-Persons“ und Aufklärungsveranstaltungen, in SALMAN/TUNA/LESSING, a. a. O., S. 129)

Die eingesetzten *Methoden der Suchtprävention* müssen ebenfalls darauf überprüft werden, ob sie den Prozess eher fördern oder behindern (vgl. vorhergehendes Kapitel).

5.5. „Nachhaltigkeit“

Die Projekterfahrungen zeigen, dass die Entwicklung suchtpreventiver Hilfen für die Zielgruppen nur möglich ist, wenn sie langfristig und nachhaltig konzipiert werden. In den meisten Fällen konnten die Projektaktivitäten eingebunden werden in bestehende migrations- oder gesundheitsspezifische Netzwerke, in vielen anderen Fällen allerdings entstanden solche Netzwerke oder Arbeitsbündnisse erst aus den Fokus-Gruppen des RAR-Prozesses heraus. Um in solchen Bündnissen dauerhaft aktiv zu bleiben, bedarf es einer institutionellen

Verantwortlichkeit: Eine Institution muss sich dieser Aufgabe dauerhaft stellen. Hier können keine europaweit gültigen Hinweise gegeben werden, zu unterschiedlich ist die Organisation der Hilfen von Land zu Land. Generell jedoch gilt: Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Migranten ist ein Unterthema der gesundheitsorientierten Migrationsarbeit im Allgemeinen. Entsprechend sind Organisationen der Migrations- und Suchtarbeit sowie ihre Netzwerke die geeigneten Anlegestellen für die nachhaltige Organisation der „search“-Projektziele.

5.6. „Monitoring“

Die Zielgruppen des Projekts unterliegen häufig schnellem Wandel.

- Deutlich wurde dies z. B. in der Bürgerkriegssituation im ehemaligen Jugoslawien: Große Flüchtlingsströme gingen in fast alle europäische Länder. Nach der Befriedung der Gebiete allerdings gingen die meisten Menschen sehr rasch in ihre Heimat zurück.
- Änderungen der nationalen Zuwanderungspolitik verändern Zugangswege zu den Zielgruppen, die Hilfelandschaft ändert sich vollständig, etc.
- Aber auch *innerhalb* der Zielgruppen können wesentliche Veränderungen vorkommen (andere religiöse und/oder ethnische Zusammensetzung bei gleichem Herkunftsland, Veränderungen des Risikoverhaltens in Bezug auf Suchtmittel, etc.).

In „search II“ wurde – nach dem erfolgreichen Erproben der RAR-Methode in der ersten Projektphase – das RAR-basierte Monitoring eingesetzt²¹, das sowohl in der Lage war, Veränderungen bei den Zielgruppen rasch und zuverlässig zu erfassen, als auch die Ergebnisse der ersten Projektphase zu evaluieren.

Der Einbau „evaluativer Schleifen“ gehört selbstverständlich zu der forschungsbasierten Fortschreibung der Suchtpräventionsarbeit für unsere Zielgruppen.

5.7. „Politischer Raum“

Wir erwähnten unter „Nachhaltigkeit“ bereits das Gebot, die hier beschriebenen Arbeitsansätze nachhaltig zu Verankern, zunächst auf der fachlichen Ebene. Dies allerdings setzt voraus, dass es einen politischen Willen, ein politisches Mandat für diese Arbeit gibt, denn ohne dieses wird es keine (zusätzlichen) Ressourcen geben. Wir sind der Überzeugung, dass die europäischen Gesellschaften, die sich den Menschenrechten, der Genfer Flüchtlingskonven-

21 Vgl. entsprechendes Kapitel in der zweiten Auflage des RAR-Manuals: [97ff.]

tion und christlich-sozialen Grundwerten der Sozial- und Gesundheitspolitik verpflichten, aufgefordert sind, Mittel und Interesse zur Verfügung zu stellen, um den Menschen, die in ihre Grenzen, in ihre Regionen kommen, umfassende Gesundheitshilfen zur Verfügung zu stellen. Gleichwohl erfuhren wir während der Projektlaufzeit, dass viele nationale Gesetzgebungen den Zugang unserer Zielgruppen zu einer (besseren) öffentlichen Gesundheitsversorgung geradezu verunmöglichen (z. B. Zugang zum Suchthilfesystem und zur Suchttherapie in Deutschland). In vielen Ländern Europas ist die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus weitgehend abhängig von privater caritativer Initiative; häufig werden Suchterkrankungen bei Asylbewerbern als Hindernis für die Anerkennung ihres Asylbegehrens angesehen oder zumindest gehandhabt.

Gleichzeitig leben in vielen europäischen Ländern Asylbewerber unter unwürdigen Bedingungen, teilweise in haftähnlichen Unterkünften; sie haben häufig keine Rechte, sich frei zu bewegen, Kontakte mit dem Menschen des Gastlandes zu pflegen, zu arbeiten, ihre Kinder zur Schule zu schicken. Sie verfügen nur über minimale finanzielle Ressourcen; sie werden als Sündenböcke für die schwierig werdende Gesundheits- und Sozialpolitik vieler Länder gebrandmarkt, was wiederum Segregierung und Stigmatisierung fördert oder gar erst provoziert, xenophobisch begründete Isolierungen und Diskriminierungen fördert. Diese Lebensbedingungen machen Angst, Unsicherheit, sind Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung.

Hier verlässt – wir betonten dies bereits – die Projektarbeit den Bereich der *verhaltensorientierten* Suchtprävention hin zur *verhältnisorientierten* Suchtprävention. Organisationen und Träger von Projekten, die sich zur Aufgabe stellen, Suchtprävention auch für die hier beschriebenen Zielgruppen umzusetzen, müssen auch politisch aktiv werden, eine Art aufklärende Lobby für die Betroffenen bilden.

Literatur

- Auernheimer, G. (2002). Interkulturelle Kompetenz – ein neues Element pädagogischer Professionalität? In: Auernheimer, G. (Hrsg.). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*, 183-205. Opladen: Leske+Budrich.
- Domenig, D. (2001). *Migration, Drogen und transkulturelle Kompetenz*. Bern: Hans Huber.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hrsg.). (1998b). Evaluating Drug Prevention in the European Union. *EMCDDA Scientific Monograph Series. No. 2*.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hrsg.). (1998b). *Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme-planners and evaluators*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1990). *Psychoanalyse der Migration und des Exils*. München/Wien: Verlag internationale Psychoanalyse.
- Kruse, C. (2002). Sozialarbeit und Sozialtherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. In: Bircki, A., Pross, C., & Lansen, J. (Hg.). *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin*, 79-95. Berlin: Springer.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.). (2004). *Materialien zur Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer - Ein Handbuch*. Münster: Eigendruck.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.). (2004). *Rapid Assessment and Response (RAR) für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern - Ein Handbuch* (2. erweiterte Aufl.). Münster: Eigendruck.
- Maletzke, G. (1996). *Interkulturelle Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rommelspacher, B. (1995). *Dominanzkultur. Texte zur Fremdheit Macht*. Berlin: Orlanda.
- Tuna, S. (1999). Konzept, Methoden und Strategien migrationsspezifischer Suchtpräventionsarbeit, in: Salman, R., Tuna, S., & Lessing, A. (Hrsg.): *Handbuch interkulturelle Suchthilfe*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- von Schlippe, A., El Hachimi, M., & Jürgens, G. (2003). *Multikulturelle systemische Praxis. Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision*. Heidelberg: Carl-Auer.
- World Health Organization (Hrsg.). (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Genf: WHO.



Fotoreportage „Wohnkonzept Flüchtlingsunterkünfte der Stadt Münster“ Abschlussarbeit im Rahmen der Gesellen- prüfung zum Fotografen

Martin Albermann

„Freies Thema“ im Rahmen der Gesellenprüfung

Im Mai 2015 legte Martin Albermann nach dreijähriger Ausbildung beim LWL-Medienzentrum für Westfalen in Münster seine Gesellenprüfung ab. Insgesamt vier Aufgabenbereiche waren zu bewältigen: drei Pflichtthemen sowie ein sogenanntes „freies Thema“, das den Prüflingen die Möglichkeit bietet, ihren persönlichen Interessen zu folgen und einen fiktiven Auftrag vor der Konzeption, über die Erstellung der Fotos bis hin zur Präsentation auszuführen. Laut Vorgabe soll die Aufnahmeserie zwischen drei und sechs Aufnahmen umfassen, um so möglichst realitätsnahen Annahmen hinsichtlich Umfang und Verwendungszweck zu entsprechen. Die neun gezeigten Motive sind innerhalb von drei Tagen entstanden.

Konzept

Im Rahmen der Ausbildung entdeckte Martin Albermann sein Interesse an Reportage- und Dokumentarfotografie. Seine Affinität zu gesellschaftspolitischen Themen sowie die zunehmende öffentliche Diskussion um die menschenwürdige Unterbringung von Flüchtlingen ließ Albermann zu dem Schluss kommen, eine Fotoreportage zum „Wohnungskonzept Flüchtlingsunterkünfte der Stadt Münster“ zu realisieren. Die Stadt Münster fungiert dabei als fiktive Auftraggeberin, die die Motive später für die eigene Öffentlichkeitsarbeit verwenden möchte. Auf Wertungen der Wohnsituation wurde daher bewusst verzichtet. Die drei zum Zeitpunkt der Gesellenprüfung in Münster realisierten Unterbringungsformen dienen Albermann als Gliederung seiner Fotoreportage: neues integratives Wohnkonzept mit begrenzter Personenzahl im Objekt; Umnutzung von Leerständen, sog. BIMA-Häuser der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben; Container- Unterbringung. Seine Reportage verfolgt das Ziel, den Raum und die Flüchtlinge in Beziehung zu setzen. So entstehen an jedem Unterkunftsstandort dokumentarische Architekturaufnahmen, die das dortige Leben andeutungsweise erkennen lassen. In einem weiteren Schritt sollen die Menschen in ihren alltäglichen Situationen gezeigt werden, dabei nutzt er auch die Darstellungsform des Portraits.

Realisierung und Ausstellung

Die Realisierung der Fotoreportage innerhalb von nur drei Tagen erforderte eine intensive Vorbereitung; hierfür standen drei Wochen zur Verfügung. Neben der Einarbeitung in die Flüchtlingsthematik galt es, Unterstützer zu finden, vor allem die Stadt Münster (Koordinierungsstelle für Migration und Interkulturelle Angelegenheiten, Städtisches Sozialamt). Nach Besuchen von insgesamt 12 relevanten Flüchtlingsunterkünften wählte Martin Albermann drei Standorte aus: Angelsachsenweg, Hoppengarten, Roxel. Wichtige Menschen vor Ort, auch bereits ein bis zwei Wochen vor Beginn der eigentlichen Fotoreportage, waren Hausmeister und Sozialarbeiter, die Albermann zu abgesprochenen Terminen den Zugang in die Unterkünfte und damit erste vertrauensbildende Kontakte und Terminabsprachen ermöglichten. Die Aufnahmen selbst entstanden zumeist im Rahmen der Sprechzeiten der Sozialarbeiter.

Die Abschlussarbeit bestehend aus sechs Motiven wurde für die Präsentation im Stadtmuseum um jeweils ein Motiv pro Unterkunftsstandort erweitert.

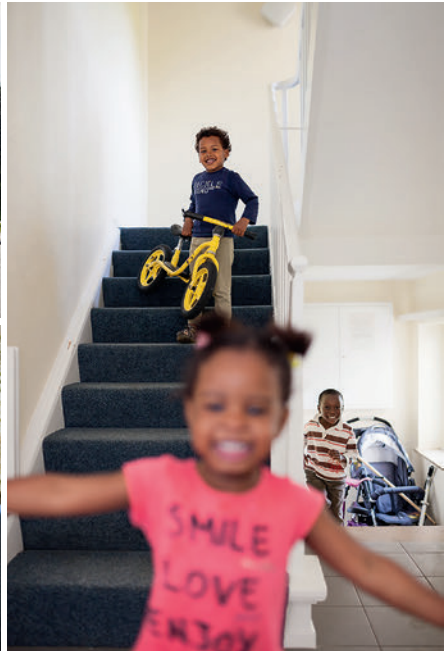
Die Resonanz bei den Flüchtlingsfamilien war insgesamt sehr positiv. Häufig bekam er über die Kinder Kontakte zu den Familien, und so entstanden zusätzlich Aufnahmen für das Familienalbum. Als Dankeschön erhielten die Familien einige Erinnerungsfotos.

Perspektiven

Das LWL-Medienzentrum für Westfalen beschäftigt Martin Albermann nach der Gesellenprüfung ein weiteres Jahr. In dieser Zeit wird ihm die Möglichkeit geboten, sein Projekt fortzusetzen.

Martin Albermann

wurde am 25. Oktober 1992 in Mettingen geboren. Nach Erlangen der Fachhochschulreife begann er im August 2012 eine dreijährige Fotografenausbildung beim LWL-Medienzentrum für Westfalen. Als Jahrgangsbester wurde Albermann vom Verband der Berufsfotografen Westfalen im Rahmen der Lossprechungsfeier vom 14. Juni 2015 im HBZ Münster ausgezeichnet. Auch sein Ausbildungsbetrieb erhielt eine Auszeichnung.



Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Rauschmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die mehr als 730 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.

Die LWL-KS ist als Beraterin und Koordinatorin der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Fach-einrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler, aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse sowie die aktuelle Gesetzgebung und moderiert die kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 26.350 Fachkräfte zu Suchtthemen in Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen. Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzenden Arbeitsfeldern unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus. Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten Modellprojekte sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung.



Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur. Der LWL wird durch ein Parlament mit 116 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.



LWL-KOORDINATIONSSTELLE

Sucht Fragen Sie uns
doch einfach.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
48133 Münster

Tel.: +49 251 591-3267
Fax: +49 251 591-5484

E-Mail: kswl@lwl.org

