

Infodrog

Nationale Fachtagung

Migrationsgerechte Suchtarbeit – Vielfältige Dimensionen

4. Juni 2009, Kongresshaus Biel

Aspekte transkultureller Suchtarbeit in Deutschland

Text zum Referat von Dr. rer. nat. Dietmar Czycholl
(erschieden in der Zeitschrift neue caritas 10/2009)

Fremde und eigene Prägungen besser verstehen

Psychologisch gesehen bedeutet Migration, die eigene Identität neu aufbauen zu müssen. Doch Migranten sind keine homogene Gruppe. Beide Faktoren müssen die Fachdienste der Suchthilfe berücksichtigen – und lernen, vermeintliche Gewissheiten zu hinterfragen.

Seit 1990 sind jährlich im Schnitt weit über eine halbe Million Menschen nach Deutschland zugewandert. Aktuelle Mikrozensusergebnisse nennen die Zahl von 15,3 Millionen Einwohnern mit Migrationshintergrund in Deutschland, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 19 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2006).

Unter verschiedenen demografischen Perspektiven zeigen sich Menschen mit Migrationshintergrund überrepräsentiert: Es gibt beispielsweise verhältnismäßig mehr Kinder und Jugendliche, mehr Arme, mehr Karieskranke, mehr Drogentote in dieser Gruppe als in der Restbevölkerung. Es liegt nahe, Zusammenhänge zwischen manchen dieser Überrepräsentationen zu vermuten und die Existenz besonderer psychosozialer Risikofaktoren anzunehmen.

Besondere Risikofaktoren sind beispielsweise davon abzuleiten, dass Migration – wie auch immer motiviert – bedingt, dass ein Teil des sozialen Umfelds und andere für die persönliche Wirklichkeitskonstruktion wesentliche Objekte aufgegeben werden müssen. Dies aber bedeutet den Verlust psychischer Ganzheit und die Anforderung, in einem neuen Sozialisations- und Integrationsprozess diese Ganzheit wiederherzustellen.

In psychologischer Perspektive heißt dies, dass Migration – ungeachtet im Einzelfall hinzukommender besonders belastender Erlebnisse vor der Auswanderung – immer eine traumatisierende Erfahrung ist: Ein Teil der selbst geschaffenen psychischen Wirklichkeit geht unter, erworbene Identität wird infrage gestellt, psychische Ganzheit wird gebrochen.

Migration als Lebenskrise

Migration gleicht in dieser Hinsicht den großen Entwicklungskrisen des menschlichen Lebens: beispielsweise der Krise des Erwachsenwerdens, der Pubertäts- und Adoleszenzkrise. In dieser Phase findet der Untergang der Welt des Kindes und die Entwicklung einer neuen Identität als Erwachsener statt. Dieser Umbruch erfordert gewaltige psychische und physische Anstrengungen, und er ist begleitet von ernststen Gefährdungen. Tatsächlich beginnen viele mögliche Störungen der psychosozialen Gesundheit typischerweise im Zusammenhang mit der Bewältigung dieser Entwicklungsanforderungen. Wie es mit Entwicklungsschritten – beim Erwachsenwerden wie bei der Migration – aber so ist: Sie sind anstrengend, jedoch notwendig, und sie eröffnen die Chancen des Lebens.

Aufgabe für die Suchthilfe

Wie Einrichtungen in allen Bereichen sozialarbeiterischer, sozialpädagogischer, psychologischer und medizinischer Versorgung und Dienstleistung stehen auch die Fachdienste der Suchthilfe vor der Aufgabe, Menschen mit Migrationshintergrund fachliche Leistungen zu bieten, die allen

Qualitätsanforderungen gleichermaßen genügen – wie die Leistungen, die Einheimischen geboten werden. Diese Aufgabe ist jedoch nicht so einfach zu lösen, wie es auf den ersten Blick scheinen mag. Die vermutlich oftmals anzutreffende Grundhaltung, die fachlichen Angebote selbstverständlich auch für Menschen mit Migrationshintergrund bereitzustellen, genügt nämlich dazu keineswegs. Für die Frage, wie es um die Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten bestellt ist, ist zunächst einmal wichtig, dass Einwohner(innen) mit Migrationshintergrund in keiner Weise eine homogene Gruppe darstellen. Zugänge zum System der Suchthilfe können für die Angehörigen unterschiedlicher Migrantengruppen (Asylsuchende, Aussiedler, Drittstaatler im Familiennachzug, illegale Einwanderer usw.) in unterschiedlicher Weise behindert sein, da allein schon aufenthaltsrechtliche Implikationen hierbei eine bedeutende Rolle spielen.

Zugangsbarrieren nicht allein dem Klienten anlasten

Überdies ist mit einer in der Literatur immer wieder beschriebenen Reihe von Zugangsbarrieren zu rechnen (Sprach- und Informationsbarrieren, fehlende Methoden-Transparenz, unterschiedliche Konzepte von Krankheit und Heilung und anderes mehr). Es ist wichtig, diese Barrieren nicht, wie es oftmals geschieht, als einseitig aufzufassen, also als Barrieren, die es zum Beispiel einem Zuwanderer erschweren, Zugang zu einer fachlichen Leistung zu erreichen, sondern als symmetrisch, als Merkmal der Interaktion zwischen Zuwanderer und Fachkraft.

Wenn aber auch derartige erste Zugangsbarrieren überwunden werden können, ist damit noch längst nicht sichergestellt, dass eine adäquate Versorgung erfolgen kann, das heißt: zumindest eine Versorgung, die dem Standard der Versorgung einheimischer Klient(inn)en entspricht. Viele der genannten Barrieren wirken sich auch noch innerhalb einer Beratung, Therapie und in anderen Situationen aus, wenn beispielsweise Konzepte und Methoden unverständlich bleiben, weil sie nicht erklärt werden und auf möglicherweise völlig andere Vorstellungen von Krankheit, Beratung, Therapie oder Hilfe überhaupt treffen.

Die Facheinrichtungen stehen vor der Aufgabe, ihre Leistungen daraufhin zu überprüfen, ob sie, so wie sie konzipiert sind, von Menschen, die einen anderen Sozialisationshintergrund mitbringen als einheimische Klient(inn)en, überhaupt genutzt werden können. Sie stehen vor der Aufgabe, zu überprüfen, wie Zugangsbarrieren, auch sekundäre, systematisch überwunden werden können. Sie stehen vor der Aufgabe, sich einer Arbeit im Feld interkultureller Begegnung zu öffnen.

Zuwanderung der 90er Jahre brachte Projekte in Gang

Ein solcher Prozess interkultureller Öffnung ist angesichts der Tatsachen der Zuwanderung in allen Bereichen der Suchthilfe dringend erforderlich. Während der vergangenen zehn Jahre sind mehr und mehr Bemühungen zu erkennen, die auf interkulturelle Öffnung von Einrichtungen der Suchthilfe zielen. Einige wenige Einrichtungen hatten sich zuvor schon dieser Aufgabe gewidmet und damit eine Art Exotenstatus erhalten, z. B. die Fachklinik Hohenrodt des Caritasverbandes Rottenburg/Stuttgart und das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover. Seither aber wurde, nicht zuletzt aufgrund der Zuwanderungsbewegungen der 90er Jahre und des damit verbundenen zunehmenden Bedarfes, das Thema bundesweit „entdeckt“. Immerhin waren innerhalb dieses Jahrzehntes alleine etwa 2,5 Millionen Aussiedler und etwa 2 Millionen Asylsuchende zugewandert. Zahlreiche Projekte mit Bundes- und/oder Länderfinanzierung haben sich in der Zwischenzeit dem Thema gewidmet. Dazu zählen mehrere Projekte des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover und das Projekt „Sucht – Migration – Hilfe“ (Fachverband Drogen und Rauschmittel gemeinsam mit AWO), in dessen Verlauf 2002 bis 2004 etwa sechshundert Fachleute aus Sucht- und Migrationshilfeeinrichtungen an 20 spezifischen Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen haben. Im ebenfalls aus Bundesmitteln finanzierten Projekt „Kosmos“ wird derzeit die Verbreitung von Suchtselbsthilfe-Initiativen gefördert. In einem neuen, aktuell in Vorbereitung befindlichen Projekt soll bundesweit in mehreren Einrichtungen systematisch an der Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem gearbeitet werden. Dies sind einige wenige Beispiele

für eine Vielzahl von Projekten, die insgesamt bereits zu einer Verbesserung der Versorgungslage führen. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass es sich dabei um befristete Projekte handelt, die kaum alle in die Regelversorgung überführt werden können. Immerhin ist nach der Suchthilfestatistik 2007 von einem Anteil von mehr als 30 % von Menschen mit Migrationshintergrund in der Klientel der Suchtberatungsstellen auszugehen (IFT 2008). Da nach wie vor keine verlässlichen Daten über die tatsächliche Prävalenz substanzbedingter Störungen in der Gruppe der Migranten vorliegen, kann von solchen Befunden aber noch nicht auf eine adäquate Versorgung dieser Gruppe geschlossen werden.

Ein längerfristiger Prozess

Voraussetzung für den Prozess interkultureller Öffnung ist es, interkulturelle Kompetenz zu entwickeln. Dies kann nur in einem mittel- bis langfristigen Prozess erfolgen, der durch Projekte durchaus angestoßen und befördert werden kann. Seine Realisierung setzt aber weitere Maßnahmen, unter anderem gezielte, regelmäßige und fortdauernde Fortbildung und Supervision und die entsprechende Verbesserung der Studien- und Ausbildungscurricula der Fachhochschulen etc. voraus.

Entwicklung interkultureller Kompetenz bedeutet im Einzelnen, dass

- Migrantengruppen wahrgenommen werden;
- Lösungen für die Problematik der sprachlichen Verständigung gesucht werden;
- migrationsbedingte Faktoren in Handlungskonzepte einbezogen werden;
- soziokulturelle Bedingungen in Handlungskonzepte einbezogen werden;
- fachliche Konzepte, Standards und Theoriebildung auf ihre soziokulturelle Bedingtheit hin reflektiert werden;
- auf Mitarbeiter- und Teamebene Auseinandersetzung mit persönlichen Ängsten, Vorurteilen, soziokulturellen Prägungen stattfindet;
- Teamzusammensetzungen in Richtung Multikulturalität gebildet werden.

Die Verantwortung dafür, alle Arten von Zugangsbarrieren zu überwinden, liegt bei den Mitarbeitenden der Facheinrichtungen und bei den Trägervertretern, sicherlich auch bei Leistungsträgern, keinesfalls aber bei den gefährdeten oder abhängigkeitskranken Migrant(inn)en. Wenn sprachlich begründete Zugangshindernisse identifiziert werden, kann nicht von einem Abhängigkeitskranken erwartet werden, dass er vor Beratung oder Therapie erst einmal ausreichend Deutsch lernt. Hilfebedarf ist da zu erkennen und nach Möglichkeit zu erfüllen, wo er besteht, und nicht bei einem „Wunsch-Klienten“.

Auch die eigenen Prägungen wahrnehmen und reflektieren

Der wohl bedeutendste Aspekt der Entwicklung interkultureller Kompetenz besteht in der Auseinandersetzung mit soziokulturellen Wirkungsgefügen. Hier geht es zunächst um die Erfahrung und das Bewusstsein, dass Sozialisationsgeschichte und soziokultureller Hintergrund von Migranten in komplexer Weise in deren gesamten psychosozialen Wirklichkeit wirksam sind. Daraus folgt, dass zum Beispiel Themen wie Drogenkonsum, Beratungssettings, Familienstrukturen, Kontaktgestaltung, Vorstellungen von Krankheit, Heilung, Professionalität in einer Art aufgefasst werden können, die sich von der hiesigen üblichen stark unterscheidet. Ein erster Schritt interkultureller Verständigung, der zu leisten ist, besteht darin, diesen Sachverhalt wahrzunehmen und derartige prägende Hintergründe des Klienten zu erkunden und zu verstehen. Ein zweiter, womöglich noch wichtigerer Schritt besteht darin, die eigenen Prägungen zu reflektieren. Auch einheimische Fachleute haben eine spezifische Sozialisationserfahrung, unterliegen den Einflüssen soziokultureller Bedingungen und sind in ihrem Wahrnehmen, Denken und Handeln nicht frei davon, vieles als selbstverständlich anzusehen, was es bei genauerem Hinsehen gar nicht ist. Damit öffnet sich der Weg zu einer kritischen Befragung nicht nur persönlicher Einstellungen, sondern auch

fachlicher Überzeugungen und Selbstverständlichkeiten, konzeptioneller Traditionen, theoretischer Vorstellungen.

Offenheit statt Spezialwissen

Die Entwicklung interkultureller Kompetenz in dem hier skizzierten Sinne ist nicht als eine Spezialisierung oder die Entwicklung von Zusatz-Qualifikationen misszuverstehen. Die Fähigkeit, von eigenen soziokulturellen Bedingtheiten zu abstrahieren, die Bereitschaft, in der Begegnung mit dem „Fremden“ sich selbst zu erfahren, die Möglichkeit, die eigenen Konzepte, Vorstellungen, scheinbar klaren fachlichen Standpunkte zu hinterfragen und zu überprüfen, sollten grundsätzlich zu den Kompetenzen der Mitarbeitenden und der Teams psychosozialer Einrichtungen gehören. Interkulturelle Kompetenz ist nicht eine spezialisierte, also nur im Sonderfall brauchbare Abwandlung, sondern eine generelle Erweiterung menschlicher und professioneller Kompetenz. Psychosoziale Arbeit mit Migrant(inn)en stellt nicht ein Sonderproblem dar, vielmehr akzentuiert und vertieft sie alle Aspekte, die für diese Arbeit und die damit zusammenhängenden Interaktionen mit Menschen überhaupt wesentlich sind. Das Spezifische ist, wie Hegel einmal bemerkt, nicht das Gegenteil, sondern die Vertiefung des Allgemeinen.

Literatur

- Barth, Wolfgang; Czycholl, Dietmar: Sucht, Migration, Hilfe. Geesthacht, 2005.
- Czycholl, Dietmar (Hrsg.): Sucht und Migration. Berlin, 1998.
- Czycholl, Dietmar: Die Löcher im Netz : Was fehlt im deutschen Suchthilfesystem? In: Rometsch, Wolfgang; Sarrazin, Doris (Hrsg.): Best Practices – in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Russlanddeutschen in der ambulanten Suchthilfe. Forum Sucht Bd. 34, 2003.
- Czycholl, Dietmar: Sucht und Migration : Sozialpädagogische Konzepte und Hilfeangebote für drogenabhängige und -gefährdete Migranten. Göttingen, 2004.
- Gaitanides, Stefan: Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. In: DHS (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg, 1998.
- Gaitanides, Stefan: Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil in der sozialen Arbeit. In: Kawamura-Reindl, Gabriele u.a. (Hrsg.): Migration, Kriminalität und Kriminalisierung. Freiburg, 2002.
- Grinberg, León; Grinberg, Rebeca: Psychoanalyse der Migration und des Exils. München, 1990.
- Institut für Therapieforschung: Suchthilfestatistik 2007. München 2008.
- Lackner, Renate: Zugangswege zu jugendlichen Migranten mit Abhängigkeitsproblemen aus den ehemaligen GUS-Staaten. In: Erim, Yesim: Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Stuttgart, 2009.
- Salman, Ramazan u.a. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen, 1999.
- Statistisches Bundesamt: Leben in Deutschland : Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Pressekonferenz, Berlin, 6. Juni 2006.