



Leitlinien¹

zur Suchtprävention mit Asylbewerbern, Flüchtlingen und illegalen Migranten

Aktualisiert April 2016

¹ Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.). (2004). *Materialien zur Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer – Ein Handbuch*. Münster: Eigendruck.

Prolog

Rezept für “interkulturelle Kompetenz”

verändert nach dem Buch: „Multikulturelle systemische Praxis“²

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 Geschmackskorrigenz
Anwendung: nicht oberflächlich, gefühlvoll

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 „Busi-

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“.

ness-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 gewonnen 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.

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 Detailaspekten, 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

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

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.

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

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 bedeutendsten 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“

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 migrationspezifisch 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 PraktikerrInnen im Gesundheitsbereich“ (WHO, 1986).

3. Methodische Leitlinien

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

3.1. Bei sich selber beginnen

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 Fremdrelexion. Dabei gilt grundsätzlich, dass eine Oberflächlichkeit der Kenntnisse über die *eigene* Kultur zwangsläufig zu einer Oberflächlichkeit der Fremdrelexion 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 Rolle⁵.

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

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:

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

3.3. Was ist „kultureller Unterschied“?⁶

„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 kulturbe- dingten 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.

„Sprachliche Verständigung“

Allgemein ist für jeden Migranten das Leben und Bewegen in einer fremden Umge- bung primär auch ein „Verständigungsproblem“. Sprache drückt mehr aus als die lexi- kalisch „über-kulturell“ definierte Wortbedeutung (unterschiedliche Begriffs- und Be- deutungssysteme). 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 kul- turgebundene 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 Bedeu- tungen 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 an- deren Kulturen völlig unterschiedliche und gegensätzliche Bedeutungen haben. Dies ist insbesondere für die Formulierung „präventiver Botschaften“ von großer Bedeu- tung: Gesundheit, Risiko, Eigenverantwortlichkeit, Selbstreflexion usw. sind Begriffe,

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

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 suchtpreventiven 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 Sprachkultur-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.

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 vorausset-

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.

zungslos 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 egalieren 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 *Umsetzungskompetenz*. 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 Subkulturalanalyse!), 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, 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 hüben 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

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.)

*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.

- **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.

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.

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.

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.

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:

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

Suchtprävention als *ehrenamtliche* Betätigung ist die Ausnahme (Elternselbsthilfeverbände 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 Suchtprävention“ 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 Suchtprävention 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 deutliche 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 lassen¹⁶.

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.

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.

¹⁷ Vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2004)

5.4. „Aktion“

Nach unserer Erfahrung lassen sich suchtpreventive 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

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

*Faktoren, die eine Nutzung **vorhandener** Angebote der Suchtprevention 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 Suchtprevention und Beratung – Qualifizierung von „Key-Persons“ und Aufklärungsveranstaltungen, in SALMAN/TUNA/LESSING, a. a. O., S. 129)

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 gesundheitspezifische 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: Suchtprevention 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.

¹⁸ vgl. Tuna (1999:104ff.)

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

²⁰ Vgl. Tuna (1999:121)

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 Flüchtlingskonvention 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

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

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.