

## Bericht zur 1. Nationalen Plattform *Diversity Management* in den Suchthilfeangeboten

11. März 2010, 9.15 – 16.00 Uhr, Bern/Infodrog

### Inhaltsverzeichnis

1. Einführung .....	1
2. Diversity im Gesundheitswesen aus transkultureller Perspektive.....	1
3. Aspekte des Diversity Management in den Suchthilfeangeboten .....	3
4. Bericht aus den Arbeitsgruppen .....	4

## 1. Einführung

Marianne König, Infodrog

Die Diversität der KlientInnen mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Ressourcen, die Vielfalt von verfügbaren Behandlungsansätzen sowie die unterschiedlichen Anforderungen aus Leistungsverträgen und Qualitätsvorgaben stellen Suchthilfeinstitutionen und Suchtfachleute vor komplexe Herausforderungen.

*Diversity Management* heisst Handhabung der Vielfalt. Infodrog will mit der Plattform ein Forum bieten zum Austausch zu dem Thema über Bereichs- und Sprachgrenzen hinweg. Wissen soll zusammengetragen, ausgetauscht und weiteren Interessierten zur Verfügung gestellt werden. In der Plattform soll flexibel auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden eingegangen werden: thematisch, formal, zeitlich. Dies heisst, dass das Mitdenken und die aktive, kontinuierliche Mitarbeit aller gefragt ist.

Im Vorfeld der Plattform gab es einige kritische Bemerkungen und Fragen zum Konzept: Das Diversity-Management-Konzept kommt aus dem Bereich der Unternehmensführung, es hat schlussendlich die Profitsteigerung einer Unternehmung zum Ziel. Wie verträgt sich das mit den sozialen Anliegen in unserem Bereich? Oder: Ist Diversity-Management nur eine Modeerscheinung, ein bequemes „Überflieger-Konzept“, das von der eigentlichen, konkreten Knochenarbeit z. B. in den Bereichen Gender oder Migration ablenkt, diese verdrängt? In welcher Beziehung stehen diese Themen zum Diversity-Ansatz? Solche Fragen können in der Plattform Platz finden, neben ganz konkreten Themen der Handhabung der Vielfalt auf den Ebenen der KlientInnen, der Mitarbeitenden und der Institutionen.

## 2. Diversity im Gesundheitswesen aus transkultureller Perspektive

Zusammenfassung des Referats von Dagmar Domenig, Vizedirektorin Schweiz. Rotes Kreuz / Leiterin Departement Gesundheit und Integration

### Gesundheitsbegriff der WHO

D. Domenig setzt bei einer übergeordneten Ebene, den äusseren Bedingungen an, welche die Arbeit mit der Vielfalt mitbestimmen: gemäss der Gesundheitsdefinition der WHO (bei der im Übrigen das Thema Migration und Gesundheit noch wenig verankert ist), ist der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der

politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. Bei der Gesundheitsförderung geht es darum, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Gesundheitliche Ungleichheiten müssen beseitigt werden, da Gesundheit eine wesentliche Determinante sozio-ökonomischer und politischer Entwicklungsmöglichkeiten ist. Dies gilt auch in Bezug auf MigrantInnen, deren Gesundheit für den sozialen Zusammenhalt einer Gesellschaft wichtig ist (vgl. [WHO/IOM-Dokument, Madrid 3.11.2010](#)).

### **Gesundheitsmonitoring bei MigrantInnen GMM**

Die 2007 durchgeführte [Untersuchung des BAG](#) ergab verschiedene Differenzen im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Migrations- im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung: schlechteres gesundheitliches Wohlbefinden (am schlechtesten: Asylsuchende!), schlechtere psychische Gesundheit, höhere Prävalenzen bestimmter Gruppen bei übertragbaren Krankheiten (HIV/Aids, TBc, Hepatitis, Malaria, STD), ausgeprägteres Risikoverhalten in den Bereichen Tabakkonsum, Bewegung und Ernährung, geringe Informiertheit über die Funktionsweise des Gesundheitssystems, erhöhte Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung, geringe Nutzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten, sowie weitere Unterschiede je nach Herkunft. Integration führt zur Übernahme von Verhaltensweisen der einheimischen Bevölkerung (z. B. auch bezügl. Drogenkonsum).

### **Public-Health-Strategien und -Aktionen**

Ziel der Datenerhebungen, bei denen sich einige methodische und Fragen der Definition stellen, ist die Ausarbeitung von migrationspezifischen Public-Health-Strategien und -Aktionen. Diese müssen darauf abzielen, das Recht auf Gesundheit und Zugang für alle zu gewährleisten, die erhöhte Mortalität und Morbidität zu reduzieren, negative Einflüsse des Migrationsprozesses zu minimieren und positive zu stärken sowie Ungleichheiten im Gesundheitsstatus und im Zugang zum Gesundheitssystem zu beseitigen. Eine Voraussetzung dafür ist ein Diversity Management auf der Grundlage einer transkulturellen Organisationsentwicklung der Institutionen und Hilfsangebote.

### **Diversity Management**

Die Migrationsproblematik kann als gutes Beispiel und Modell für das Diversity Management dienen.

**Diversity-Kompetenz** bedeutet, dass eine Organisation selbst divers ist, in Bezug auf ihre Mitarbeitenden, ihre Dienstleistungen und ihre KlientInnen. Das Diversity Management betrifft diese verschiedenen Ebenen. Folgende Punkte sind einzubeziehen:

- **Abbau von Zugangsbarrieren:** dies betrifft u. a. Kommunikation, Information, Eingehen auf unterschiedliche Hilfesuchverhalten und Erklärungsmodelle rund um die Suchtproblematik
- **Erhöhung der Gesundheitskompetenz** der KlientInnen: es braucht entsprechende Informationen für die KlientInnen (vgl. für den Migrationsbereich: Gesundheitswegweiser, [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)), aber auch Verbesserungen von äusseren Bedingungen (z. B. in der Arbeitsumgebung)
- **Erhöhung der Kompetenz von Fachpersonen im Umgang mit Diversität:** im Zentrum steht die transkulturelle Kompetenz, die u. a. das Bewusstsein für unterschiedliche Erklärungsmodelle der Krankheit und angepasste Interaktionsweisen beinhaltet
- **Transkulturelle Organisationsentwicklung:** es braucht die Verpflichtung der Leitungsebene, klare Verantwortlichkeiten, die migrationspezifische Anpassung von Angeboten und Dokumenten (Systemmanagement), angepasste Weiterbildung und Vernetzung (Marketingmanagement) sowie die Bereitstellung von Ressourcen (Ressourcenmanagement). Für den Suchtbereich sind im QuaTheDA-Referenzsystem und Leitfaden viele Hinweise bezüglich

einer migrationsgerechten Organisation zu finden (mit Stichwort „Migration“ suchen unter [www.quatheda.ch/pdf/de/2006/Referenzsystem-de.pdf](http://www.quatheda.ch/pdf/de/2006/Referenzsystem-de.pdf))

**Weiterführende Hinweise:**

- Domenig, Dagmar: Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern, Hans Huber, 2001
- Domenig, Dagmar [Hrsg.]: Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, Hans Huber, 2007. Darin S. 341-368: Domenig, D.: Transkulturelle Organisationsentwicklung.
- [www.transkulturelle-kompetenz.ch](http://www.transkulturelle-kompetenz.ch)
- [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)

### 3. Aspekte des Diversity Management in den Suchthilfeangeboten

Zusammenfassung des Referats von Jean-Daniel Barman, Direktor Walliser Liga gegen die Suchtgefahren LVT (vgl. die Powerpoint-Präsentation auf [www.infodrog.ch](http://www.infodrog.ch))

Die LVT (gegründet 1972 aus einer Vorläuferorganisation im Alkoholbereich) umfasst vier stationäre und fünf ambulante Suchthilfe-Einrichtungen im Unterwallis.

Hauptziele des Diversity Management sind Zugangserleichterung und Angebotsdiversifizierung. Es geht darum, Ungleichheit, Ausschluss und Stigmatisierung zu überwinden bzw. zu verhindern.

Folgende Aspekte der Vielfalt können unterschieden werden:

- Alterskategorien
- Gender
- Herkunft, Transkulturalität (MigrantInnen etc.)
- Konsumierte Substanzen (Trennung legale / illegale)
- Suchtverhalten
- Zuweisende Stelle
- Schwere der Sucht
- Komorbiditäten
- Angebot bzw. Nachfrage
- Zielgruppe (Junge, Partyszene/Nightlife etc.)

Es gilt, sich über Verhaltensweisen, Gewohnheiten, Bedürfnisse, Besonderheiten der jeweiligen KlientInnen (Bsp. MigrantInnen) klar zu werden. Im Sinne der transkulturellen Kompetenz sollen vorgefasste Vorstellungen und Vorurteile bewusst gemacht und abgebaut werden. Dazu braucht es nicht nur die Förderung der Kompetenz der Mitarbeitenden, sondern vor allem auch die Motivation zur Arbeit mit der Vielfalt.

Im Lauf der Zeit hatte sich die Suchthilfe an verschiedene suchtpolitische Vorgaben anzupassen: 3-Säulen-, 4-Säulen-Politik. Die Politik reagiert auf Druck aus dem Feld, wichtig ist deshalb die Antizipation kommender Entwicklungen. Das Würfelmodell der EKDF von 2005 ([www.psychoaktiv.ch](http://www.psychoaktiv.ch)), welches die Art der konsumierten Substanz, die Intensität des Konsums und die 4 Säulen zueinander in Verbindung bringt, kann auch als Versuch gesehen werden, Diversität modellhaft zu fassen.

Sucht spielt sich im Dreieck von Substanz – Individuum – Umfeld ab. Das Suchthilfeangebot hat sich nach der Vulnerabilität und den Ressourcen des Individuums zu richten, wichtig ist ein ressourcenorientierter Ansatz, bei dem die Resilienz angesprochen und gestärkt wird.

Die Bedürfnisse der Klientin oder des Klienten können mit Hilfe von Instrumenten wie z. B. dem ASI (Addiction Severity Index) erhoben werden. Ein Hilfsnetzwerk muss aktiviert oder aufgebaut werden, in welchem die hilfeschende Person in der Mitte steht. Bedürfnis und Angebot müssen in Einklang gebracht werden. Die Motivation, das Ausmass der Abhängigkeit und die Ressourcen der KlientInnen müssen dabei beachtet werden. Eine Ausrichtung auf Zielgruppen ist sinnvoller als eine auf Substanzen.

Bei einer zu grossen Diversifizierung des Angebots besteht die Gefahr, dass sich die KlientInnen in einem Labyrinth von Möglichkeiten verlieren. Mit einer Indikationsstelle als einheitlichem Eingangstor zu den Angeboten könnte das verhindert werden. Die Vor- und Nachteile müssten allerdings zuerst gut abgeklärt werden, z. B. durch eine SWOT-Analyse (Stärken-Schwächen-Chancen-Gefahren), mit der auch das Gesamtangebot einer Institution in Bezug auf seine Diversität evaluiert werden kann.

Die LVT arbeitet in einem diversifizierten Netzwerk von Sozialtherapie, Arbeit, Medizin, Psychiatrie und Justiz. Wichtig ist, dabei immer das Hilfe suchende Individuum ins Zentrum des Hilfsdispositivs zu stellen.

## **4. Bericht aus den Arbeitsgruppen**

### **Gruppe 1**

#### **Verderben zu viele Institutionen den Brei? oder: Wie viele Players braucht es?**

Diversität und Diversity Management sind in der Arbeit im Feld seit langem eine Realität. Die Thematik ist im Moment im Trend, es kann eine Aufforderung zur Spezialisierung der Angebote sein. Grundsätzlich ist aber die Auseinandersetzung mit dem Thema nötig, wobei es um effiziente Angebote geht und nicht um eine Multiplikation der Einrichtungen.

Grenzen werden durch die zur Verfügung stehenden, limitierten Ressourcen gesetzt. Dies kann auch die freie Wahl der KlientInnen einschränken. Diversity Management muss also in einem inter-institutionellen Zusammenhang gesehen werden, wobei die Geldgeber mitreden. Auf der Ebene der Praxis ist auch die professionelle Haltung der Mitarbeitenden zentral.

Die KlientInnen kennen oft die Angebote der verschiedenen Institutionen besser als die Fachleute. Sie wählen nach dem Lustprinzip aus, als KonsumentInnen. Die Angebote werden immer diversifizierter, sind 24 Std. auf 24 Std. offen, so dass sich KlientInnen wie Fachleute in diesem Labyrinth von sich zum Teil konkurrenzierenden Angeboten verlieren. Allenfalls könnte hier ein beschränkteres Angebot den Zugang sogar erleichtern. Dabei sind allerdings die grossen kantonalen und lokalen Unterschiede in der Angebotslandschaft zu beachten.

Dies führt wieder zur Forderung nach einer inter-institutionellen Koordination der Angebote, wobei deren Diversität erhalten bleiben soll. Der Pluralismus der Strukturen und Angebote entspricht letztlich auch der aktuellen gesellschaftlichen Haltung.

Zusammengefasst können vier Ebenen unterschieden werden:

- Einzelsetting/individuelle Beratung Fachperson – KlientIn: hier ist die Haltung der Fachperson wichtig, ihre Neugierde
- Organisation/Institution: Diversity Management ist eine Frage der Leitung, der Strategie und der Ressourcen
- Kanton/Region: die zur Verfügung stehenden Gelder und die Anzahl Players werden politisch bestimmt
- Gesellschaft: in der heutigen Multioptionsgesellschaft sind Auswahl, Optionen, Wechselmöglichkeiten scheinbar ein Muss

## **Gruppe 2**

### **Substanzen oder Alter als Triagekriterium?**

Diskussion anhand des Beispiels der Integrierten Suchthilfe Winterthur ISW

- diverse Angebote unter einem Dach
- 1 zentrale Telefonnummer für Erstkontakte, wo eine Triage nach Alter der KlientInnen vorgenommen wird
- Die frühere Diversifizierung nach Substanzen wurde zu kompliziert, sie wurde ersetzt durch eine Diversifizierung nach Alter (Bsp. Alkohol: der Grad der Chronifizierung geht mit dem Alter einher). Substanzspezifische Aspekte werden durch einzelne spezialisierte Mitarbeitende abgedeckt, die für das Fachwissen und den Wissenstransfer bezügl. bestimmter Substanzen verantwortlich sind (z. B. spezifische Weiterbildungen besuchen)
- Ein interner Koordinationsaufwand ist nötig, es braucht ein internes „Case Management“
- Zusammenarbeit mit externen Stellen (Justiz, Sozialdienst)
- Die Diversifizierung (Bsp.: Unterscheidung nach Substanzen) kann eine fachliche Forderung sein, dahinter können aber auch eine Forderung des Marktes (ein Angebot lässt sich nur in bestimmter Weise verkaufen) und weitergehend ein gesellschaftlicher Diskurs/eine gesellschaftliche Sichtweise stehen.
- Marktüberlegungen: Diversität als „Verkaufsargument“, um sich gegenüber der Konkurrenz abzugrenzen
- Diversität kann auf Kosten der professionellen Arbeit gehen
- Diversifizierung innerhalb der Institution braucht eine bestimmte Grösse der Institution und der Nachfrage, sonst muss die Diversifizierung durch Vernetzung mit externen Stellen erfolgen

## **Gruppe 3**

### **Zugang und Zugangsbarrieren**

- Die Diversität der Bedürfnisse bestimmt die Diversität des Angebots
- Diversität kann sich auf die Person, die Kenntnisse/das Wissen und den Kontext beziehen. Diversitäts-Aspekte sind z. B. Migration (Herkunft, Kultur), Gender, Alter, Beruf, rechtlicher Status, Säulen der Drogenpolitik, Art der konsumierten Substanzen, Schweregrad der Abhängigkeit, Sprachen, Leiden
- Es stellt sich die Frage nach den Prioritäten: ist z. B. das gesundheitliche Problem eines Klienten wichtiger oder sein Wohnungsproblem?
- Die Vorstellungen, die sich die KlientInnen vom Angebot machen, beeinflussen ihre Nachfrage. Es gibt eine explizite Nachfrage und sehr viele implizite Gründe dafür, weshalb eine Person eine Institution aufsucht.

- Um Barrieren zu überwinden, muss von KlientIn und Fachperson ein gemeinsamer Zugang zur Beratung/Behandlung gefunden werden. Beispiel: In Japan existiert das Konzept der Depression nicht. An seiner Stelle wird mit dem Konzept des „Seelen-Schnupfens“ gearbeitet, um eine Behandlung durchzuführen und Medikamente zu verschreiben.
- Um ein Diversity Management aufzubauen, müssen Ethnozentrismen abgebaut werden. Die Fachpersonen müssen die eigene Praxis hinterfragen, z. B. durch Weiterbildung und Vernetzung auch mit Migrationsgemeinschaften.
- Der Zugang zum Hilfsangebot kann erleichtert werden durch begleitende Fachkräfte, Kultur-MediatorInnen, transkulturelle Kompetenz der Fachleute, Arbeit mit Netzwerken und Gruppen.
- Häufig ist es hilfreich, sich zuerst an die Gruppe zu wenden, dann an das Individuum. Das Vertrauen in die Peers ist oft grösser als das in externe Fachleute.
- Diversity Management darf nicht dazu führen, dass im Suchtbereich wieder Grenzen zwischen unterschiedlichen Angeboten aufgebaut werden, die bisher in jahrelanger Arbeit abgebaut wurden.