

*Menschen
mit Migrationshintergrund
in den
Suchthilfeeinrichtungen
in Westfalen-Lippe*

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	9
1. Sucht und Migration	10
1.1. Menschen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung in der Bundesrepublik Deutschland	10
1.2. Gesundheitliche Belastungen bei Migrantinnen und Migranten	12
1.2.1 Allgemeine gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten	12
1.2.2 Umfang und Art der Suchterkrankung bei Migrantinnen und Migranten	14
1.3. Ursachen für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten	18
1.4. Zugang der Migrantinnen und Migranten zum Gesundheitssystem ...	19
2. Konzepte der Sozialen Arbeit und der Suchthilfe	20
2.1. Interkulturelle Kompetenz	20
2.2. Interkulturelle Öffnung der Institutionen	21
2.3. Entwicklungen in der Suchthilfe	22
2.4. Interkulturelle Suchthilfe	22
3. Durchführung der Erhebung: Ziele der Befragung, Gestaltung des Fragebogens und Beschreibung der Stichprobe	24
3.1. Forschungsfragen	24
3.2. Die Gestaltung des Fragebogens und die Durchführung der Erhebung	25
3.3. Beschreibung der Nettostichprobe: die Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe	26
3.3.1. An der Befragung beteiligte Einrichtungen	26
3.3.2. Beschreibung der Nettostichprobe: Behandlungsschwerpunkte, Klienten- und Patientenzahlen und Mitarbeiterstruktur	29
4. Ergebnisse der Befragung Teil 1: Analyse der Inanspruchnahme der Suchthilfeeinrichtungen in Westfalen-Lippe durch Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung	35
4.1. Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund an der Klientel	35

4.2.	Anteil der Frauen unter den Migranten	38
4.3.	Gruppen unter den Migrantinnen und Migranten	40
4.4.	Herkunft der Migrantinnen und Migranten	40
4.5.	Deutschkenntnisse der Migrantinnen und Migranten	41
4.6.	Zusammenfassung	42
5.	Ergebnisse der Befragung Teil 2: Abbau von Zugangsproblemen	43
5.1	Zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit	44
5.2	Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen (Keyperson-Konzept)	46
5.3.	Angebot an fremdsprachigem Material	48
5.4	Beseitigung der Zugangsbarrieren	49
5.5.	Zusammenfassung	51
6.	Ergebnisse der Befragung Teil 3: Interventionsgestaltung	52
6.1.	Besondere inhaltliche Schwerpunkte in der Arbeit	52
6.2.	Spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund	54
6.3.	Spezielle Verfahren und Regelungen in der methodischen Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund	56
6.4	Zusammenfassung	57
7.	Ergebnisse der Befragung Teil 4: Konzeptionelle Arbeit und Qualitätssicherung	58
7.1.	Schriftliche Fixierung der interkulturellen Öffnung	58
7.2	Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bereich interkultureller Kompetenz	60
7.3	Spezielle Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund	62
7.4	Kultursensible Arbeit in den Institutionen	64
7.5	Erfassung der Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund	65
7.6	Probleme bei der Kooperation mit anderen Diensten bezogen auf die Klientel mit Migrationshintergrund	65
7.7	Zusammenfassung	67

8.	Ergebnisse der Befragung Teil 5: Pläne und Anregungen	69
8.1	Deckung des Bedarfs an Hilfen für Menschen mit Migratonshintergrund	69
8.2	Pläne und Vorschläge zur Verbesserung und Intensivierung der Arbeit	72
8.3	Zusammenfassung	74
9.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	74
9.1	Ziele der Studie	74
9.2	Stichprobe und Methode	75
9.3	Ergebnisse	76
9.3.1	Ergebnisse zur Inanspruchnahme der Suchthilfeeinrichtungen in Westfalen-Lippe durch Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung (Teil 1)	76
9.3.2	Ergebnisse zum Abbau von Zugangsproblemen (Teil 2)	77
9.3.3	Ergebnisse zur Interventionsgestaltung (Teil 3)	78
9.3.4	Ergebnisse zur Konzeptionellen Arbeit und Qualitätssicherung (Teil 4)	80
9.3.5	Ergebnisse der Befragung zur Situationseinschätzung, zu Plänen und Anregungen der befragten Einrichtungen (Teil 5)	82
9.4	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	82
10.	Literaturverzeichnis	85
11.	Anhang	90

Vorwort

Die Ihnen vorliegende Publikation basiert auf der Diplomarbeit von Andrea Santel. Die Arbeit wurde im Aufbaustudiengang Diplom-Pädagogik an der Universität Siegen von Herrn Prof. Regus betreut. Für diese Arbeit wurden im Jahr 2004 in Kooperation mit der LWL-Koordinationsstelle Sucht die Suchthilfeeinrichtungen in Westfalen-Lippe zu ihrer Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund befragt. Im Zeitrahmen der Diplomarbeit war eine vertiefende Auswertung des umfangreichen Fragebogens nur eingeschränkt möglich. Wir haben uns deshalb entschlossen, die vorhandenen Daten durch Sarah Mümken, Promotionskolleg Universität Bremen, neu aufzubereiten und auswerten zu lassen. Die Diskussion der Ergebnisse mit PD Dr. Wichard Puls veranlasste die Koordinationsstelle Sucht, diese Publikation in gemeinsamer Autorenschaft, an der auch Doris Sarrazin beteiligt war, zu erstellen. Grund hierfür war einerseits die Tatsache, dass es zwischenzeitlich keine aktuelleren Studien in dem dargestellten Bereich gibt, andererseits gibt es keine Anzeichen dafür, dass sich an der Situation von

2004 zwischenzeitlich Wesentliches geändert hat.

Auch heute noch sind Suchthilfeeinrichtungen strukturell und konzeptionell nur unzureichend auf Migrantinnen und Migranten eingestellt. In einer aktuellen Veröffentlichung weisen Heimann, Pebka und Heinz¹ darauf hin, dass ein Grund hierfür auch in unterschiedlichen Erklärungsmodellen für Abhängigkeit liegen kann. Das bei jugendlichen Ausiedlern vorherrschende Gefühl der vermeintlichen Kontrolle über das Suchtmittel führt zu einem späten Aufsuchen von Hilfeeinrichtungen, wenn sie überhaupt dort Hilfe suchen. Andererseits wird durch die Identifikation als Abhängigkeitskranker auch mit einer Stigmatisierung und Ausgrenzung gerechnet, die unerwünscht ist. So ist der hier vorgestellte Aspekt aus der Sicht des Hilfesystems eine Seite der Medaille, die wahrscheinlich in nicht zu unterschätzendem Maße von der kulturellen Sozialisation der Migrantinnen und Migranten ebenfalls beeinflusst wird. Hier genauer hinzuschauen, könnte zu einem Gewinn für beide Seiten führen.

1 Heimann et al. Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen, in: Suchttherapie 2007;8: 57-62

Mit dieser Veröffentlichung führt die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe die im Jahr 2000 begonnenen Aktivitäten zum Thema ‚Sucht und Migration‘ fort. Die Liste der hierzu durchgeführten Maßnahmen und Initiativen ist inzwischen recht lang:

- | | |
|------------|--|
| 2000-2002 | EU-Projekt ‚search‘: Suchtprävention für Flüchtlinge und Asylbewerber |
| 2000 -2006 | Unterstützung verschiedener Einrichtungen der Wolga-Don-Region in Samara, Nishnij Nowgorod, Kostroma, Vologda und Rostow am Don im Auftrag der Staatskanzlei NRW, Kennenlernen der Situation in Russland |
| 2001 | „Sucht und Migration“ - Fachtagung on Tour |
| 2001 | Befragung der Suchthilfeeinrichtungen in Westfalen-Lippe zum Fortbildungsbedarf der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter |
| 2002 –2004 | EU-Projekt ‚search II‘ |
| 2003 | Fachtagung: Best Practices in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Russlanddeutschen in der ambulanten Suchthilfe |
| 2004 | Gründung des Arbeitskreises ‚Sucht und Migration‘ mit zweimal jährlichen Treffen |
| 2004-2007 | BAMF-Projekt: SeM – Sekundärprävention für spätausgesiedelte junge Menschen in Münster |
| 2004 | Befragung zur Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe |
| 2005 | Deutsch-russischer Fachaustausch zu Drogenfragen |

Das Zusammenleben verschiedener Kulturen ist in unserer Gesellschaft Alltagsrealität. Wir alle müssen uns den damit verbundenen Herausforderungen stellen. Die Aufgabe wird sein, die Chancen, die uns diese Vielfalt bietet zu nutzen. Eine gute Verortung aller hier lebenden Menschen ist dazu unerlässlich. Kenntnis und Verständnis für kulturelle Unterschiede ist und bleibt daher eine wichtige Kompetenz insbesondere in den psycho-sozialen Berufen. Insbesondere die direkte Konfrontation mit der russischen Kultur brachte allen Beteiligten ein besseres Verständnis für den Erfahrungshintergrund der ausgesiedelten Menschen.

Mit diesem Band der Reihe ‚Forum Sucht‘ geben wir schlussfolgernd auch Hinweise und Impulse zu einer inter-

kulturellen Öffnung der Suchthilfeeinrichtungen. Wir würden uns freuen, wenn auch Sie neue Ideen finden, die in Ihrer Einrichtung umgesetzt werden können. Bedanken möchten wir uns insbesondere bei all jenen Einrichtungen, die den doch recht umfangreichen Fragebogen beantwortet haben und damit eine erste Bewertung der Situation erst möglich machten.



Hans Meyer
Landesrat

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Migrationshintergrund der Bevölkerung 2005 (Statistisches Bundesamt 2006)	11
Abbildung 2: Migrationserfahrung der Bevölkerung 2005 (Statistisches Bundesamt 2006)	11
Abbildung 3: Alterspyramide 2005 nach Migrationserfahrung (Statistisches Bundesamt 2006)	12
Abbildung 4: An der Befragung beteiligte Einrichtungen	27
Abbildung 5: Beteiligte Einrichtungen mit der Aufschlüsselung der Mehrfachantworten	28
Abbildung 6: Schwerpunktsetzungen der Einrichtungen	30
Abbildung 7: Einrichtungen, die Personal mit Migrationshintergrund beschäftigen	33
Abbildung 8: Anteil der Migrant/innen nach Herkunftsländern und -regionen	41
Abbildung 9: Anteil der Migrant/innen mit unzureichenden Deutschkenntnissen	42
Abbildung 10: Zielgruppen der Öffentlichkeitsarbeit	45
Abbildung 11: Bereitstellung von fremdsprachigem Informationsmaterial (in Prozent)	48
Abbildung 12: Anwendung spezieller Verfahren und Regeln bei der Arbeit mit Klientel mit Migrationshintergrund	56
Abbildung 13: Schriftlich fixierte Leitlinien in den Einrichtungen	59
Abbildung 14: Fortbildungen zum Thema "Sucht und Migration"	61
Abbildung 15: Anzahl der qualifizierten Beschäftigten pro Institution	61
Abbildung 16: Einstellung der Einrichtungen darüber, ob spezifische Kompetenzen der Mitarbeiter/innen in der Arbeit mit Migrant/innen notwendig sind	62
Abbildung 17: Kultursensible Arbeit in den Institutionen	64
Abbildung 18: Evaluation und Dokumentation des Hilfeangebots	66

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Klienten-/Patientenzahlen in den verschiedenen Einrichtungen .	30
Tabelle 2:	Durchschnittliche Anzahl der Vollzeitstellen nach Einrichtungsart	31
Tabelle 3:	Verhältnis Klient/innen/Patient/innen zum Personal	32
Tabelle 4:	Qualifikation des Personals mit Migrationshintergrund	34
Tabelle 5:	Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund am gesamten Klientel differenziert nach Einrichtungsarten im Jahr 2003	38
Tabelle 6:	Prozentualer Anteil der Frauen am gesamten Klientel differenziert nach Einrichtungsarten	39
Tabelle 7:	Gruppenzugehörigkeit bei Personen mit Migrationshintergrund	40
Tabelle 8:	Öffentlichkeitsarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund . .	44
Tabelle 9:	Zielgruppenspezifische Maßnahmen	45
Tabelle 10:	Zusammenarbeit mit Schlüssel-/Brückenpersonen	46
Tabelle 11:	Zusammenarbeit mit Schlüssel-/Brückenpersonen	47
Tabelle 12:	Einrichtungen hinsichtlich ihrer Aktivitäten bei der Beseitigung von Zugangsbarrieren	50
Tabelle 13:	Einrichtungen mit besonderem Einsatz bei der Beseitigung von Zugangsbarrieren	51
Tabelle 14:	Besondere inhaltliche Schwerpunkte nach Einrichtungen (prozentuale Angaben)	53
Tabelle 15:	Besondere Angebote für Personen mit Migrationshintergrund .	55
Tabelle 16:	Bedarfseinschätzung nach Bereichen	69
Tabelle 17:	Bedarfsdeckung im ambulanten Bereich	70
Tabelle 18:	Bedarfsdeckung im stationären Bereich	71
Tabelle 19:	Bedarfsdeckung im komplementären Bereich	72

1. Sucht und Migration

1.1. Menschen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung in der Bundesrepublik Deutschland

Die Zuwanderung nach Deutschland kennt unterschiedliche Formen. Die Einwanderergruppen unterscheiden sich in vielfältiger Hinsicht, so dass generelle Aussagen über Einwanderer, selbst über Einwanderergruppen starke Vereinfachungen darstellen. Die Worte „Migrant“ und „Migration“ leiten sich aus dem lateinischen *migrare* (wandern, wegziehen) oder *migratio* (Wanderung) ab. Der Begriff „Migration“ als Sammelbegriff für dauerhafte Veränderungen des Lebensumfeldes hat sich allerdings nur in der sozialwissenschaftlichen Terminologie und mit Einschränkungen in der Epidemiologie durchgesetzt (Razum, Geiger, Zeeb & Ronellenfitsch 2004). Nach der UNO-Definition ist Migration die ständige Ländergrenzen überschreitende Wohnsitzverlagerung von Personen. Ständig bedeutet dabei ein Aufenthalt am neuen Standort von mindestens einem Jahr.

Allgemein werden unter den Begriffen „Migrantin“ und „Migrant“ alle in die Bundesrepublik eingewanderten Menschen zusammengefasst, also gleichermaßen Arbeitsmigranten, Flüchtlinge und Aussiedlerinnen und Aussiedler. Bei Kindern und Jugendlichen, die seit

ihrer Geburt in Deutschland leben, werden häufig Bezeichnungen wie „Jugendliche mit Migrationshintergrund“, „mit ausländischem Pass“ verwendet. Andere Begriffe sind „Einwanderer“ oder „Zuwanderer“, die auf Grund ihrer politischen Konnotationen nicht verwendet werden sollten. Der Begriff „Ausländer“ hat aufgrund seiner rechtlichen Bestimmung einen besonderen Status. Er bleibt unverzichtbar, da viele Statistiken noch nicht ausreichend differenziert sind und lediglich Staatsangehörigkeiten als Unterscheidungsmerkmal bieten¹.

Bei der Diskussion um die Migrationsproblematik wird heute berücksichtigt, dass die Migrantinnen und Migranten keine homogene Einheit bilden, sondern sich aus heterogenen Gruppen zusammensetzen. Die Heterogenität lässt sich am Einreisegrund, an der Nationalität, am Alter und vielen anderen Indikatoren festmachen. Diese Indikatoren stehen zum Teil mit Erkrankungsformen und Krankheitsbildern in Zusammenhang (Collatz 2001, S. 53; Wiedl & Marschalck 2001, S. 9).

Das Statistische Bundesamt hat im Rahmen des Mikrozensus 2005 eine Präzisierung der Begrifflichkeit und der Datenlage erreichen wollen. Zunächst einmal muss man zwischen Ausländern, Deutschen ohne Migrationshintergrund und Deutschen mit Migrationshintergrund unterschieden werden (siehe Abbildung 1).

¹ So zum Beispiel die gängigen Dokumentationssysteme in der Suchthilfe, wobei sogar der Deutsche Kerndatensatz als Minimalkonsens des Fachausschusses „Statistik“ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren lediglich zwischen Deutschen, Bürgern eines EU-Landes und Sonstigen differenziert.

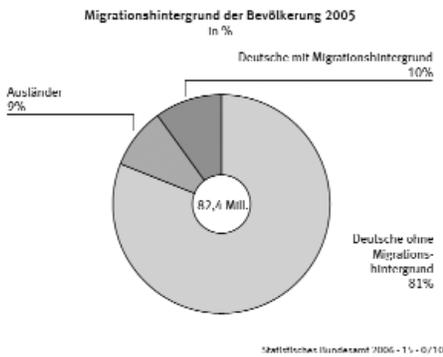


Abbildung 1:
Migrationshintergrund der Bevölkerung
2005 (Statistisches Bundesamt 2006)

Bei der Aufgliederung der Migrationserfahrung ergibt sich das folgende Bild (siehe Abbildung 2):²

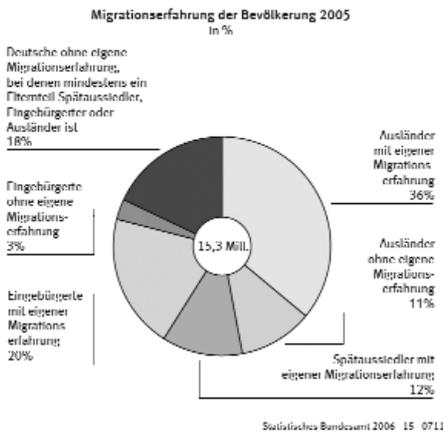
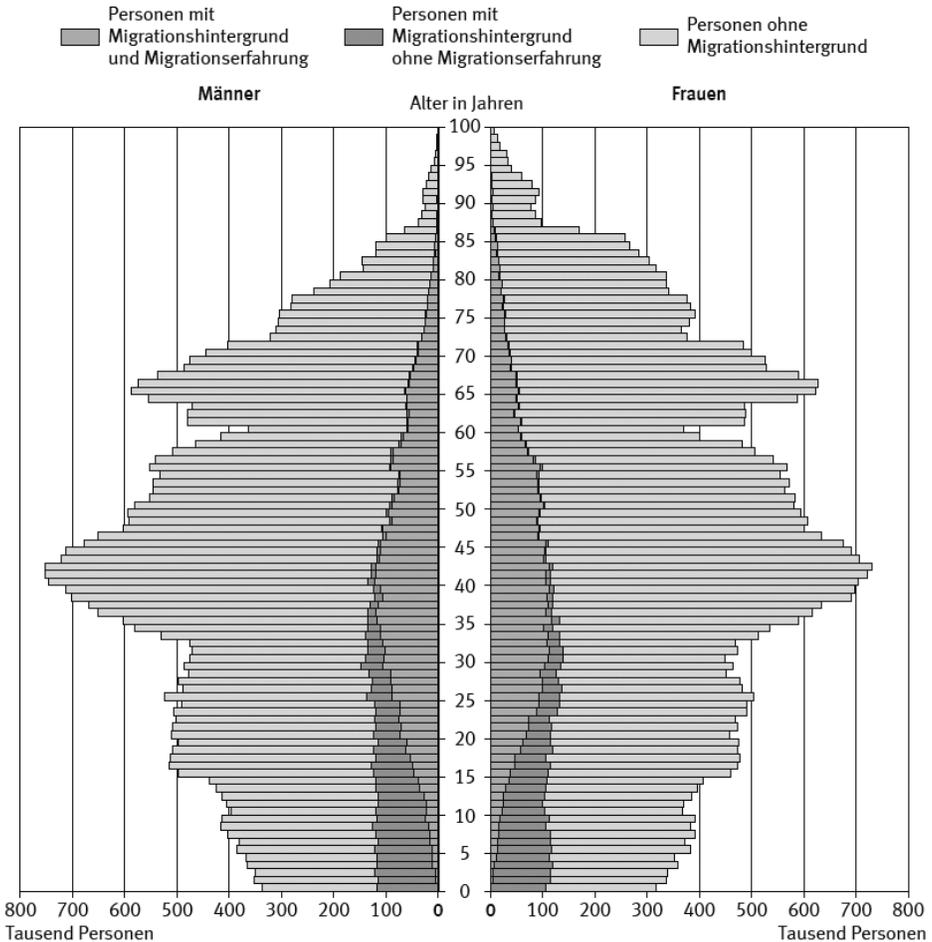


Abbildung 2:
Migrationserfahrung der Bevölkerung
2005 (Statistisches Bundesamt 2006)

Die Gruppe mit Migrationserfahrung setzt sich aus sehr heterogenen Populationen zusammen, wobei das Merkmal der Migrationserfahrung starken Variationen unterliegt. In naher Zukunft wird der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund - ohne jedoch eigene Migrationserfahrung zu besitzen - zunehmen (siehe Abbildung 3). Insofern wird sich die gesundheitliche Versorgung noch weiter ausdifferenzieren und sich auf drei sehr unterschiedliche Zielgruppen einstellen müssen.

2 Das Statistische Bundesamt fasst die folgenden Gruppen als „Personen mit Migrationserfahrung“ zusammen: 1. Ausländer (Zugewanderte Ausländer, Ausländer der 1. Generation, in Deutschland geborene Ausländer, Ausländer der 2. und 3. Generation) 2. Deutsche mit Migrationshintergrund (zugewanderte Deutsche mit Migrationshintergrund – Spätaussiedler, eingebürgerte zugewanderte Ausländer, nicht zugewanderte Deutsche mit Migrationshintergrund, eingebürgerte nicht zugewanderte Ausländer, Kinder zugewanderter Spätaussiedler, Kinder zugewanderter oder in Deutschland geborener eingebürgerter ausländischer Eltern, Kinder ausländischer Eltern, die bei Geburt zusätzlich die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben (ius soli), Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund, bei denen nur ein Elternteil Migrant oder in Deutschland geborener Eingebürgerter oder Ausländer ist).

Alterspyramide 2005 nach Migrationserfahrung
Ergebnisse des Mikrozensus



Statistisches Bundesamt 2006 - 15 - 0713

Abbildung 3:
Alterspyramide 2005 nach Migrationserfahrung (Statistisches Bundesamt 2006)

1.2. Gesundheitliche Belastungen bei Migrantinnen und Migranten

1.2.1 Allgemeine Gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten

Die Intensität der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den Migrantengruppen stellt sich sehr unter-

schiedlich dar. Während die Aussiedler seit Mitte der 90er Jahre intensiv untersucht werden, ist über Flüchtlinge und Asylbewerber kaum etwas bekannt. Mittlerweile lässt sich allerdings in Deutschland – gemessen an der Publikationszahl – eine durchaus rege Forschungsaktivität zum Komplex Migration und Gesundheit feststellen (Zeeb &

Razum 2006). Eine orientierende Literaturrecherche von Zeeb und Razum in der Datenbank PubMed mit den Schlüsselwörtern „Migrant“ OR „Immigrant“, „Epidemiology“, „Germany“ ergab über 280 Treffer (Stand: Ende März 2006). Hinzu kommen viele, vor allem deutschsprachige, in PubMed nicht gelistete bzw. die mit dieser groben Suchstrategie nicht auffindbare Veröffentlichungen. Nur ein kleinerer Teil beschreibt jedoch epidemiologische Studienergebnisse (Zeeb & Razum 2006).

Das ist zum Teil eine Konsequenz der oben beschriebenen Probleme, Migrationserfahrung und Migrationshintergrund exakt zu präzisieren. Für jede epidemiologische Untersuchung ist die Definition der Zielgruppe eine zentrale Voraussetzung (Zeeb & Razum 2006). Obwohl sich der Oberbegriff „Migrant“ allmählich für die vielen verschiedenen Gruppen wie Asylsuchende, Flüchtlinge, internationale Arbeitsmigranten, Aussiedler usw. durchsetzt, ist es dennoch schwierig, wie der bereits beschriebene Mikrozensus 2005 gezeigt hat, diese extrem heterogene Personengruppe mit der für epidemiologische Studien nötigen Präzision und Reproduzierbarkeit einzugrenzen (ebd.). Die Frage nach der Nationalität hilft angesichts der zunehmenden Zahl von Einbürgerungen nur noch wenig bei der Unterscheidung zwischen Migranten und Nicht-Migranten. Anstelle dessen setzt sich zunehmend durch, das Herkunftsland (eigenes oder der Eltern), die gesprochenen Sprachen oder auch den Namen als Indikator für den Migrationsstatus zu verwenden. Die Vielzahl der mittlerweile publizierten Studien ergibt in Bezug auf die Morbidität und die subjektive Einschätzung der Gesundheit ein heterogenes Bild (möglicherweise als Folge des Definitionspro-

blems), das hier nur angedeutet werden kann.

Die „Gastarbeiter“ bilden mit mehr als 7 Millionen Menschen die größte Gruppe mit Migrationshintergrund. Die erste Generation kommt in das Rentenalter, wobei besondere Probleme deutlich werden (Marschalck 2000). Das Maß der gesundheitlichen Beeinträchtigung liegt teilweise wesentlich höher als bei der deutschen Bevölkerung. So schätzen beispielsweise 40,4% den Gesundheitszustand als „eher schlecht“ und 13,6% als „sehr schlecht“ ein, während in einer vergleichbaren Befragung ältere Deutsche nur 22,9% ihren Gesundheitszustand als eher oder sehr schlecht bezeichneten (Dietzel-Papakyirakou & Obermann 2001).

Die Befundlage ändert sich allerdings, wenn nicht mehr im engeren Sinne „Gastarbeiter“ untersucht werden, sondern Aussiedler oder Personen mit Migrationshintergrund. Zu Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen und erhöhte Blutfette liegen Ergebnisse aus einer Reihe von Surveys vor, die allerdings nicht immer repräsentativ sind (Zeeb & Razum 2006). Bei Kindern mit Migrationshintergrund findet sich in vielen Studien eine erhöhte Prävalenz des Übergewichts, gemessen als Body-Mass-Index (BMI) (Will, Zeeb & Baune 2005); für Erwachsene liegen keine entsprechenden Daten vor. Auch zum Thema Rauchen ist die Datenlage aus epidemiologischen Studien unbefriedigend. Bei einem Vergleich der Rauchprävalenz von Aussiedlern mit der übrigen deutschen Bevölkerung im KORA-Survey 2000 fanden sich keine Differenzen (26,0% vs. 26,5%) (Aparicio, Döring, Mielck & Holle 2005). Psychische Gesundheitsbelastungen von Migranten sind in Deutschland bisher nur

selten mit epidemiologischen und vor allem bevölkerungsbezogenen Designs untersucht worden, so dass hierzu keine belastbaren Informationen vorliegen.

1.2.2 Umfang und Art der Suchterkrankung bei Migrantinnen und Migranten

Die schlechte Datensituation zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund setzt sich im Bereich der Suchterkrankungen fort. Aus den Einrichtungen der Suchthilfe, die eher die behandelte Prävalenz abbilden, wird berichtet, dass der Anteil an Migrantinnen und Migranten mit Suchtproblemen steigt, wobei manchmal ein kausaler Zusammenhang zwischen Migrationsverlauf und Suchterkrankung von Menschen mit Migrationshintergrund impliziert wird. Die wenigen repräsentativen empirischen Untersuchungen akzentuieren demgegenüber eher, dass Migrantinnen und Migranten weniger anfällig für Suchtprobleme sind als die Bevölkerung des Zuwanderungslandes, also eine geringere Prävalenz aufweisen, wobei über mögliche protektive Faktoren der zugewanderten Bevölkerungsgruppen diskutiert wird. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch die Erhebung im Rahmen des von der EU finanzierten Projektes Searchs I und II ‚Suchtprävention für ‚Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Migranten‘, das die LWL-Koordinationsstelle Sucht 2000 - 2004 durchführte. Hier zeigte sich ein relativer sozialer Schutz durch die enge Verbindung innerhalb der Migrantengruppe. Als besonders gefährdet erwies sich die Gruppe der allein stehenden Männer.³

Im Folgenden werden zuerst einige Studien zur Prävalenz von Suchterkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund referiert.

Grundsätzlich bieten diverse Informationen Möglichkeiten zur Analyse des Suchtkonsums der zugewanderten Bevölkerung. Repräsentativerhebungen, Einzelstudien, Daten aus Suchthilfeeinrichtungen sowie Daten aus der Polizeistatistik können untersucht werden, wobei jede Quelle ihre Vor- und Nachteile hat. Bei Repräsentativerhebungen fehlt es oft an der Miterhebung eines möglichen Migrationshintergrundes, Daten aus Suchthilfeeinrichtungen oder polizeiliche Quellen sind hochselektiv, weil lediglich Konsumentinnen bzw. polizeilich auffällig gewordene Konsumentinnen aufgenommen werden. Spezialstudien bieten Detailinformationen, deren Erkenntnisse sich allerdings aufgrund der meist fehlenden Repräsentativität nur schwer generalisieren lassen.

Es existieren Schätzungen über das Ausmaß des Suchtmittelkonsums, die die generelle Abhängigkeitsrate der Gesamtbevölkerung von drei bis fünf Prozent auf Migranten übertragen. Diese Schätzungen kommen zu dem Ergebnis, dass zwischen 300.000 (Czycholl 1998, S. 7) und 400.000 Migranten (Hüllinghorst & Holz 1998) suchtmittelabhängig sind. Czycholl folgert deshalb, dass alleine von den 2,5 Millionen innerhalb der letzten Jahre zugewanderten Aussiedler zwischen 75.000 und 125.000 Personen wegen ihres Suchtmittelkonsums einer Therapie bedürfen (Czycholl 1998, S. 44).

3 S. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2002): Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer. Ein Handbuch. Münster, Eigenverlag

Salman konstatiert, dass nach der offiziellen polizeilichen Statistik im Großraum Hannover ca. 20% der Suchtmittelabhängigen nicht-deutscher Herkunft sind (Salman 1998, S. 32). Er erweitert diese Aussage: „Nach Angaben von Fachkräften der Suchthilfe und nach Abfrage von offiziellen Polizeidaten liegt der Anteil von Drogenkonsumenten ausländischer Herkunft in den meisten Ballungszentren, so auch in Berlin, Frankfurt, Hannover, Stuttgart und Köln, bei ca. 20%. Die Tendenz ist steigend.“ (Salman 1999, S. 11). Hierbei ist festzustellen, dass durch die polizeilichen Statistiken nicht eindeutig auf einen Suchtmittelkonsum geschlossen werden kann. Es handelt sich um eine reine Hellfeldstatistik, d.h., dass die Daten nur aufgrund von polizeilicher oder staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen erfasst werden. Zudem kann die Polizeistatistik verzerrt sein, weil die Polizei sich möglicherweise selektiv verhält, z.B. verursacht durch ausländisches Aussehen. Da die strukturelle Zusammensetzung der Bevölkerungsgruppen nicht vergleichbar ist – ein Beispiel ist die Altersgruppierung –, erweist sich die Polizeistatistik als Indikator für Suchtprobleme von Menschen mit Migrationshintergrund als insgesamt unbrauchbar (Boos-Nünning 2002, S. 13f).

Die Zunahme der Todesfälle jugendlicher Aussiedlerinnen und Aussiedler infolge von Drogenkonsum von 36 im Jahr 1999 auf 162 im Jahr 2000 sorgte für großes Aufsehen. Die Zahl hatte sich vervierfacht. 2001 starben 142 Aussiedlerinnen und Aussiedler an Drogenkonsum, dies entspricht 7,7% der 1835 Drogentoten. 2002 betrug der Anteil der Aussiedlerbevölkerung an der Gesamtzahl der Rauschgifttodesfälle 1.513 (bzw. 8,7%). Sie sind immer

noch gegenüber ihrem Bevölkerungsanteil (5%) überrepräsentiert (Bundesministerium für Gesundheit 2003, 2002, 2001). Es zeigt sich des Weiteren ein Problem, das als „Turbokarriere“ beschrieben wird. Innerhalb kurzer Zeit sind diese Konsumentinnen und Konsumenten hochgradig abhängig. Als relevante Gründe für die hohe Repräsentation werden die nicht ausreichende Inanspruchnahme von Therapieangeboten und die zu geringen Kenntnisse im Umgang mit Drogen disputiert. So werden Drogen in hohen Dosierungen zusammen mit Alkohol konsumiert, was sich als gefährlich erweist (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Drogen- und Suchtbericht 2002, S. 138ff und 2004 S. 63).

Die bisher vorgestellten Daten konnten den Eindruck erwecken, dass die Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit Migrationshintergrund mindestens ebenso hoch, wenn nicht signifikant höher ist als die in der einheimischen Bevölkerung. Es gibt jedoch eine Reihe von Hinweisen, die ein gegenteiliges Bild zeichnen. Vor allem befinden sich darunter einige fundierte Studien, die eine objektive Perspektive und einen wissenschaftlich fundierten Erkenntnisgewinn versprechen.

Bei einem Vergleich des Alkoholkonsums von Aussiedlern mit dem der übrigen deutschen Bevölkerung im KO-RA-Survey 2000 ergab sich ein deutlich geringerer Konsum bei den Aussiedlern (Aparicio, Döring, Mielck & Holle 2005).

Die Untersuchung von Strobl und Kühnel umfasst die Befragung von 2376 Aussiedlerjugendlichen, von 989 jungen Deutschen sowie 191 Ausländerjugendlichen. Ein wichtiges Ergebnis war, dass die Aussiedlerjugendlichen im Gegensatz zur Vergleichsgruppe der

deutschen Jugendlichen und der ausländischen Jugendlichen weniger häufig illegale Drogen konsumieren. Der Anteil der Haschisch bzw. Marihuana konsumierenden Jugendlichen liegt bei den Aussiedlern mit 21% stark unter den 34% konsumierenden Deutschen. Die deutschen Befragten lagen auch beim Alkoholkonsum bezogen sowohl auf die Häufigkeit als auch auf die Menge des Konsums vorne (Strobl & Kühnel 2000, S. 153ff).

In einer Studie an der Fachhochschule Frankfurt am Main wurden 2001 560 deutsche und 76 ausländische Studierende nach ihrem Alkohol- und Drogenkonsum befragt. Beim Alkoholkonsum waren nur geringfügige Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Befragten sichtbar. Der Anteil der Studierenden, die nie Alkohol zu sich nehmen, ist bei den ausländischen Studierenden etwas höher als bei den deutschen. Auch bei der Lebenszeitprävalenz von illegalen Drogen zeigen sich kaum Unterschiede, die Konsumneigung ist bei ausländischen Studierenden wiederum geringer als bei deutschen (Schmid 2002, S. 135ff). In einer repräsentativen Studie zur gesundheitlichen Lage und zum Risikoverhalten von Jugendlichen zeigte sich, dass die Herkunftskultur weniger einflussreich einzuschätzen ist als die Lebensbedingungen im Aufnahmeland. Es wurden 1998 insgesamt 6.801 Schülerinnen und Schüler im Alter von 10-18 Jahren in Nordrhein-Westfalen befragt. Als spezifischer Risikofaktor für Zigaretten- und Alkoholkonsum kann nicht die Migration an sich, sondern die soziale Lage gelten. Insbesondere Faktoren des Elternhauses und der Schule befördern riskantes Verhalten (Settortobulte 2001, S. 182ff).

In einem weiteren Schritt können Ergebnisse aus dem Behandlungssystem

analysiert werden. In ambulanten Sucht- und Drogenberatungsstellen werden jährlich ca. 20.000 Klientinnen und Klienten dokumentiert. Für das Jahr 1999 zeigte sich dabei, dass die ausländischen Klientinnen und Klienten beim Alkoholkonsum unterrepräsentiert sind, während ihr Anteil bei illegalen Drogen wesentlich höher ist. Zu berücksichtigen sind dabei die unterschiedlichen Geschlechts- und Altersstrukturen der deutschen und der ausländischen Bevölkerung. Selbst wenn der größere Anteil jüngerer Menschen bei den Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt wird, bleibt ein leicht erhöhter Anteil an männlichen Ausländern übrig, die wegen illegaler Drogen eine Einrichtung aufsuchen (Strobl & Lange 2000 nach Schmid 2002, S. 136).

Die Statistik des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger gibt Hinweise auf die Situation in den stationären Entwöhnungseinrichtungen. Die Daten sind allerdings nicht differenziert nach Alkohol- oder anderem Suchtmittelkonsum. Auch hier sind ausländische Männer und Frauen gegenüber ihrem Bevölkerungsanteil unterrepräsentiert. Zu berücksichtigen ist jedoch auch, dass Aussiedler aufgrund ihrer deutschen Staatsbürgerschaft statistisch nicht separat erfasst werden. Aus den allgemeinen Daten des Suchthilfesystems lässt sich also lediglich bei männlichen Ausländern auf einen erhöhten Konsum illegaler Drogen schließen (Schmid 2002, S. 137).

Insgesamt lässt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen einem Migrationshintergrund und einer Suchterkrankung feststellen. Auffällig ist zudem, dass es bei früheren Migrationswellen keine Berichte über intensive Suchtprobleme gab. Eine empirische

Basis für die Beobachtungen der Therapeuten des Suchthilfesystems über massive Suchtprobleme bei Menschen mit Migrationshintergrund ist nicht zu erkennen, was aber nicht zwangsläufig bedeuten muss, dass diese Einschätzungen falsch sind. Empirisch gesehen sind lediglich jüngere Ausländer bezüglich des Konsums illegaler Drogen überrepräsentiert. Den Studien stehen allerdings Einschätzungen der Praktiker gegenüber, die zu einer anderen Bewertung kommen⁴.

Jenseits der Diskussion um erhöhte Prävalenzen bei Menschen mit Migrationshintergrund scheinen sich Unterschiede bezüglich der Art des Konsums bemerkbar zu machen. Bätz berichtet aus der stationären Entzugsbehandlung von illegalen Drogen, dass der Frauenanteil bei den drogenabhängigen Aussiedlern mit 8% deutlich niedriger liegt als bei den Deutschen mit 21,7% (Bätz 2002, S. 27). Auch Strobl und Kühnel gelangen zu der Ansicht, dass Migrantinnen eher unterdurchschnittlich häufig mit Alkohol- und/oder Drogensucht in Verbindung gebracht werden. Allerdings ist zu untersuchen, ob und inwieweit Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund höhere Prävalenzraten bei anderen Süchten aufweisen (Strobl & Kühnel 2000, S. 172). Diesbezüglich gibt es bisher kaum Forschungsergebnisse, allerdings scheint die Annahme gerechtfertigt, Migrantinnen zumindest als Risikogruppe für die Entstehung von Essstörungen anzusehen (Offermann 2001, S. 205).

Es zeigen sich weiterhin Anhaltspunkte, dass Menschen mit Migrationshin-

tergrund vom Behandlungssystem – zumindest vom stationären – früher erreicht werden als deutsche Drogenabhängige. Die Zeit des Opiatkonsums war bei ausgesiedelten und ausländischen Drogenabhängigen signifikant kürzer bis zur Aufnahme in der Entzugsstation als bei deutschen Drogenabhängigen. Aussiedlerinnen und Aussiedler vollzogen die erste Entzugsbehandlung nach durchschnittlich 2,93 Jahren, während deutsche Drogenabhängige 5,84 Jahre Opiate konsumierten und ausländische Drogenabhängige 4,7 Jahre (Bätz 2002, S. 29). Tendenziell scheinen Menschen mit Migrationshintergrund jünger zu sein als Deutsche, wenn sie mit dem Behandlungssystem in Berührung kommen.

Riecken untersuchte die behandelten Aussiedlerinnen und Aussiedler im niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück und fand heraus, dass es sich bei den in Deutschland erkrankten Aussiedlerinnen und Aussiedlern hauptsächlich um Jugendliche und junge Erwachsene handelt, die unter 25 Jahre alt sind. Riecken bezeichnet diese Generation als die „mitgenommene“, womit sie sich auf eine möglicherweise geringe Einreisemotivation bezieht (Riecken 2001, S. 161). Bei der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprogramms „Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit“ kristallisierte sich eine überproportionale Häufung von ausländischen Drogenabhängigen in jüngeren Altersklassen heraus, die auch der Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur stand hält (Schmid 1998, S. 82). Auch Bätz konstatiert:

4 Eine Zusammenstellung von verschiedenen Autoren, die Migration mit einem erhöhten Suchtrisiko in Verbindung bringen findet sich bei Bätz 2002, S. 20ff.

„Das Alter der drogenabhängigen Migranten beim stationären Entzug war geringer als das der drogenabhängigen Deutschen. Die Aussiedler als Gruppe waren dabei jünger als die anderen Migranten; allerdings waren die Aussiedler aus Polen älter als die anderen Aussiedler.“ (Bätz 2002, S. 33)

Es ist also kein eindeutiger kausaler Zusammenhang zwischen einem Migrationshintergrund und einer Suchterkrankung festzustellen. Hinweise gibt es jedoch auf gewisse Differenzen in der Art des Konsums und in der „Rasanz“ der Suchtkarriere.

1.3. Ursachen für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten

Die manchmal festgestellte schlechtere gesundheitliche Situation von Personen mit Migrationserfahrung wird durch den Stress erklärt, der mit dieser Erfahrung verbunden ist (Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen 2006). Migration wird als ein kritisches Lebensereignis beschrieben, das die bis dahin erworbenen Anpassungsfähigkeiten, Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien überlasten kann. Stress entsteht in dieser Perspektive als unmittelbare Folge des Akkulturationsprozesses⁵. Dabei können Faktoren des Herkunftslandes (der Herkunftskultur oder -gesellschaft) sowie Faktoren des Ankunftslandes als Stressoren wahrgenommen werden. Die Liste der mit Migration verbundenen Stressoren ist lang (Haasen & Yagdiran 2000): Unsicherheiten hinsichtlich der Lebensbe-

dingungen/ Wohnverhältnisse sowie der gesetzlichen Aufenthaltsrechte, chronische berufliche Belastung, drohende oder eingetretene Arbeitslosigkeit, Orientierungsschwierigkeiten aufgrund unberechenbarer und unsicherer Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt, Stigmatisierung, gesellschaftliche Ablehnung und Ausländerfeindlichkeit, ungelöste Trennungsängste in Bezug auf die nächsten Angehörigen, Entfremdung und Isolation aufgrund anhaltender Trennung und sich verändernder Beziehungen, eheliche und intergenerationale Normen und Rollenkonflikte, Ambivalenz und Zerwürfnisse, widersprüchliche Lebensstile und Ziele der einzelnen Familienmitglieder sowie Enttäuschungen über die schulischen Leistungen der Kinder. Mit Migration verbundener Stress ist somit häufig Folge wirtschaftlicher und beruflicher Belastungen. Weitere Stressoren resultieren aus der veränderten sozialen und familiären Situation.

In der Suchtforschung wird die Theorie des Kulturkonfliktes zur Erklärung von Suchterkrankungen bei Migranten verwendet, bei der – wie oben bereits beschrieben – die Problematik des Aufeinandertreffens der mitgebrachten und der vorgefundenen Kultur als stresserzeugende Belastung gesehen wird. Die Kulturen gelten nicht als gleichwertig, die Migranten werden ethnifiziert, der soziale Alltag und beiderseitige Integrationskonflikte bleiben außen vor (Weiss 2003). Diese Theorie wurde seit der Kulturalismusdebatte kaum mehr angewendet, gelangt jedoch im Zusammenhang mit der Entstehung von

⁵ Der Begriff Akkulturation bezeichnet das Hineinwachsen einer Person in ihre kulturelle Umwelt. In der Regel bezieht sich der Begriff auf Heranwachsende, also Kinder und Jugendliche in der Phase der Adoleszenz. Es kann aber auch der Assimilationsprozess Erwachsener gemeint sein, die sich als Immigranten mit einer ihnen fremden Kultur vertraut machen. (s. www.wikipedia.de)

Sucht wieder an Aktualität (Boos-Nünning 2002). Der alleinige Blick auf Defizite der Migrantinnen – die Unfähigkeit mit der fremden Kultur umzugehen, die Unfähigkeit eine eigene, klare Identität herauszubilden - ist nicht als konstruktiv zu bewerten. Zudem ist die Theorie des Kulturkonfliktes nicht empirisch belegt (Boos-Nünning 2002).

Die These von der Marginalisierung als Ursache für abweichendes Verhalten bezieht sich auf drei Dimensionen. Marginalisierung kann aus den objektiven Lebensbedingungen, den Formen der Benachteiligung und Diskriminierung und drittens aus der Antizipation von Diskriminierung und Chancenlosigkeit der Migranten selbst. Marginalisierung zeigt sich in schlechteren Wohnverhältnissen, sozialräumlicher Segregation, schlechteren Perspektiven in Schule und Beruf und Diskriminierungserfahrungen (Boos-Nünning 2002).

Im Wegfall protektiver Faktoren wird ein weiterer möglicher Grund für die Entstehung von Sucht bei Migranten gesehen. Unter protektiven Faktoren werden insbesondere die familialistische Orientierung und der Wegfall der Zukunftsperspektiven diskutiert. Allerdings sind noch kaum empirische Untersuchungen vorhanden. Bei jugendlichen Migranten wird als zusätzlicher Faktor die Freiwilligkeit der Migration diskutiert. Auch Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten werden als zusätzlicher Belastungsfaktor gesehen.

1.4. Zugang der Migrantinnen und Migranten zum Gesundheitssystem

Die Befundlage lässt nur den Schluss zu, dass Migranten die psychosozialen und medizinischen ambulanten Ange-

bote generell, d.h. bei allen Erkrankungen weniger nutzen als die übrige deutsche Bevölkerung (Razum, Geiger, Zeeb & Ronellenfitsch 2004; Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen 2006). Die Ursachen für diese Distanz zum Versorgungssystem sind aber komplexer Natur:

„Die bestehenden Unterschiede im Zugang zur Gesundheitsversorgung lassen sich vor allem auf drei Ursachen zurückführen: Diese sind Kommunikationsprobleme (einschließlich Sprachbarrieren und Informationslücken), unterschiedliche Krankheitskonzepte sowie im Zusammenhang mit der Migration gemachte Erfahrungen (...). Der Abbau dieser Zugangsbarrieren ist eine vordringliche Aufgabe des Gesundheitssystems“ (Razum, Geiger, Zeeb & Ronellenfitsch 2004, S. 2885).

Als Beispiel für differierende Krankheitskonzepte kann der im Mittelmeerraum verbreitete „böse Blick“ gelten, der im dortigen Kulturkreis unter anderem für seelische Störungen, körperliche Missempfindungen sowie Fruchtbarkeits- und Schwangerschaftsprobleme verantwortlich gemacht wird (ebd.). Die erlebte gesundheitliche Beeinträchtigung durch äußere Kräfte lässt sich weiterhin oft auf einen Rollen- oder Normenkonflikt zurückführen. Im Zuge der Migration werden Erfahrungen gemacht, die der Nutzung von Gesundheitsdiensten nicht förderlich sind, wie etwa Traumatisierungen im Zuge der Migration.

Allerdings lässt sich feststellen, dass niederschwellige Versorgungszentren für Suchtpatienten in einem guten Maße von Migranten in Anspruch genommen werden, während Beratungs- und Therapieangebote sehr viel weniger frequentiert werden. Gleichfalls sind

Migranten bei den eingreifend/kontrollierenden sozialen Diensten überrepräsentiert, während sie bei den präventiven und bildenden Einrichtungen stark unterrepräsentiert sind (Gaitanides 2003a).

Insgesamt gibt es einige Barrieren, die den Migranten den Weg in die Einrichtungen erschweren. Dabei handelt es sich um die schon angesprochenen Informationsdefizite, die noch durch Angst und Misstrauen gegenüber Behörden verstärkt werden, wenn Einrichtungen der psychosozialen Versorgung nämlich für solche gehalten werden. Sprachliche Mängel auf beiden Seiten und die Annahme von Migranten, dass Vorurteile bei den Helfern herrschen und diese nicht parteilich sind verhindern ebenso den Zugang zum Hilfesystem wie das ethnozentrische, mittelschichtorientierte Beratungssetting, das schon viele einheimische Deutsche abschreckt. Es gibt jedoch auch auf Helferseite Überlegungen, die ihnen den Zugang zu Migranten erschweren. Dies kann Angst vor Überforderung sein, die Annahme, dass das Klientel als schwierig gilt, aber auch entweder die Leugnung von kulturellen Unterschieden oder die Überbetonung der Unterschiede (Gaitanides 2003b; Collatz 2001).

Zusammenfassend ist deshalb davon auszugehen, dass es von den kulturellen Hintergründen des Patienten, des Helfers und der übrigen Gesellschaft abhängt, wie ein belasteter und kranker Mensch die unterschiedlichen professionellen Helfer einschätzt, bzw. wie der Helfer das Problem diagnostisch bewertet und welche Behandlungsform schließlich zur Anwendung gelangt (Kirkaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen 2006).

2. Konzepte der Sozialen Arbeit und der Suchthilfe

Die Ideen, wie den dargelegten Problemen zu begegnen ist, sind vielgestaltig und reichen von isolierten Angeboten wie zum Beispiel muttersprachlicher Beratung und Therapie, der Einstellung von Fachkräften fremder Herkunft als kulturelle Vermittler und der Modifikation der beraterischen Praxis hin zu komplexen Konzepten wie der Forderung nach interkultureller Kompetenz bei den Mitarbeitern und nach interkultureller Öffnung der Institutionen (Frieze 1999).

2.1. Interkulturelle Kompetenz

Das Konzept der interkulturellen Kompetenz, so wie es heute noch diskutiert wird, wurde 1994 von Hinz-Rommel entworfen. Schon vorher gab es Überlegungen zur Arbeit mit Ausländern, die Ausländerpädagogik, die sich durch eine Überbetonung der kulturellen Differenzen auszeichnete. Die „Ausländerkultur“ wurde dabei als rückständig und defizitär beurteilt (Gaitanides 2003a). Auch dem Konzept der interkulturellen Kompetenz wird vorgeworfen, an der Umdeutung politisch oder sozial bedingter Probleme mitzuwirken und somit Problemlagen zu ethnifizieren und damit zu entpolitisieren (Gaitanides 2003a; Simon-Hohn 2002). Im Gegensatz zu dem damaligen statischen Kulturbegriff der „Ausländerpädagogik“ versucht die interkulturelle Pädagogik jedoch den Blick auf die interaktiven Prozesse zwischen Mehrheit und Minderheit zu lenken. Dabei werden die Machtverhältnisse kritisch hinterfragt und ein fließender, individueller Kulturbegriff benutzt (ebenda).

Simon-Hohn versteht unter interkultureller Kompetenz „ein komplexes Bündel von Kompetenzen, das Reflexionsvermögen und Handlungsfähigkeit in kulturellen Überschneidungssituationen ermöglicht“ (Simon-Hohn 2002, S. 41). Interkulturelle Kompetenz beinhaltet die Idee von Verständnis, Verstehen und Verständigung. Dazu werden grundsätzlich folgende Kernelemente als notwendig beschrieben: Einfühlungsvermögen, Bewusstsein der eigenen kulturellen Identität, Rollendistanz sowie Ambiguitätstoleranz. Sprachkenntnisse und Hintergrundwissen über Tradition, Kultur und Lebensweise der jeweiligen Klient/innen sind ebenfalls relevant, Vorrang hat jedoch der Aspekt der Selbstreflexion. Eine Verständigung lässt sich notfalls auch über einen Dolmetscher erreichen (Gaitanides 2003; Simon-Hohn 2002; Friese 1999). Kritisch angemerkt wird, dass diese Kataloge im Prinzip nur eine Erweiterung der allgemein notwendigen sozialen Kompetenzen seien (Filsinger 2002). Dies ist etwas zu kurz gegriffen, da antirassistische und ethische Komponenten sowie die Bewusstheit um Machthintergründe und die Auseinandersetzung mit der eigenen Kulturgebundenheit sehr viel mehr betont werden. Zentraler Bezugspunkt der interkulturellen Kompetenz ist die selbstreflexive Auseinandersetzung mit eigenen kulturellen Werten.

Aus dem Blick auf die Vorwürfe und der Erkenntnis, dass interkulturelle Kompetenz kein Allheilmittel ist und nur als „halbe“, „unfertige“ Kompetenz in der sozialen Arbeit beinhaltet eine Definition „die Fähigkeit in „ethnifizierten“ Situationen des Alltagsleben die kulturellen Zuschreibungen und Festlegungen aktiv und effektiv aufzulösen und sie in Situationen des offenen und gleichberechtigten „Konfliktmanagements“ durch

die Akteure selbst umzumünzen“ (Lange & Pagels 2000, zitiert nach Simon-Hohn 2002, S. 39).

Interkulturelle Kompetenz kann als Weiterentwicklung von allgemeinen Kompetenzkatalogen verstanden werden, wobei allerdings die Schwerpunkte eine andere Gewichtung bzw. Ergänzung erfahren. Somit ist interkulturelle Kompetenz auch an anderen Orten als der interkulturellen Arbeit mit Ausländern als Kompetenz förderlich.

Seit einigen Jahren gibt es zahlreiche Weiterbildungsveranstaltungen in verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit, in denen interkulturelle Kompetenz vermittelt werden soll. Dabei wird Wissen vermittelt und Kommunikation geübt. Interkulturelle Kompetenz, die für die professionelle Ausübung der Arbeit notwendig ist, kann auch in informellen Lernprozessen im Alltag erworben werden. Im Alltag hat jeder Mensch Begegnung mit anderen Kulturen, das kann im Urlaub sein oder in einer anderen Gesellschaftsschicht (Simon-Hohn 2002). Weiterhin wird auf die Vermittlung von interkultureller Kompetenz schon im Studium oder in multikulturell besetzten Arbeitsteams verwiesen (Gaitanides 2003).

2.2. Interkulturelle Öffnung der Institutionen

Die Vermittlung von interkultureller Kompetenz durch Weiterbildungen stellt neben der Forderung nach methodisch betriebenen interkulturellen Teams den Kernpunkt der Forderung nach interkultureller Öffnung der Institutionen. Interkulturelle Öffnung wird als Organisationsentwicklung betrachtet, die Personalentwicklung mit einschließt (Hinz-Rommel 2002; Jungk 2001) Als Elemente der Organisationsentwicklung werden unter anderem die Entwicklung

eines Leitbildes, das die interkulturelle Ausrichtung beinhaltet, die Sichtbarmachung derselben nach außen, die Untersuchung der Nutzergruppen und die darauf folgende Anpassung der Schlüsselprozesse genannt (Pavcovic 2002; Handschuck & Schröer 2000). Dabei wird deutlich, dass die interkulturelle Öffnung immer sowohl eine Aufgabe der Leitung ist als auch eine Aufgabe der Mitarbeiterschaft. Interkulturelle Öffnung beinhaltet weiterhin die Kooperation mit anderen Diensten, speziell Migrationsdiensten, und Gemeinwesenarbeit. Im Rahmen der Personalentwicklung ist darauf zu achten, dass Personal mit interkulturellen Fähigkeiten eingestellt wird, dass das vorhandene Personal sich fortbildet und dass kompetente Dolmetscher gegebenenfalls vorhanden sind (Pavcovic 2002).

2.3. Entwicklungen in der Suchthilfe

Die Forderung nach interkultureller Öffnung hat wie die anderen Bereiche der sozialen Arbeit auch die Suchthilfe erreicht. Seit Mitte der 90er Jahre wird die Problematik von suchtmittelkonsumierenden Migrantinnen und Migranten diskutiert. Schon in den 80er Jahren gab es Spezialeinrichtungen, wie die Fachklinik Hohenrodt, in der alkohol- oder drogenabhängige Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien und Aussiedler stationär entwöhnt werden oder die Einrichtung Dönüs bei Nürnberg, in der Männer orientalischer Herkunft behandelt werden. Später wurde auch versucht, die fremden Patienten in die Stationen zu integrieren. Zum Teil wird von Problemen berichtet, wie z.B. von Gruppenrückfällen von Aussiedlern im Entzug, die eine „Quotierung“ der Aussiedler nach sich zogen.

Auch im ambulanten Bereich gibt es Entwicklungen: In Duisburg wurde ein

Projekt zur Suchtprävention und -beratung für junge Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler 1998 durchgeführt, in Münster gibt es seit 2001 aufsuchende, stadtteilorientierte, psychosoziale Begleitung und Betreuung von russlanddeutschen Drogenkonsumenten (Landeszentrum für Zuwanderung NRW 2002) sowie aktuell das Projekt SeM – Sekundäre Suchtprävention für spätausgesiedelte junge Menschen (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht in Kooperation mit der Stadt Münster), um nur einige Beispiele zu nennen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung widmet der Arbeit mit Migranten viel Aufmerksamkeit. Vom Bundesministerium des Innern sind eine Reihe von Projekten speziell für Aussiedler gefördert worden und das Bundesamt für die Anerkennung von ausländischen Flüchtlingen vergibt ebenso Finanzhilfen. Ausländer und Aussiedler finden Beachtung, für Asylbewerber und Flüchtlinge gilt dies jedoch nicht. Das Hilfssystem hat sich dermaßen ausdifferenziert, dass es mittlerweile eher um Vernetzung und Kooperation der bestehenden Hilfeinrichtungen geht als um Neuentwicklungen.

2.4. Interkulturelle Suchthilfe

Aus den Konzepten der interkulturellen Kompetenz und der interkulturellen Öffnung der Institutionen lassen sich die Erfordernisse für eine interkulturelle Suchthilfe ableiten. Im Allgemeinen fällt auf, dass in der Literatur kaum Definitionen interkultureller Suchthilfe zu finden sind. Es wird häufig berichtet, was in der Praxis verändert wurde und es werden die am weitesten entwickelten Einrichtungen in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten vorgestellt. Dies geschieht allerdings unsystematisch, lediglich Salman und seine Mitautoren

formulieren in ihrem Buch zur interkulturellen Suchthilfe etwas, das einer Definition und einem Konzept nahe kommt.

*„Suchthilfe kann als interkulturell bezeichnet werden, wenn **regelhaft** in ihren Angeboten sprachliche, kulturelle und migrationsspezifische Aspekte Berücksichtigung finden. Integrative und kultursensible Suchthilfe basiert auf **emanzipatorischen Grundlagen**. Deshalb ist es notwendig, den jeweiligen lokalen Anteil der Migranten unter den Süchtigen bei der **Einstellungspraxis** neuer Mitarbeiter in den Fachdiensten zugrunde zu legen. Vorhandene Versorgungskonzepte müssen hinsichtlich ihrer **interkulturellen Qualität** überprüft und um migrantenspezifische Komponenten ergänzt werden. Dies gilt in besonderer Weise für die Schaffung von kulturspezifischen und sprachlich gesicherten Präventionsangeboten sowie einer verstärkten **Aufklärung** über Art, Sinn und Umfang vorhandener Angebote. Hierzu ist der konzeptionelle Abbau von Zugangsbarrieren erforderlich....“ (Salman, Tuna & Lessing 1999, S. 17, Hervorhebung im Original).*

Weiterhin ist die Motivation, Beteiligung und Vernetzung von Migrantenorganisationen und von relevanten Einzelpersonen im Rahmen des Handlungsfeldes der Suchthilfe integraler Bestandteil der interkulturellen Suchthilfe. Der Planung und Koordinierung entwickelter Angebote kommt eine wichtige Rolle zu, damit die Angebote nicht vereinzelt bleiben und die Wirkung verpufft. Zudem sollen Anstrengungen unternommen werden, damit sich Methoden und Konzepte interkultureller Therapie in der Suchthilfe etablieren. Dazu sind verbindliche und einheitliche Mindeststandards im Rahmen der Regelversorgung unverzichtbar. Die interkulturelle Öff-

nung von Regeldiensten ist zu fordern, wobei migrantenspezifische Einrichtungen sinnvoll bleiben, wenn die Regelversorgung kurzfristig keine ausreichenden Effekte erzielen kann. Interkulturelle Kompetenz ist als fester Bestandteil der Fachkompetenz in der sozialen Arbeit anzuerkennen. Die berufliche Weiterbildung von Migrantinnen und Migranten ist anzustreben, die dann zusammen mit deutschen Mitarbeitern interkulturelle Teams bilden. (Salman, Tuna & Lessing 1999, S. 17ff). Ein Konzept, das innerhalb der Suchthilfe Anerkennung gewonnen hat, ist das Keyperson-Konzept, das von Stimson, Fitch und Rhodes im Rahmen des ‚Rapid Assessment and Response‘ (RAR) entwickelt wurde, um den Zugang zu ‚versteckten Bevölkerungsgruppen‘ (hidden population) zu ermöglichen (Stimson et al 1998a). Keypersons im Migrationsbereich sind Mitglieder aus den Gruppen von Migrantinnen und Migranten, zu denen man Zugang erreichen möchte. Diese Menschen sollen allgemein akzeptierte Personen sein, z.B. Lehrer, Ärzte, etc., so dass sie eine Autorität darstellen und die Menschen sich an diese Person gerne wenden. Die Keypersons sind also innerhalb ihrer Community anerkannt, gleichzeitig sollen sie sich auch in dem Aufnahmeland zurechtfinden, so dass sie als Bindeglied zwischen Community und Suchthilfe fungieren können. Die Keypersons haben den Vertrauensvorschuss, der den Beschäftigten der Suchthilfe fehlt, außerdem können sie den Menschen mit Migrationshintergrund in situativen Gesprächen helfen (s. auch Tuna 1999, S. 108).

Aus der obigen Definition und den Ausführungen der anderen Kapitel ergeben sich die Anforderungen der interkulturellen Suchthilfe: Notwendig ist die Be-

seitigung der Zugangsbarrieren. Dies kann sich nicht auf die rechtlichen bzw. strukturellen Barrieren beziehen, die eher politischen Entscheidungsprozessen unterworfen sind, sondern fokussiert auf die folgenden Problembereiche:

- Sprachbarriere
- mangelnde Informationen über das Suchthilfeangebot
- Informationsdefizit und mangelnde interkulturelle Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- verschiedene kulturelle Konzepte
- unterschiedliches Gesundheits-, Krankheits- und Suchtverständnis
- segmentierter Ansatz
- Erfahrungen mit öffentlichen Institutionen und Ämtern im Herkunftsland
- Behördenimage, Diskriminierung und Angst vor rechtlichen Folgen im Aufnahmeland
- Übergang von der traditionellen Lebenswelt in die individualisierte Gesellschaft (siehe Geiger 1997, S. 87ff)

Wohl als Reaktion auf die Berichte aus der Praxis wurden zahlreiche Fachtagungen und Workshops zum Thema veranstaltet. Aus diesen Fachtagungen heraus sind viele Dokumentationen zum Thema „Sucht und Migration“ erschienen, in denen berichtet wurde, welche Veränderungen vorgenommen wurden und welche Erfolge dabei zu beobachten waren. Auch die Koordinationsstelle Sucht des LWL führte verschiedene Aktivitäten durch zu denen es teilweise Veröffentlichungen gibt. Leider wurden in all diesen Initiativen nur Einzelaspekte beleuchtet, die nur begrenzt zu einem Gesamtbild verdichtet werden können. Unklar bleibt, ob eine interkulturelle Öffnung stattfand oder zumindest ansatzweise umgesetzt wurde.

Daraus hat sich die für die im Folgenden dargestellte Studie zentrale Frage entwickelt, wie weit die interkulturelle Arbeit in der Suchthilfe inzwischen Verbreitung gefunden hat und an welchen Stellen noch Entwicklungsbedarf besteht. Wie ist überhaupt der Bedarf an interkultureller Arbeit? Wie hoch sind die Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund in der Regelversorgung? Auf diese Fragen versucht die empirische Erhebung erste Antworten zu geben.

3. Durchführung der Erhebung: Ziele der Befragung, Gestaltung des Fragebogens und Beschreibung der Stichprobe

3.1. Forschungsfragen

Nachdem der Forschungsstand zum Thema Sucht und Migration einleitend skizziert wurden, soll nun beschrieben werden, welchen spezifischen Leitfragen sich die Erhebung widmete:

(1) Wie hoch ist der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung in den befragten Einrichtungen?

Das erste Ziel der Befragung besteht in der Analyse der Inanspruchnahme der Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe durch Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung, insbesondere hinsichtlich ihrer Herkunft, ihrer Sprachfähigkeiten. Es soll auf Schätzungen der Einrichtungen zurückgegriffen werden. Damit die Informationen interpretiert werden können, ist es notwendig, auch Daten über

die Einrichtungen zu erheben. Dabei sind insbesondere die Art, die Größe sowie die Personalstruktur der Einrichtung von Belang.

(2) Wie ist die Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung konzeptionell und praktisch gestaltet?

Weiterhin wird erhoben, inwieweit sich die Institutionen der Suchthilfe auf eine interkulturelle Orientierung eingelassen haben, d.h. es wird die Beseitigung der Zugangsbarrieren und die interkulturelle Kompetenz in der Selbsteinschätzung der Einrichtung erhoben.

(3) Existieren spezifische Angebote zur Überwindung der Zugangsprobleme?

Ein zweites Ziel besteht darin, die Angebote der Einrichtungen für Migranten und ihre Konzepte zur Überwindung der Zugangshindernisse, zur Förderung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter und zur interkulturellen Öffnung der Einrichtung insgesamt zu erfassen.

(4) Welche Vorschläge und Anregungen existieren seitens der Einrichtungen zur Verbesserung der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung?

Die Beschäftigten in der Praxis der Suchthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten können wichtige Hinweise zur Situationseinschätzung und zur Verbesserung der Arbeit geben. Fragen zur Bedarfsabdeckung sowie die Bitte um Anregungen und Vorschläge stehen am Ende des Fragebogens.

3.2. Die Gestaltung des Fragebogens und die Durchführung der Erhebung

Da eine ähnliche Untersuchung mit einem ähnlichen Fragebogen bisher unserem Wissen nach noch nicht publiziert worden ist⁶, wurde im Rahmen einer Diplomarbeit ein neues Instrument geschaffen. Es handelte sich um einen Fragebogen mit offenen und geschlos-

6 Eine empirische, bundesweite Studie zu interkulturellen Angebote in der Suchtprävention stammt von Boos-Nünning und Otyakmaz (Boos-Nünning & Otyakmaz 2002). In einer kleineren Studie werden Beschäftigte eines Vereins nach der Bewertung der eigenen Kompetenzen, nach der Bewertung der Institution in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund und nach Unterstützungsbedarf gefragt (Macek 2003). Eine weitere Untersuchung, die einen ähnlichen Schwerpunkt hat, sich aber auf allgemeine Beratungsstellen bezog, wurde 2001 in Bielefeld durchgeführt (Mecheril, Mian-dashti, Plößer & Raithele 2001).

Im Jahr 2001 entstand im Auftrag der Koordinationsstelle Sucht eine ähnliche Erhebung, die sich dem Ziel widmete, die vorhandenen migrantenspezifischen Angebote/Fortbildungsbedarf zu erheben. Außerdem sollte festgestellt werden, wie groß der Anteil an Migrantinnen und Migranten in den Suchthilfeeinrichtungen ist. Zu diesem Zweck wurde an 478 Adressen in Westfalen-Lippe ein Fragebogen mit sowohl geschlossenen als auch offenen Fragestellungen geschickt. Unter den Einrichtungen waren Adaptions- und Entzugseinrichtungen, stationäre Therapieeinrichtungen, Beratungsstellen, Präventionsfachstellen, betriebliche Suchtberatungen, Bewährungshilfen und Justizvollzugsanstalten. Die Einrichtungen wurden auf der Grundlage des Verteilers der Koordinationsstelle Sucht angeschrieben. Von den 478 angeschriebenen Adressen kamen 202 Fragebögen zurück, das entsprach einer Quote von 42,3%. Die Ergebnisse der Studie wurden nicht veröffentlicht, auf ihrer Grundlage setzte die Koordinationsstelle Sucht ihre Bemühungen um eine Verbesserung und Intensivierung der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt fort. Dies zeigte sich in der Erarbeitung eines Fortbildungsmoduls, in dem Angebot von Fachtagungen und Workshops sowie der Initiierung eines Arbeitskreises „Sucht und Migration“ in Westfalen-Lippe. Im Text wird – wenn möglich – Bezug genommen zu den Ergebnissen aus dem Jahr 2001. Dies ist jedoch nicht immer machbar, bzw. es kann nicht immer ein direkter Vergleich gezogen werden, da sich beide Erhebungen in ihrem inhaltlichen und strukturellen Aufbau voneinander unterscheiden.

senen Fragen, der sich inhaltlich in vier Teile gliedern lässt, die den oben formulierten thematischen Komplexen entsprechen bzw. diese operationalisieren. (1) Nach der Erhebung von relevanten Daten der Einrichtung folgten Fragen zu den Menschen mit Migrationshintergrund, die als Klientel die Institution aufsuchen. Es wurden die Anteile dieser Klientel gegenüber den einheimischen Deutschen erfragt, der Anteil der Frauen sowie die Herkunftsländer. (2) Anschließend wurden verschiedene Fragen zu der Öffnung der Institution der Suchthilfeeinrichtung für Migrantinnen und Migranten gestellt. (3) Danach wurde die inhaltliche und konzeptionelle Gestaltung im Rahmen eines umfangreichen Fragenkomplexes erhoben. (4) Eine Bewertung der Bedarfsdeckung sowie eine Frage nach Anregungen bezüglich der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund schlossen den Fragebogen ab.

Im Anschreiben wurde darum gebeten, dass der Leiter oder die Leiterin der Einrichtung oder eine gleichermaßen kompetente Person den Fragebogen ausfüllt. Es wurde zugesichert, dass die Ergebnisse anonymisiert werden, die Angabe eines Ansprechpartners wurde jedoch erbeten.

Die Studie wurde in Kooperation zwischen der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe und dem Zentrum für Planung und Evaluation der Universität Siegen erstellt. Die LWL-Koordinationsstelle Sucht stellte die logistischen Faktoren bereit, die wissenschaftliche Betreuung geschah durch Herrn Prof. Dr. Regus vom Zentrum für Planung und Evaluation der Universität Siegen. Auf einem Treffen des von der LWL-Koordinationsstelle Sucht initiierten Arbeitskreises ‚Suchtarbeit und Migration‘ im Oktober 2004 wurde die geplante Erhebung

vorgestellt und für die Beantwortung geworben. Es konnten jeweils fünf Einrichtungen aus der stationären und der ambulanten Arbeit für einen Pretest-Durchlauf gewonnen werden. Aus den Rückmeldungen der Antwortenden ergaben sich Veränderungen des Fragebogens, die hauptsächlich aus einer Verringerung detailgenauer Fragen sowie einer Vereinfachung der Fragestellungen bestand.

Die Fragebögen wurden von der Koordinationsstelle Sucht verschickt, wobei jeweils ein Anschreiben der Koordinationsstelle Sucht und des Zentrums für Planung und Evaluation beilag. Insgesamt wurden 289 Fragebögen verschickt, die an die Universität Siegen zurückgesandt werden sollten.

Für das Ausfüllen und Zurücksenden wurden lediglich zwei Wochen veranschlagt, danach wurde ein Nachfassbrief versandt. Der erste Versand erfolgte Ende November, die Nachfassaktion Mitte Dezember, wobei darum gebeten wurde, dass der Fragenbogen bis zur zweiten Woche im Januar 2005 zurückgesendet wird. Auf die Nachfassaktion meldeten sich 19 Institutionen, die um eine erneute Zusendung des Bogens baten. Bis zum 19. Februar 2005 wurden ausgefüllte und zurückgeschickte Fragebogen berücksichtigt. Danach wurden keine Fragebögen mehr in die Auswertung einbezogen und die Erhebungsphase abgeschlossen.

3.3 Beschreibung der Nettostichprobe: die Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe

3.3.1. An der Befragung beteiligte Einrichtungen

Der Fragebogen wurde an 289 Adressen versandt. Grundsätzlich wurden Einrichtungen angeschrieben, die primär der Suchthilfe angehören:

Sucht- und Drogenberatungsstellen, Institutsambulanzen, niederschwellige Einrichtungen wie Cafés und Konsumräume oder ambulant betreutes Wohnen aus dem ambulanten Bereich. Aus dem stationären Bereich wurden Krankenhausabteilungen, Rehabilitationseinrichtungen sowie Übergangswohn-einrichtungen angeschrieben.

Die Adressen, die die Grundlage für die Bruttostichprobe bildete, stammten von der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und setzten sich aus Angaben des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, der eigenen ständig aktualisierte Datenerfassung der KS, aus Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, aus Daten von

Versicherungsträgern sowie von Arbeitsgemeinschaften und Verbänden der Suchthilfeeinrichtungen zusammen. Insofern kann angenommen werden, dass die Bruttostichprobe die Versorgungsstruktur für den Bereich Westfalen-Lippe in hohem Maße abbildet.

Insgesamt wurden 125 von 289 Bögen zurückgeschickt, das entspricht einer Quote von 43%. Dies kann für eine schriftliche Befragung als zufriedenstellend bewertet werden. Aus Telefonaten und E-Mail-Kontakten mit Einrichtungen, die sich nicht beteiligt hatten, wurde deutlich, dass sich viele Einrichtungen nicht zuständig fühlten, da sie entweder nur eine sehr geringe Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund betreuten oder aber einen speziellen Migrationsdienst unter glei-

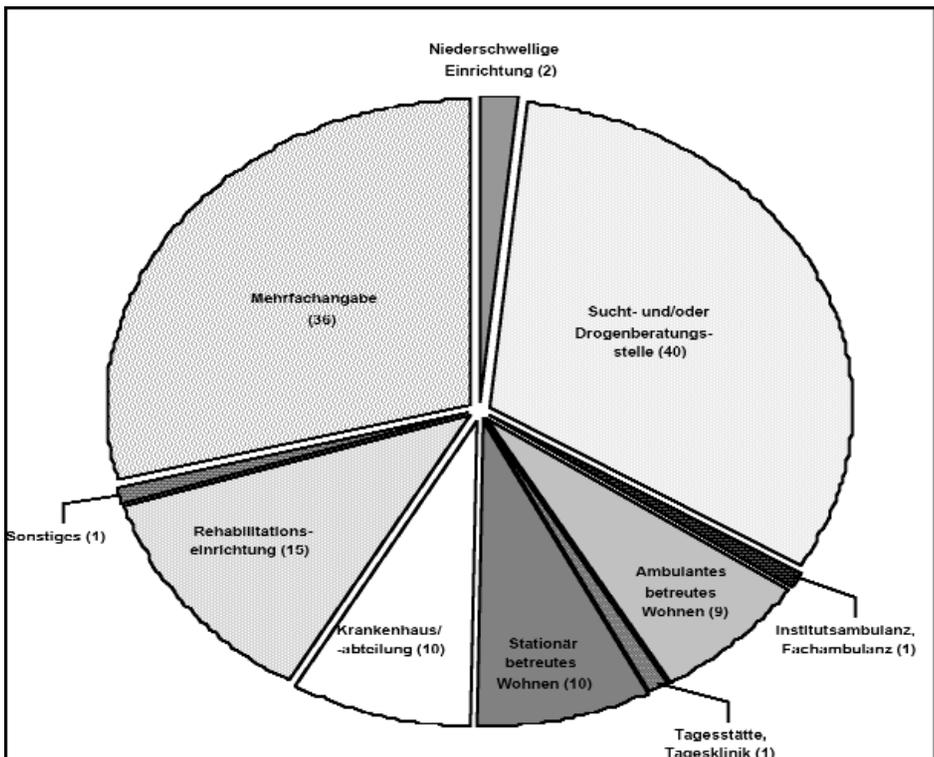


Abbildung 4: An der Befragung beteiligte Einrichtungen

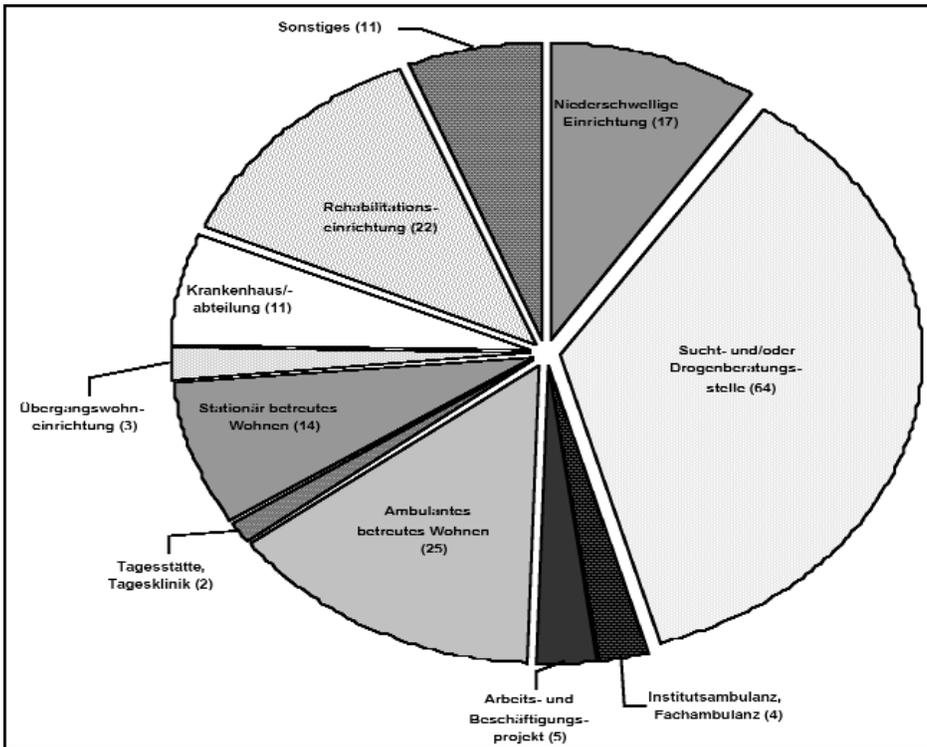


Abbildung 5:
Beteiligte Einrichtungen mit der Aufschlüsselung der Mehrfachantworten

cher Trägerschaft haben, der sich um Migrantinnen und Migranten kümmert. In einer früheren Erhebung zeigte sich, dass das Antwortverhalten sehr unterschiedlich war. Zum Teil hatten mehrere kleinere Untereinheiten für sich selbst geantwortet, zum Teil gab es nur eine Antwort von einem Suchthilfezentrum, das aus mehreren verschiedenen Einrichtungen bestand. Aus diesem Grund wurde darum gebeten, dass die Antwortenden jeweils angeben, um welche Einrichtungsart oder welche verschiedenen Einrichtungsarten es sich handelt.

Es stellte sich heraus, dass 36 Fragebögen von Einrichtungen beantwortet

wurden, die sich aus mehreren Einrichtungsteilen zusammensetzten. Dies entspricht einem guten Drittel der Antwortenden, siehe Abbildung 4. Diese Einrichtungen setzten sich zum Teil aus so verschiedenen Institutionen zusammen, dass es schwierig war, sie kategorial zutreffend zu erfassen.

In den 36 Mehrfachangaben sind verschiedene Einrichtungen des ambulanten Bereichs enthalten: 15 niederschwellige Einrichtungen, 24 Sucht- und/oder Drogenberatungsstellen, 16 Institutionen, die ambulant betreutes Wohnen anbieten. Insofern bietet sich folgendes korrigiertes Bild: Insgesamt

sind Angaben von 178 Einrichtungen der Suchthilfe vorhanden, siehe Abbildung 5.

Die Berücksichtigung der Mehrfachinstitutionen bei der Auswertung stellt ein erhebliches Problem dar, beispielsweise bei der Mitarbeiterstruktur. Da hier nicht aufzuschlüsseln ist, welche Einrichtungsteile welchen Anteil haben, werden diese Einrichtungen dort wie eine eigene Einrichtungskategorie behandelt, so dass die folgenden Angaben sich an den Werten der Abbildung 4 orientieren.

In der Erhebung sind einige Einrichtungsarten überproportional vertreten, vor allem Beratungsstellen und Mehrfacheinrichtungen, während andere, z.B. Institutsambulanzen oder niederschwellige Einrichtungen, einen deutlich geringeren Anteil ausmachen. Hierbei sind die Nennungen innerhalb der Mehrfachinstitutionen zu berücksichtigen, doch bleibt das Problem, dass der Rücklauf nicht ausgewogen ist. Für die Auswertung wurden alle Rückmeldungen hinzugezogen⁷. Die Ergebnisse der Auswertung können somit eine höchstens eingeschränkte Repräsentativität beanspruchen. Trotzdem ist vor allem über die Beratungsstellen eine fundierte Aussage möglich.

3.3.2. Beschreibung der Nettostichprobe: Behandlungsschwerpunkte, Klienten- und Patientenzahlen und Mitarbeiterstruktur

Am Anfang des Fragebogens wurden einige Daten über die Einrichtung erhoben. Dazu wurde auch gefragt, welche Behandlungsschwerpunkte in den Einrichtungen zu finden sind. Es zeigte sich, dass Alkohol am häufigsten als Schwerpunktproblematik und als relevant in der Arbeit benannt wurde. Danach werden Medikamente und illegale Drogen als relevant eingestuft. Dies ist überraschend, da es für die Behandlung der Medikamentabhängigkeit kaum verbreitete Behandlungskonzepte gibt. Die Behandlung von Tabakabhängigkeit, pathologischem Glücksspiel sowie von Essstörungen (Anorexia Nervosa, Bulimie) wird als weniger wichtig eingestuft. Die meisten Einrichtungen sind auf mehrere Störungsgebiete ausgerichtet. Dabei fällt auf, dass tabakabhängige Menschen als Zielgruppe eine geringere Bedeutung eingeräumt wird als den Spielabhängigen. Dies ist interessant, weil in den letzten Jahren dem Tabakkonsum mit seinen Schäden und Folgen innerhalb der Wissenschaft große Aufmerksamkeit gewidmet wurde und auch die Politik hier den Schwerpunkt verstärkte.⁸

7 Hier wurden auch Auswertungen über eine einzige Einrichtung innerhalb einer Kategorie einbezogen, da auch diese Ergebnisse heuristisch wertvoll und fruchtbar sind.

8 Über diese Relevanzeinschätzungen wurde eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) gerechnet. Dabei zeigte sich überraschenderweise, dass in der Faktorenmatrix die folgenden Werte auftraten: Medikamentenabhängigkeit: 0,856; Alkoholsucht: 0,753, Spielsüchte: 0,744, Tabaksucht: 0,71, Essstörungen: 0,678, illegale Drogen: 0,576. Dies könnte inhaltlich darauf hindeuten, dass die Befragten der Medikamentenproblematik einen erstaunlich hohen Stellenwert im Patientengut beigemessen haben. Daran ändert sich auch nichts, wenn bei der Faktorenanalyse keine Mittelwertergänzung vorgenommen wurde.

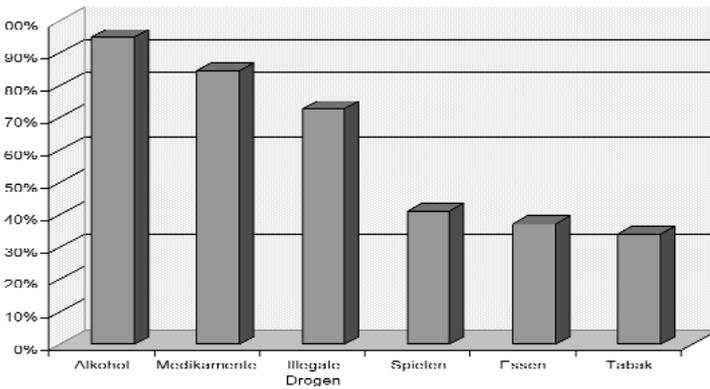


Abbildung 6: Schwerpunktsetzungen der Einrichtungen

Es wurde weiterhin ermittelt, wie viele Klienten/Patienten im Kalenderjahr 2003 behandelt oder beraten wurden. Entsprechend der Heterogenität der Einrichtungen zeigen sich große Differenzen. Drei Einrichtungen gaben an, weniger als 10 Personen behandelt oder beraten zu haben. Der Großteil der Institutionen hat allerdings zwischen 50 und 600 Personen betreut. Drei Einrichtungen gaben an, mehr als 7.000 Personen versorgt zu haben. Für

die Darstellung der Mittelwerte wurden diese extremen Beispiele als Ausreißer betrachtet und ausgeschlossen, da sie sich extrem verzerrend auswirken.

Die Sucht- und Drogenberatungsstellen hatten im Durchschnitt 512 Klientinnen und Klienten, Von den beiden niederschweligen Einrichtungen gab es nur eine Angabe über Klientenzahlen, diese lag bei 13.500 Personen, wobei man hier eher von einem Versorgungsgebiet sprechen sollte.

Art der Einrichtung	Anzahl der Einrichtungen	Patienten gesamt	Mittelwert
Niederschwellige Einrichtungen	1	13.500 ⁹	13.500
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	39	19.973	512
Institutsambulanz, Fachambulanz	1	146	146
Ambulantes betreutes Wohnen	8	219	27
Tagesstätte, Tagesklinik	1	59	59
Stationär betreutes Wohnen	9	277	31
Krankenhaus, -abteilung	10	3.260	326
Rehabilitationseinrichtung	14	3.092	221
Sonstige	1	24	24
Mehrfachnennungen	34	24.124	710
Insgesamt	118	51.174	

Tabelle 1: Klienten-/Patientenzahlen in den verschiedenen Einrichtungen

⁹ Versorgungsgebiet der Einrichtung

Art der Einrichtung	Durchschnittliche Anzahl der Vollzeitstellen (Mittelwerte)	N	% der Gesamtanzahl	Standardabweichung
Niederschwellige Einrichtung	6,3	2	1,6%	1,13
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	3,9	38	31,2%	1,90
Institutsambulanz/Fachambulanz	6,3	1	0,8%	.
Ambulantes betreutes Wohnen	2,2	9	7,4%	0,75
Tagesstätte, Tagesklinik	4,5	1	0,8%	.
Stationär betreutes Wohnen	14,0	10	8,2%	8,94
Krankenhaus/-abteilung	15,9	10	8,2%	5,05
Rehabilitationseinrichtung	21,8	14	11,5%	25,02
Sonstiges	8,5	1	0,8%	.
Mehrfachangaben	10,2	36	29,5%	9,13
Insgesamt	9,6	122	100,0%	11,72

Tabelle 2: Durchschnittliche Anzahl der Vollzeitstellen nach Einrichtungsart

Es zeigt sich bei den Mehrfachnennungen sehr deutlich, dass dort hauptsächlich ambulante und niederschwellige Einrichtungen vertreten sind. Die Zahlen liegen im Durchschnitt sehr hoch.

Insgesamt 64.674 Menschen wurden im Kalenderjahr 2003 von den Institutionen betreut, die an der Befragung teilnahmen.

Die Auswertung der Angaben zur Mitarbeiterstruktur betont wiederum Unterschiedlichkeit der Institutionen. Die Tabelle 2 zeigt den Durchschnitt der Vollzeitstellen pro Einrichtungsart. Von 0,5 bis hin zu 91,7 Vollzeitstellen reicht die Spanne, die sich natürlich sowohl an der Art der Einrichtung wie auch an der Anzahl der Klientinnen und Klienten orientiert. Bei der Analyse der Mitarbeiterstruktur sind die Teilzeitstellen jeweils in Vollzeitstellen umgerechnet worden.

In den Sucht- und Drogenberatungsstellen sind durchschnittlich 3,9 Vollzeitstellen besetzt, Fach- und Verwaltungspersonal ist hierbei zusammengefasst. Diese Zahl liegt erheblich unter den 6 Vollzeitstellen, die laut Deutscher Suchthilfestatistik in den ambulanten Beratungsstellen vorhanden sind (vgl. Sonntag & Welsch 2004a). Gründe hierfür sind nicht ersichtlich.

Leider ist kein Rückschluss durch einen Vergleich der Klientenzahlen möglich, da diese Erhebung diesbezüglich anders konstruiert als die Deutsche Suchthilfestatistik.

In einem weiteren Schritt wurde die Zahl der Beschäftigten in Relation zu den Klienten/Patienten gestellt, um einen Eindruck bezüglich der Betreuungsdichte zu erhalten (siehe Tabelle 3).

Art der Einrichtung	Durchschnittliche Anzahl der Vollzeitstellen (Mittelwerte)	Durchschnittliche Anzahl Klienten/innen/Patient/innen	Anzahl der Klient/innen/Patient/innen, die durchschnittlich auf eine Vollzeitstelle kommen
Niederschwellige Einrichtung	6,3	13.500 (Versorgungsgebiet)	2142,9 (Versorgungsgebiet)
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	3,9	512	131,7
Institutsambulanz/Fachambulanz	6,3	146	23,4
Ambulantes betreutes Wohnen	2,3	27	12,5
Tagesstätte, Tagesklinik	4,5	59	13,1
Stationär betreutes Wohnen	14,0	31	2,2
Krankenhaus/-abteilung	15,9	326	20,5
Rehabilitationseinrichtung	21,8	221	10,1
Sonstiges	8,5	24	2,8
Mehrfachangaben	10,2	710	69,5

Tabelle 3: Verhältnis Klient/innen/Patient/innen zum Personal

In den acht Einrichtungen, die ambulant betreutes Wohnen anbieten, sind zwischen 1,5 und 4 Vollzeitstellen besetzt, dies entspricht einem Durchschnitt von 2,2 Personalstellen. Bei 8 bis 73 Bewohnerinnen und Bewohnern differenziert der Personalschlüssel von 1:5,3 bis hin zu 1:18,3, der Durchschnitt beträgt 1:12,5 (siehe Tabelle 3). Bei dem stationär betreuten Wohnen ist der Personaleinsatz erwartungsgemäß höher, in den zehn Institutionen sind zwischen 8,27 und 38 Personalstellen besetzt, im Durchschnitt 14,0. Es werden zwischen 8 und 48 Bewohnerinnen und Bewohner betreut, mit einem Personalschlüssel von 1:0,9 und 1:3,9, dabei liegt der Mittelwert bei 2,2 Personen pro Mitarbeiterin und Mitarbeiter.

In den Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem Umfang zwischen 3,7 und 20,4 Personalstellen be-

schäftigt, der Mittelwert liegt bei 15,9 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Diese betreuen je nach Einrichtung zwischen 40 und 1040 Patientinnen und Patienten, was einem durchschnittlichen Personalschlüssel von einer Vollzeit-Beschäftigten auf 20,5 betreute Personen entspricht.

In den Rehabilitationseinrichtungen sind zwischen 4,4 und 91,7 Personalstellen besetzt. Der Personalschlüssel ist jedoch im Verhältnis homogener als bei den Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen, er liegt zwischen 1:1,1 und 1:18,2, wobei der Mittelwert 10,1 beträgt.

Der Tabelle 3 können weitere Personalschlüssel entnommen werden. Insgesamt wird deutlich, dass die Einrichtungen in sehr unterschiedlichem Maße über personelle Ausstattungen verfügen und insoweit einer spezifischen Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund zum Teil sehr enge Grenzen gesetzt sind.

Als ein weiterer relevanter Faktor bezüglich der Umsetzung interkultureller Orientierung kann die Einstellung von Fachpersonal mit eigener Migrationsgeschichte bzw. Migrationshintergrund angesehen werden. Bei der Erhebung wurde innerhalb der Frage bezüglich der Mitarbeiterstruktur der Einrichtung auch nach dem Anteil an Fachpersonal mit Migrationshintergrund gefragt.

Von den befragten 123 Institutionen beschäftigten 24 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund. Dies entspricht einem Anteil von knapp 20% der Einrichtungen. Innerhalb dieser Institutionen waren zwischen 0,25

und fünf Vollzeitstellen mit Menschen mit Migrationshintergrund besetzt. In siebzehn der 24 Institutionen sind 0,26 bis zu 2,0 Vollzeitstellen mit Migrantinnen und Migranten besetzt.

In den Einrichtungsarten, die jeweils nur ein oder zwei Mitarbeitern beschäftigen, sind mit einer Ausnahme keine Migrantinnen oder Migranten unter den Angestellten.¹⁰ Von den stationären Einrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäusern und stationär betreuten Wohnen, haben jeweils zwischen 30% und 50% Migrantinnen und Migranten als Angestellte. Bei den Beratungsstellen, komplexen Einrichtungen sowie dem ambulant betreuten

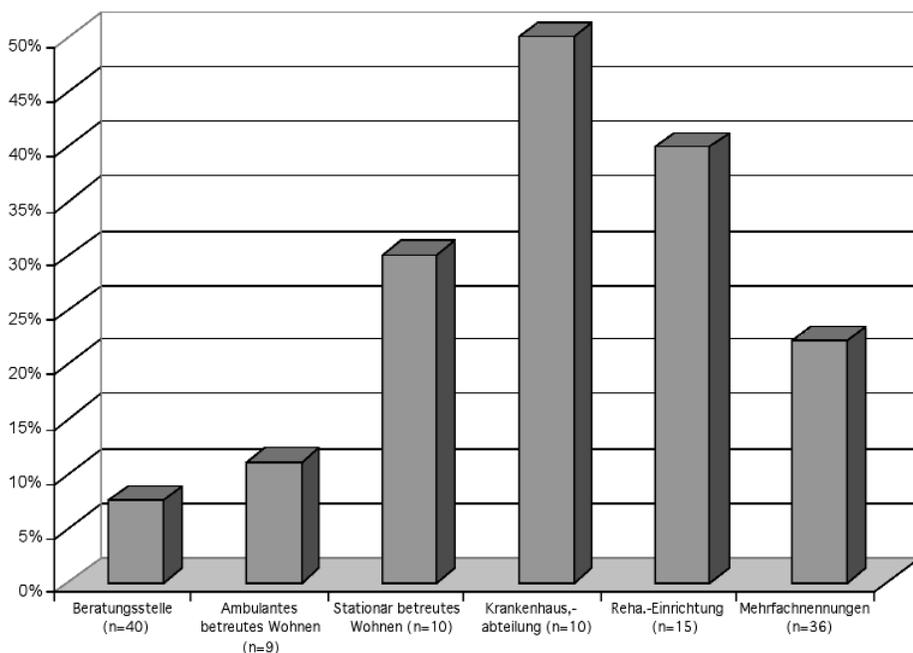


Abbildung 7: Einrichtungen, die Personal mit Migrationshintergrund beschäftigen

¹⁰ Bei der Einordnung „Institutsambulanz, Fachambulanz“ hat zu dieser Frage eine Einrichtung geantwortet und angegeben, dass sie für zwei Stunden Personal mit Migrationshintergrund beschäftigt. Wegen des sehr geringfügigen Umgangs wurde diese Einrichtungsart nicht in die Abbildung aufgenommen.

Berufsgruppen	Vollzeitstellen
Ärzte	5,0
Diplom-Psychologen	3,0
Diplom-Pädagogen/Diplom-Sozialwissenschaftler/Diplom-Soziologen	6,0
Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen	10,5
Erzieher/sonstige Fachkräfte für soziale Arbeit	4,5
Krankenschwester/-pfleger/Krankenpflegehelfer	12,0
Ergo-/Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten	0,5
Sport- und Bewegungstherapeuten	1,0
Büro-/Verwaltungspersonal	2,3
technisches Personal/Wirtschaftsbereich	3,4
Insgesamt	48,2

Tabelle 4: Qualifikation des Personals mit Migrationshintergrund

Wohnen ist der Anteil deutlich geringer, zwischen 7,5% und etwa 21% (siehe Abbildung 7). Die stationären Institutionen scheinen also über mehr Personal mit Migrationshintergrund als die ambulanten Einrichtungen zu verfügen. In etwas mehr als 20% der Institutionen gibt es also Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen mit eigenem Migrationshintergrund.

Im Durchschnitt beträgt der Anteil der Migrantinnen und Migranten am Personal 4,4%. Es ist schwierig diesen Anteil zu bewerten. Das Landesarbeitsamt Nordrhein-Westfalen hat für das Jahr 2001 konstatiert, dass der Anteil ausländischer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Bereich Sozialarbeit und Kinderbetreuung bei 3% liegt (Weiland; Rommel & Raven 2003, S. 89ff). Dies entspricht nicht ihrem Bevölkerungsanteil, insbesondere wenn die weite Definition des Mikrozensus von Menschen mit Migrationshintergrund dieser Arbeit zugrunde gelegt wird und die Gruppe der Migranten nicht nur auf Ausländer reduziert wird (s.o. Kapitel 1). Dann wäre ein Anteil von etwa 19% anzustreben.

Bei einer Analyse der Berufsgruppen wird deutlich, dass die Menschen mit Migrationshintergrund zumeist als Fachpersonal angestellt sind. Die verschiedenen Berufsgruppen schlüsselt Tabelle 4 auf.

Grundsätzlich ist die interkulturelle Teamarbeit als Herzstück für eine interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste zu bezeichnen. Mittlerweile wurden bereits Qualitätsstandards zur interkulturellen Teamentwicklung erarbeitet. Auf der Praxisebene muss jedoch festgestellt werden, dass nur relativ selten ein interkulturelles Team zu finden ist. Es ist grundsätzlich eine Einstellung von Menschen mit Migrationshintergrund weiter zu fördern und zu wünschen.

Diesbezüglich ist allerdings zu konstatieren, dass bei Stellenvakanzen nur selten „interkulturelle Kompetenz“ bzw. Migrationserfahrungen als Qualifikationsmerkmal formuliert werden, wenn es sich nicht um eine explizit migrationspezifische Arbeitsstelle handelt.

4. Ergebnisse der Befragung Teil 1: Analyse der Inanspruchnahme der Suchthilfeeinrichtungen in Westfalen-Lippe durch Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung

Das erste Ziel der Befragung besteht – wie oben bereits ausgeführt wurde - in der Analyse der Inanspruchnahme der Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe durch Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung, insbesondere hinsichtlich ihrer Herkunft, Gruppenzugehörigkeit, ihres Geschlechtes und ihrer Sprachfähigkeiten (s.o. Kapitel 3.1).

- (1) Wie hoch ist der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung in den befragten Einrichtungen?
- (2) Wie hoch ist der Anteil weiblicher Personen mit Migrationshintergrund?
- (3) Welche Gruppen sind besonders stark vertreten?
- (4) Wie ist die Verteilung der untersuchten Gruppe bezüglich der unterschiedlichen Herkunftsländer?
- (5) Wie werden die Sprachkenntnisse der Personen mit Migrationshintergrund eingeschätzt?

Dieser deskriptiven Ausdifferenzierung der Daten liegt die Annahme zugrunde, dass die Homogenität der untersuchten Gruppe vermutlich gering ist und noch einmal durch die Variablen Geschlecht, Gruppengröße, Herkunftsländer und Sprachkompetenz eine diffe-

renzierten Betrachtung erfahren muss, um eine Grundlage für konkrete Handlungsempfehlungen schaffen zu können.

4.1. Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund an der Klientel

In der aktuellen Diskussion zum Zusammenhang von Migration und Sucht wird einerseits die Ansicht vertreten, dass Menschen mit Migrationshintergrund vom Suchthilfesystem nicht erreicht werden und dass ihr Anteil in den Beratungsstellen zu niedrig ist. Andererseits geben Einrichtungen an, dass sie zu mehr als 30% von Migrantinnen und Migranten aufgesucht werden. Zudem gibt es Behauptungen, dass in Großstädten der Anteil ausländischer Drogenabhängiger um die 20% liegt und die Tendenz steigt (Salman 1999, S. 11).

Um den Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund erfassen zu können, ist eine komplexe Operationalisierung notwendig (Zeeb & Razum 2006). Wie schon erläutert, existieren verschiedene Oberbegriffe, die entweder keine klaren Grenzen haben, wie „Zuwanderer“ oder „Migrant“, oder zu eng begrenzt sind wie „Ausländerin“ und „Ausländer“. Für die hier dargestellte - im Jahr 2003 durchgeführte Befragung - wurde die folgende operationale Definition verwendet.

„Dabei meint der Begriff ‚Menschen mit Migrationshintergrund‘ solche Menschen, die sich eindeutig erkennbar hinsichtlich kultureller Tradition und/oder Sprache und/oder Religion von Klienten ohne Migrationshintergrund unterscheiden und entweder

(a) eine ausländische Staatsbürgerschaft ohne deutsche Staatsbürgerschaft oder

(b) ausländischer Herkunft sind und eine deutsche Staatsbürgerschaft haben (z.B. Aussiedler oder Kinder von Ausländern) oder

(c) eine doppelte Staatsbürgerschaft haben, wovon eine deutsch ist“ (Fragebogen zur Studie, Seite 4, siehe Anhang)

Mit dieser Definition – die im Fragebogen abgedruckt wurde - werden die Unterschiede bezüglich der kulturellen Tradition, der Sprache und oder Religion betont, die Staatsangehörigkeit wird eher vernachlässigt. Bei einer Studie in Schleswig Holstein hatte sich gezeigt, dass allein durch die Mitauswertung der zweiten Staatsangehörigkeit, der Zuwandereranteil um 30% stieg (Brucks & Wahl 2002, S. 46). Hier wird deutlich, dass die alleinige Betrachtung der Staatsangehörigkeit nicht ausreicht. Im Text werden neben dem Begriff „Mensch mit Migrationshintergrund“ in gleichem Sinne auch Zuwanderin und Zuwanderer sowie Migrantin oder Migrant benutzt. Der Begriff „Ausländer“ oder „Ausländerin“ wird lediglich benutzt, wenn – etwa bei Statistiken – tatsächlich Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft gemeint sind.

Damit folgt die Untersuchung einerseits dem bereits erwähnten Trend in der epidemiologischen Forschung, anstelle der Nationalität das Herkunftsland (ei-

genes oder der Eltern) und die gesprochene Sprachen als Indikator für den Migrationsstatus zu verwenden (Zeeb & Razum 2006), andererseits wurde eine Vergleichbarkeit zu dem Konzept der Migrationserfahrung im Rahmen des Mikrozensus hergestellt (Statistisches Bundesamt, 2006).¹¹

Der Anteil der Klienten mit Migrationshintergrund bezogen auf alle antwortenden Institutionen liegt bei 17,8% (Mikrozensus 2005: Ausländer und Personen mit Migrationserfahrung: 19%; s.o. Kapitel 1). Von den 125 Institutionen konnten 115, dies sind 92% Angaben zur Frage machen, 4 Institutionen (3,2%) kreuzten an, dass ihnen keine Angabe möglich sind und 6 Einrichtungen (4,8%) gaben gar keine Antwort. Nimmt man die Daten des Mikrozensus als Bezugsgröße, die allerdings 2005 erhoben wurden, also zwei Jahre nach der hier durchgeführten Erhebung, dann deutet dies darauf hin, dass der Anteil der Personen mit Migrationserfahrung im Bereich des hier untersuchten Suchthilfesystems ziemlich exakt ihrem Anteil an der Bevölkerung entspricht.

Neben dem Mikrozensus können noch andere Vergleichsdaten verwendet werden, die diese Einschätzung weiter stützen. In NRW lebten 2003 insgesamt 1.965.155 Ausländerinnen und Ausländer, dies entspricht einem Anteil von 11% an der Gesamtbevölkerung

11 Im Mikrozensus 2005 wurden „Personen mit Migrationshintergrund“ folgendermaßen definiert: “Zu den Personen mit Migrationshintergrund gehören neben den Ausländer(n)/innen und den Migrant(en)/innen sowie den in Deutschland geborenen Eingebürgerten auch eine Reihe von in Deutschland Geborenen mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen sich der Migrationshintergrund aus dem Migrationsstatus der Eltern ableitet. Zu dieser Gruppe gehören die deutschen Kinder (Nachkommen der ersten Generation) von Spätaussiedlern und Eingebürgerten und zwar auch dann, wenn nur ein Elternteil diese Bedingungen erfüllt, während der andere keinen Migrationshintergrund aufweist. Außerdem gehören zu dieser Gruppe seit 2000 auch die (deutschen) Kinder ausländischer Eltern, die die Bedingungen für das Optionsmodell erfüllen, das heißt mit einer deutschen und einer ausländischen Staatsangehörigkeit in Deutschland geboren wurden“ (Statistisches Bundesamt 2006, S. 94).

von 18.079.868 Menschen in NRW (MGSFF 2004, S. 12). Zwischen 1989 und 2003 sind rund 700.000 Aussiedlerinnen und Aussiedler nach NRW eingereist (MGSFF 2005). Werden diese hinzugerechnet, so ergibt sich ein Anteil von ca. 15% Menschen mit Migrationshintergrund. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Definition, die in der Erhebung benutzt wurde, eher einen noch größeren Teil an Menschen mit Migrationshintergrund voraussetzt und insofern die 15% auf einer engeren Operationalisierung des Migrationskonzeptes beruhen. Insgesamt deuten die Vergleichsdaten darauf hin, dass Personen mit Migrationshintergrund das Suchthilfesystem ihrem Anteil an der Bevölkerung entsprechend aufsuchen.

Diese Einschätzung muss jedoch zum Teil revidiert werden, wenn man die Einrichtungstypen getrennt betrachtet. In den 36 Beratungsstellen beträgt der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt 14%. Der Anteil in den komplexen Einrichtungen ist mit 14,8% ähnlich und ist etwas niedriger als der Bevölkerungsanteil der Menschen mit Migrationshintergrund. Die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen erreichen jedoch einen überdurchschnittlichen Anteil an Migrantinnen und Migranten von 38,3% bzw. 30,9%. Selbst wenn man berücksichtigt, dass es in beiden Bereichen jeweils eine Einrichtung oder Einrichtungseinheit gibt, die zu 100% mit Migrantinnen und Migranten arbeitet und der Mittelwert deshalb einen geringen Informationswert hat, so verbleibt der Durchschnittswert der übrigen Institutionen dennoch bei mehr als 30 bzw. 25%. Es gibt Hinweise, die andeuten, dass die Klientel mit Migrationshintergrund eher durch die sta-

tionäre Suchthilfe erreicht werden können, ohne die übliche Therapiekette zu verfolgen (Bätz 2002, S. 29).

Hinzu kommen Schilderungen über einen rasanten Verlauf der Suchtkarriere bei Aussiedlerinnen und Aussiedler, weswegen schon relativ früh eine stationäre Behandlung angezeigt scheint (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2002, S. 138ff). Vielleicht lassen sich hierauf die hohen Anteile an Menschen mit Migrationshintergrund in diesen Einrichtungen zurückführen. Allerdings berichten auch die beiden niederschweligen Institutionen von einem Anteil von 30 und 40% an Zuwanderinnen und Zuwandern.

Auffällig ist, dass vom System des betreuten Wohnens nur wenige Menschen mit Migrationshintergrund erreicht werden. Hier gilt zu klären, woran das liegt. Mögliche Ursachen könnten sein, dass die Vernetzung zwischen den Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen und den Wohn- einrichtungen bei den Menschen mit Migrationshintergrund nicht ausreichend funktioniert. Andererseits könnte von Seiten der Migrantinnen und Migranten wenig Nachfrage bestehen. Es wird allgemein angenommen, dass das Familiennetzwerk gut ausgeprägt ist und somit kein Bedarf an einer Wohnbetreuung gesehen wird. Möglicherweise sind jedoch auch Vorbehalte auf Seiten der Institutionen wie auf Seiten der Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber einem reibungslosen Zusammenleben vorhanden, das individuelle und kulturelle Vorlieben berücksichtigt und doch organisatorisch handhabbar bleibt.

Insgesamt wird man den Aspekt der Erreichbarkeit als zufrieden stellend bezeichnen können, wenn z.B. Bera-

Art der Einrichtung	Prozentualer Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund am Klientel (Mittelwerte)	N	% der Gesamtanzahl	Standardabweichung
Niederschwellige Einrichtung	35,0%	2	1,7%	7,07
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	14,0%	36	31,3%	11,05
Ambulantes betreutes Wohnen	6,9%	8	7,0%	6,10
Tagesstätte, Tagesklinik	20,0%	1	0,9%	
Stationär betreutes Wohnen	7,8%	9	7,8%	3,25
Krankenhaus/-abteilung	38,3%	10	8,7%	27,36
Rehabilitationseinrichtung	30,9%	14	12,2%	24,71
Sonstiges	8,4%	1	0,9%	
Mehrfachangaben	14,8%	34	29,6%	11,61
Insgesamt	17,8%	115	100,0%	17,19

Tabelle 5:

Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund am gesamten Klientel differenziert nach Einrichtungsarten im Jahr 2003¹²

tungsstellen oder komplexe Institutionen einen der Bevölkerungsgruppe entsprechenden Anteil an Migrantinnen und Migranten verzeichnen können. Zu klären bleibt die Frage, wieso der Anteil in den Einrichtungsarten so unterschiedlich ist, Menschen mit Migrationshintergrund zum Teil stark unter-, zum Teil jedoch auch stark überrepräsentiert sind. Die Studie repliziert den bereits eingangs erwähnten Befund (s.o. Kapitel 1.4), dass niedrighschwellige Versorgungszentren für Suchtpatienten in einem guten Maße von Migranten in Anspruch genommen werden, während Beratungs- und Therapieangebote sehr viel weniger genutzt werden (Gaitanides 2003a).

4.2. Anteil der Frauen unter den Migranten

Zum Anteil der Frauen konnten 107 von 125 Institutionen Zahlen angeben (85,6%), 12 Einrichtungen kreuzten an, dass sie keine Angaben machen können (9,6%) und sechs ignorierten die Frage (4,8%).

Die Tabelle 6 zeigt sehr deutlich, dass Frauen unter der Gruppe der Migranten stark unterrepräsentiert sind. Im Durchschnitt sind 10,4% der Menschen mit Migrationshintergrund in Einrichtungen der Suchthilfe weiblich. Zwischen ambulant und stationär betreutem Wohnen scheint ein großer Gegensatz zu bestehen; der Anteil von 12,8% Frauen im

¹² Bei der im Jahr 2001 durch den LWL durchgeführten Befragung lag der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund eher höher, nämlich bei 18,6% im Durchschnitt der 202 Befragten. Der leichte Rückgang der Inanspruchnahme durch Migrantinnen und Migranten lässt sich nur schwer interpretieren. Im Jahr 2001 waren z.B. die Justizvollzugsanstalten und Bewährungshilfe befragt worden, die einen Anteil von knapp 40% bzw. gut 20% an Klientel mit Migrationshintergrund angaben. Der Anteil in den Beratungsstellen betrug auch 2001 14,3%, hier ist ebenfalls keine Änderung zu verzeichnen.

stationären Wohnen ergibt sich jedoch hauptsächlich aus einer Nennung von 100% weiblichen Migranten. Es zeigt sich eine enorme Streuung der Anteile, insgesamt ist festzustellen, dass Frauen nicht ausreichend durch das Versorgungssystem erreicht werden oder eine niedrigere Prävalenz bezüglich Suchterkrankungen aufweisen.¹³

Einen Aufschluss über die allgemeine Geschlechtsverteilung in der Suchthilfe gibt die Deutsche Suchthilfestatistik. Im Vergleich wird deutlich, dass die extremen Geschlechtsunterschiede bei männlichen und weiblichen Migranten eine Besonderheit darstellen. Ungefähr 75% der stationär behandelten Personen waren Männer, auch im ambulanten Bereich liegt der Anteil der Männer mit eigener Abhängigkeitsdiagnose je nach Substanz bei 75% und 85%, aber nicht darüber (Sonntag & Welsch

2004a, S. 19; Sonntag & Welsch 2004b, S. 38). Eine mögliche Erklärung dieser extremen Geschlechtsdifferenzen könnte sein, dass tatsächlich weniger Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund als deutsche Frauen suchtabhängig sind, weil z.B. protektive Faktoren stärker vorhanden sind. Die Ergebnisse einer Studie weisen darauf hin, dass dies tatsächlich der Fall ist, allerdings nicht die hier dokumentierten Unterschiede zu erklären vermögen (Strobl & Kühnel 2000, S. 172). Weiterhin wäre denkbar, dass Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund höhere Prävalenzraten bei anderen Süchten aufweisen. Diesbezüglich gibt es bisher kaum Forschungsergebnisse, allerdings scheint die Annahme gerechtfertigt, Migrantinnen zumindest als Risikogruppe für die Entstehung von Essstörungen anzusehen (Offermann 2001, S. 205).

Art der Einrichtung	Prozentualer Anteil der Frauen am gesamten Klientel (Mittelwerte)	N	% der Gesamtanzahl	Standardabweichung
Niederschwellige Einrichtung	7,0%	2	1,9%	4,24
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	11,8%	33	30,8%	18,54
Ambulantes betreutes Wohnen	12,7%	8	7,5%	35,26
Tagesstätte, Tagesklinik	2,0%	1	0,9%	
Stationär betreutes Wohnen	1,0%	8	7,5%	1,85
Krankenhaus/-abteilung	11,4%	10	9,4%	12,61
Rehabilitationseinrichtung	4,5%	13	12,1%	6,48
Sonstiges	100,0%	1	0,9%	
Mehrfachangaben	10,6%	31	29,0%	14,22
Insgesamt	10,4%	107	100,0%	18,72

*Tabelle 6:
Prozentualer Anteil der Frauen am gesamten Klientel differenziert nach Einrichtungsarten*

¹³ Allerdings ist positiv zu verzeichnen, dass der Anteil der Frauen in den letzten vier Jahren im Vergleich zur ersten LWL-Erhebung immerhin gestiegen ist und zwar von 7,8 auf 10,4%, so dass von einer besseren Qualität der Versorgung ausgegangen werden kann.

4.3. Gruppen unter den Migrantinnen und Migranten

Wie bereits mehrmals betont wurde, lässt sich die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund noch weiter aufgliedern (siehe Tabelle 3). Die Tabelle 7 zeigt, dass die Aussiedlerinnen und Aussiedler den weitaus größten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in Einrichtungen der Suchthilfe stellen. Dies entspricht den Berichten aus der Praxis, kann jedoch verwundern angesichts der zahlenmäßigen Verteilung von Aussiedlerinnen und Aussiedlern gegenüber Menschen mit ausländischem Pass, so dass von einer deutlichen Überrepräsentation zu sprechen ist. Der Mittelwert bei den Aussiedlerinnen und Aussiedlern liegt bei 71,7%, während Arbeitsmigranten und ihre Angehörige knapp 35,6% der Klientel mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen in Westfalen-Lippe ausmachen.

Vermutlich ist diese Gruppe besonders hohen Stressbelastungen im Zuge der Migration ausgesetzt. (s.o. 1.3). Koopmann (2007) nennt in diesem Zusammenhang den Kulturkonflikt, den Wegfall protektiver Faktoren, Marginalisierung bzw. Diskriminierung der AussiedlerInnen, geringe Integration in das soziale Umfeld zum Teil als Folge unzureichender Sprachkenntnisse und schließlich die besondere Problematik der Jugendlichen (Identitätsentwicklung). Es ist weiterhin anzunehmen, dass eine Vielzahl von Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten bei Suchtproblemen eine der ihnen bekannten Beratungsstellen der Migrationsdienste aufsuchen und somit relativ häufig nicht in Kontakt zur primären Suchthilfe kommen, was zu einer Unterschätzung der tatsächlichen behandelten Prävalenz führen könnte.

	N	Prozentualer Anteil an der gesamten Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund (Mittelwerte)
Aussiedler/innen und Spätaussiedler/innen und Angehörige	95	71,7%
Arbeitsmigranten/innen und Angehörige	62	35,6%
Flüchtlinge, De-Facto-Flüchtlinge und Asylbewerber/innen und Angehörige	43	13,3%

*Tabelle 7:
Gruppenzugehörigkeit bei Personen mit Migrationshintergrund*

Flüchtlinge und Asylbewerber nehmen Dienste innerhalb des Suchthilfesystems kaum in Anspruch, wie es auch bei einem der wenigen Modellprojekte festgestellt wurde, das sich explizit auf diese Bevölkerungsgruppe bezieht (Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2002, S. 44). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Institutionen geben durchschnittlich an, dass 13,3% der Migrantinnen und Migranten Asylbewerber und Flüchtlinge sind.

4.4. Herkunft der Migrantinnen und Migranten

Die Frage nach den Herkunftsländern war anscheinend schwierig zu beantworten. Sie war komplex und zeitaufwendig. Dies erklärt, dass 75% der Institutionen antworteten, während 18,4% der Institutionen ankreuzten, keine Antwort geben zu können und 6,4% die Frage ignorierten. Bei der Auswertung wird deutlich, dass die Einrichtungen am stärksten von Menschen

aus der ehemaligen UdSSR und Polen sowie aus der Türkei und EU-Ländern frequentiert werden. Diese Aussage gilt für beide Geschlechter.¹⁴

Diese Zahlen illustrieren, welche Flexibilität bei Beschäftigten in der Suchthilfe gefordert ist. Ausgehend von diesen Daten verliert eine Dimension interkultureller Kompetenz, nämlich die der Beherrschung der Sprache und der Kenntnis der soziale, politischen und rechtlichen Gegebenheiten eines Landes gegenüber einer generalisierten allgemeinen interkulturellen Kompetenz an Bedeutung. Diese Ebene interkultureller Kompetenz umfasst Wissen zur

sozialen Situation von und typische soziale Probleme von Migranten sowie die Fähigkeit zur Empathie über kulturelle Grenzen hinweg und das Aushalten von Fremdheit.

4.5. Deutschkenntnisse der Migrantinnen und Migranten

In der Literatur wird häufig erwähnt, dass durch nicht ausreichende Verständigungsmöglichkeiten die meisten Probleme in der Interaktion mit Menschen mit Migrationshintergrund entstehen. Die Abbildung 9 dokumentiert allerdings, dass die Beantwortenden den Menschen mit Migrationshintergrund

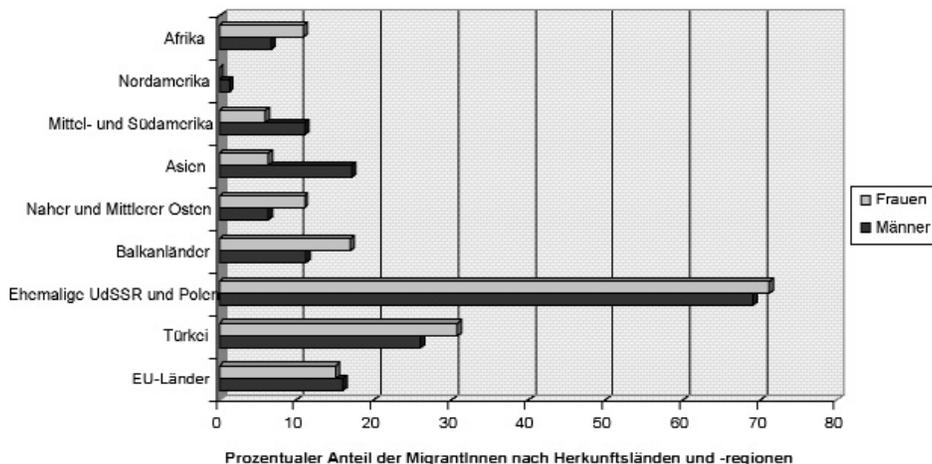


Abbildung 8: Anteil der Migrant/innen nach Herkunftsländern und -regionen

14 Bei der Erhebung 2001 wurde gefragt, aus welchen Ländern die Migrantinnen und Migranten stammen, die die Einrichtung hauptsächlich besuchen. 44,4% der Nennungen bezogen sich auf die Länder der ehemaligen UdSSR und aus Polen. Dann wurde Klientel aus der Türkei mit 29,6% häufig genannt und Klientel aus Nicht-EU-Staaten zu 15,2%. Menschen aus EU-Staaten wurden zu 13,4% angeführt. Eine weitere Aufschlüsselung der Zahlen war nicht möglich. Es zeigte sich jedoch deutlich, dass der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin in der Einrichtung in ihrer Praxis nicht nur mit Menschen aus einem Land oder einer Region zu arbeiten haben, sondern oft gleichzeitig mit Menschen aus den verschiedenen Regionen der Welt. So berichteten 2001 lediglich 33,9% der Einrichtungen, dass die Klientinnen und Klienten mit Migrationserfahrung aus nur einem Land oder einer Region kommen. Mit Migrantinnen und Migranten aus zwei Herkunftsgebieten beschäftigen sich 31,1% der Einrichtungen. 17,8% der Einrichtungen werden von Migrantinnen und Migranten aus drei Herkunftsgebieten und 17,2% der Institutionen werden von Migrantinnen und Migranten aus vier Regionen aufgesucht.

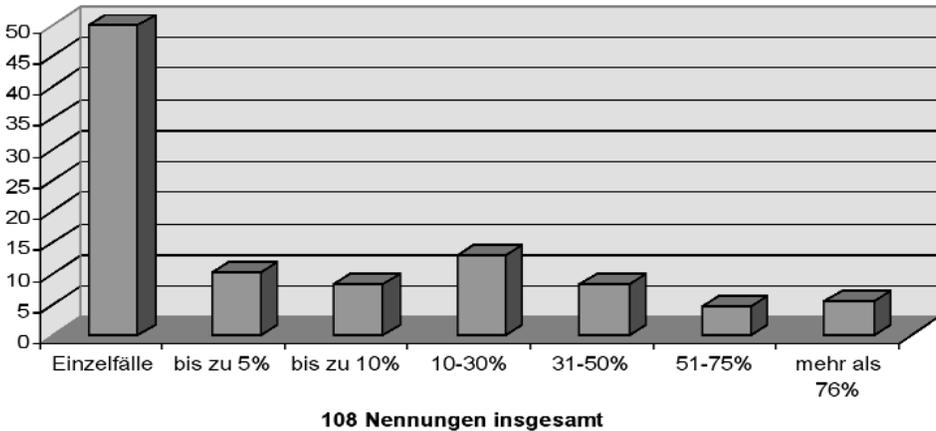


Abbildung 9: Anteil der Migrant/innen mit unzureichenden Deutschkenntnissen

zum großen Teil ausreichende Sprachkenntnisse bescheinigen. Diese Frage wurde von 17 Institutionen, das entspricht 13,6%, nicht beantwortet. Davon machten 4% gar keine Angabe, 9,6% kreuzten an, dass sie keine Angabe machen können. Dies ist eine der höchsten Quoten der gesamten Befragung. In Anmerkungen wurde zum Teil bemängelt, dass eine Antwortmöglichkeit fehlte, die den Anteil auf 0% bezifferte. Eventuell bedingt dieser Umstand einige Nicht-Antworten, andererseits ist zu vermuten, dass die Frage schwer zu beantworten war.

Bei 50% der Institutionen ist im Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund nur in Einzelfällen ein Dolmetscher zur ausreichenden Verständigung notwendig. Dies deutet auf eine recht gute Sprachkompetenz der Klientel mit Migrationshintergrund hin. Da in dieser Erhebung explizit nach „ausreichender mündlicher Verständigung“ gefragt wurde, kann gefolgert werden, dass die Alltagskommunikation in den Institutionen anscheinend gut funktioniert. Die Rolle von Sprache in der Behandlung von Suchtkrankheiten umfasst wesentliche Bereiche neben der rein sachlichen Verständigung.

Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchthilfe können anscheinend mit den Deutschkenntnissen der Menschen mit Migrationshintergrund recht gut arbeiten. Dies ist ein Ergebnis, das den Befunden einer Studie in Bielefeld entgegensteht. Dort wurde für die Beratungseinrichtungen festgestellt, dass dort eine zu große Fixierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf „Sprache“ herrscht, die sich dabei negativ auf die Arbeit auswirkt (Mecheril, Mian-dashti, Plöber & Raithele 2001, S. 300). In der Suchthilfe wird möglicherweise eine pragmatischere Haltung in Anbetracht der Gesundheitsgefahren für den suchtabhängigen Menschen propagiert.

4.6 Zusammenfassung

- (1) Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Personen mit Migrationserfahrung durch die Versorgungseinrichtungen gut erreicht werden, d.h. der Anteil der sich in Behandlung bzw. in Betreuung befindenden Personen entspricht ungefähr dem Anteil dieser Personengruppe an der Bevölkerung. Allerdings stellt sich

die Datenlage dann anders dar, wenn die einzelnen Versorgungseinrichtungen betrachtet werden. Dann zeigt sich, dass vor allem niederschwellige Einrichtungen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen diese Zielgruppe erreichen können, während dies den anderen Einrichtungen nicht in diesem Umfang möglich ist. Die Studie repliziert in dieser Beziehung eine schon häufiger beobachtete Tendenz des Versorgungssystems.

- (2) Frauen mit Migrationshintergrund haben entweder eine geringere Prävalenz bezüglich Abhängigkeiterkrankungen und/oder werden durch die hier befragten Einrichtungen nur sehr unzulänglich erreicht.
- (3) Aussiedlerinnen und Aussiedler stellen den weitaus größten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in Einrichtungen der Suchthilfe. Möglicherweise sind hier besonders starke Belastungen durch den Kulturkonflikt, den Wegfall protektiver Faktoren, Marginalisierung bzw. Diskriminierung der AussiedlerInnen, die geringe Integration in das soziale Umfeld zum Teil als Folge unzureichender Sprachkenntnisse und eventuell durch die besondere Problematik der Jugendlichen (Identitätsentwicklung) gegeben.
- (4) Bei der Befragung wurde deutlich, dass die Einrichtungen am stärksten von Menschen aus der ehemaligen UdSSR und Polen sowie aus der Türkei und EU-Ländern frequentiert werden. Diese Aussage gilt für beide Geschlechter. Trotzdem kann sich das Versorgungssystem nicht auf diese Zielgruppen beschränken, sondern muss eine extreme Heterogenität bewältigen. Dies würde eher dafür sprechen, ei-

ne allgemeine Kompetenz im Umgang mit Migrationsproblemen innerhalb des Versorgungssystems zu fördern und auf die Ausbildung von subgruppenspezifischen Kompetenzen ein geringeres Gewicht zu legen.

- (5) Sprachprobleme bei der Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund existieren aus der Sicht der Behandlungseinrichtungen nicht oder nur in geringem Umfang, so dass auch dieser Aspekt eher für eine allgemeine Kompetenz im Umgang mit Migrationsproblemen innerhalb des Versorgungssystems sprechen würde.

5. Ergebnisse der Befragung Teil 2: Abbau von Zugangsproblemen

Die bisher dargestellten Ergebnisse der Befragung haben in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand gezeigt, dass bestimmte Faktoren Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu sozialen Diensten erschweren, während andere den Zugang erleichtern, wobei diese Unterschiede im Rahmen der Studie bisher allerdings nur bei der Betrachtung der unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen deutlich wurden. Im Folgenden werden Befragungsergebnisse in Hinsicht auf spezifische Maßnahmen zum Abbau der Zugangsbarrieren dargestellt. Konkret sollen die folgenden Fragen untersucht werden:

- (1) Führen die Anbieter eine zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit durch und wenn ja, in welcher Form?

- (2) Findet eine Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen im Sinne des Keyperson-Konzeptes statt?
- (3) Findet eine Bereitstellung von fremdsprachigem Informationsmaterial statt und wenn ja, in welchem Umfang?
- (4) Bemühen sich die Einrichtungen um einen systematischen Abbau von Zugangsproblemen, der alle drei hier untersuchten Komponenten (zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit, Keyperson-Konzept; Bereitstellung von fremdsprachigen Informationsmaterial) nutzt?

5.1 Zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit

Allgemein kann Öffentlichkeitsarbeit als anhaltender, bewusster und vorsätzlicher Prozess der Kommunikation zwischen verschiedenen Zielgruppen, Klienten, Fachöffentlichkeit, Trägern und Öffentlichkeit verstanden werden. Eine zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit wird von etwas mehr als 20% der Institutionen durchgeführt, dabei geben zwei Drittel dieser Einrichtungen sporadische und ein Drittel systematische Aktivitäten an (Tabelle 8).¹⁵ Eine Öffentlichkeitsarbeit zu Sucht und Migration wird von Beratungsstellen, komplexen Einrichtungen sowie von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

zu jeweils 20-30% durchgeführt. Interessant ist dabei, dass lediglich 10% der Beratungsstellen und komplexen Einrichtungen angeben, dass sie systematisch Öffentlichkeitsarbeit machen. Die stationären Einrichtungen sehen sich selber nur sporadisch tätig. Die Häufigkeit der zielgruppenbezogenen Öffentlichkeitsarbeit und auch ihre Durchführung sind enttäuschend. Effekte in den Massenmedien dürften durch diese Maßnahmen nur in seltenen Fällen zu erzielen sein. Weiterhin auffällig ist der hohe Anteil an sporadisch stattfindender Öffentlichkeitsarbeit.

	Häufigkeit	Prozent
Nein	96	79,3%
Ja, systematisch	8	6,6%
Ja, sporadisch	17	14,0%
Gesamt	121	100,0%

*Tabelle 8:
Öffentlichkeitsarbeit für Menschen mit
Migrationshintergrund*

Es wurden 36 verschiedene Stichworte genannt, die die zielgruppenbezogene Öffentlichkeitsarbeit beschrieben.¹⁶ Von den 36 Nennungen entfiel die Hälfte auf direkte Kontakte zu Menschen mit Migrationshintergrund oder Maßnahmen für diese Gruppe (18 Nennungen). Anschließend folgten Informationen gegenüber anderen Diensten sozialer Arbeit und Trägern beispielsweise in Form von Fachtagungen und Arbeitskreisen

15 Im Jahr 2001 gaben 17,8% der 202 Befragten an, Sucht und Migration in ihrer Öffentlichkeitsarbeit zu thematisieren. Da der Fragebogen allerdings so aufgebaut war, dass diese Frage nur von Einrichtungen beantwortet wurde, die Angebote für die Klientel mit Migrationshintergrund machen, kann dieses Ergebnis nur bedingt zum Vergleich dienen.

16 Die Klassifikation der Zielgruppen der einzelnen Maßnahmen besitzt nur eine geringe Trennschärfe. So ist z.B. Teilnahme an einem professionellen AK Migration und Sucht und die Teilnahme an Multiplikatorenfortbildung für russische Aussiedler sowohl Klienten- wie trägerorientiert und kann durch ergänzende Medienberichte eine Wirkung in der Öffentlichkeit entfalten. Sie macht jedoch – wenn auch nur mit einer begrenzten Genauigkeit – deutlich, wo eventuell Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit liegen könnten.

(14 Nennungen). In dieser Arbeit stehen eher die Maßnahmen im Vordergrund, die sich direkt mit Menschen mit Migrationshintergrund bzw. mit betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern befassen. Gleichwohl sind auch Maßnah-

men indirekter Art gegenüber Fachöffentlichkeit, allgemeiner Öffentlichkeit (3 Nennungen) und Trägern notwendig und wirksam. Die Maßnahmen sind stichwortartig in der Tabelle 9 dargestellt.

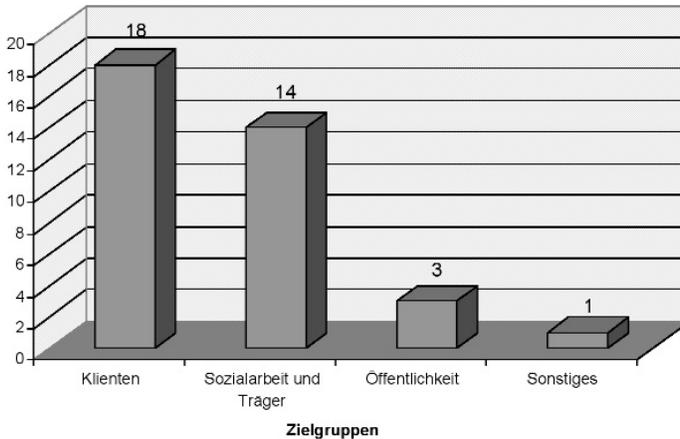


Abbildung 10:
Zielgruppen der
Öffentlichkeitsarbeit

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT (ALLGEMEIN)

Benennung eines Öffentlichkeitsbeauftragten

Gezielte Presse- Öffentlichkeitsarbeit auf kommunaler und regionaler Ebene, Kooperation mit zuständigen Trägern; Bereitstellung des russischsprachigen Materials an öffentlichen Stellen

Hinweise auf Erfahrung in der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund in der Außendarstellung der Einrichtung

Pressearbeit, Jahresbericht, spezifische Handlungsprogramme

FREMSPRACHIGES INFORMATIONSMATERIAL

Eigene Flyer in russischer Sprache

Flyer plus Informationsformular in russisch. Kooperation mit Asyl- und Ausländerberatung

Flyer über Angebote in russischer Sprache wird ausgearbeitet

Flyer, spezielle Angebote, Streetwork, Information von Multiplikatoren und Fachöffentlichkeit; Zweisprachige Flyer

AUFBAU VON SOZIALEN NETZWERKEN DER VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN

Runder Tisch, Bildung eines Arbeitskreises

Teilnahme an professionellen AK Migration und Sucht, Teilnahme an Multiplikatorenfortbildung für russische Aussiedler

Im Rahmen Suchtprävention Arbeitskreis für Migranten (Projekt in Trägerschaft Caritas u. DRK= Parus)

SONSTIGES

Sprachkurse für Aussiedler besucht und über Sucht und Drogenhilfe informiert, Teilnahme am Netzwerk Migration

Zu Beginn – als eine verstärkte Inanspruchnahme durch diese Klientel erfolgte - wurde eine Fachtagung zu dem Thema durchgeführt

Tabelle 9: Zielgruppenspezifische Maßnahmen

Isolierte Maßnahmen wie das Angebot an fremdsprachigem Material können allerdings nicht die gleiche Wirksamkeit erreichen wie die geplanten und systematischen Prozesse, die von einigen Institutionen initiiert wurden. Es kristallisiert sich zudem heraus, dass nur wenige Institutionen Öffentlichkeitsarbeit direkt auf die Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund richten. Rehabilitationseinrichtungen sowie Krankenhäuser und Einrichtungen des betreuten Wohnens zeigen sich weniger aktiv, wohl weil der Zugang der Menschen mit Migrationshintergrund keiner besonderen Förderung bedarf. Auffällig ist auch, dass keine stationäre Einrichtung angibt, systematische Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben.

5.2 Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen (Keyperson-Konzept)

Das Keyperson-Konzept hat in den letzten Jahren innerhalb der Suchthilfe an Anerkennung gewonnen. Schlüsselpersonen sind Mitglieder aus den Gruppen von Migrantinnen und Migranten, zu denen man Zugang erreichen möchte. Diese Menschen sollen allgemein akzeptierte Personen sein, z.B. Lehrer, Ärzte, etc, so dass sie eine Autorität darstellen und die Menschen sich an diese Person gerne wenden. Die Keypersons sind also innerhalb ihrer Community anerkannt, gleichzeitig sollen sie sich auch in dem Aufnahme-land sichtlich zurechtfinden, so dass sie

als Bindeglied zwischen Community und Suchthilfe fungieren können. Die Keypersons haben den Vertrauensvorsprung, der den Beschäftigten der Suchthilfe fehlt, außerdem können sie den Menschen mit Migrationshintergrund in situativen Gesprächen helfen (Tuna 1999, S. 108). Durch eine Zusammenarbeit mit Keypersons oder Gruppen aus der Migrantengemeinschaft kann für die Institution geworben werden und zudem Inhalte vermittelt werden.

Mehr als 60% der Antwortenden geben an, dass sie nicht mit dafür in Frage kommenden Personen oder Gruppen zusammenarbeiten, knapp 30% arbeiten sporadisch und ca. 10% der Einrichtungen arbeiten systematisch mit Brückenpersonen oder Gruppen zusammen, um Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund zu bekommen (Tabelle 10).¹⁷

	Häufigkeit	Prozent
Nein	73	61,3%
Ja, systematisch	12	10,1%
Ja, sporadisch	34	28,6%
Gesamt	119	100,0%

*Tabelle 10:
Zusammenarbeit mit Schlüssel-/
Brückenpersonen*

In einem zweiten Schritt wurde erhoben, ob zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen bezüglich dieser Maßnahme unterschiedliche Herange-

17 Im Jahr 2001 gaben 19,3% der 202 Befragten an, mit Schlüsselpersonen aus dem Migrantenbereich zusammenzuarbeiten. Allerdings lässt sich dies wiederum nur schwerlich zum Vergleich nutzen, da diese Frage nur von den Institutionen beantwortet wurde, die explizit Angebote für Migrantinnen und Migranten vorhält. Da sich der Anteil der Einrichtungen, die mit Personen oder Gruppen aus dem Migrantenbereich zusammenarbeiten von ca. 20% auf knapp 40% fast verdoppelt hat, kann angenommen werden, dass dieser Zugangsweg zur Zielgruppe in der Praxis Eingang gefunden hat. Dabei ist jedoch zu betonen, dass wiederum nur 10% der Befragten eine systematische Zusammenarbeit angeben. In der Befragung 2001 wurde in dieser Hinsicht nicht differenziert.

	Nein	Ja systematisch	Ja sporadisch
Niederschwellige Einrichtung (n=2)	50,0%	50,0%	0,0%
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle (n=38)	55,2%	18,4%	26,3%
Institutsambulanz/Fachambulanz (n=1)	0,0%	0,0%	100,0%
Ambulantes betreutes Wohnen (n=7)	85,7%	0,0%	14,3%
Tagesstätte, Tagesklinik (n=1)	100,0%	0,0%	0,0%
Stationär betreutes Wohnen (n=9)	66,7%	0,0%	33,3%
Krankenhaus/-abteilung (n=10)	80,0%	0,0%	20,0%
Rehabilitationseinrichtung (n=14)	71,4%	0,0%	28,6%
Sonstiges (n=1)	100,0%	0,0%	0,0%
Mehrfachangaben (n=36)	52,8%	11,1%	36,1%
Insgesamt (n=119)	61,3%	10,1%	28,6%

Tabelle 11: Zusammenarbeit mit Schlüssel-/Brückenpersonen

hensweisen erkennbar sind. Die Tabelle 11 zeigt, dass ein systematischer Kontakt zu Keypersons lediglich in einer von zwei niederschweligen Institutionen (50%), in 7 von 38 Beratungsstellen (18,4%) sowie in 4 von 36 (11,1%) komplexen Institutionen gepflegt wird. Sporadisch in dieser Hinsicht sind auch andere Einrichtungen aktiv: vor allem die Beratungsstellen (26,3%) sowie das stationär betreute Wohnen (33,3%), die Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen (20,0%) sowie die Rehabilitationseinrichtungen (28,6%) sind hier zu nennen.

In der Analyse der offenen Antworten zeigte sich, dass das Konzept der „Schlüsselpersonen“, das Tuna formuliert hat, entweder nicht so bekannt ist wie vorher angenommen wurde oder dass es in der Umsetzung verändert wird. Es wurden nämlich als Kontaktpersonen und/oder –gruppen nur zu etwa einem Drittel tatsächlich Personen aus dem Migrantenbereich benannt (n = 17), die restlichen Angaben setzten sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

ter anderer Institutionen zusammen (Suchthilfesystem: n = 5; Sozialarbeit: n = 10; Migrationsdienste: n = 7; Arbeitskreise: n = 6; Sonstige Einrichtungen: n = 5). Zur Überwindung der Zugangsbarrieren im Bereich des Informationsdefizits sowie im Bereich von Vorbehalten gegenüber den Institutionen der Suchthilfe wäre es wünschenswert die Zusammenarbeit mit Keypersons oder anderen vermittelnden Gruppen zu optimieren, wobei eine Orientierung an dem klassischen Konzept von Tuna wünschenswert wäre.

Eine Zusammenarbeit mit Gruppen aus der Migrantengemeinschaft und Brückenpersonen wird in ungefähr 40% der Institutionen geleistet. Es ist jedoch festzustellen, dass zwei Drittel dieser Kooperationen nicht mit Menschen mit Migrationshintergrund und ihren formellen oder informellen Gruppen stattfinden, sondern es handelt sich um einen Austausch mit anderen sozialen Diensten. Daneben werden Arbeitskreise in Bezug auf Zusammenarbeit mit Brückenpersonen genannt.

5.3. Angebot an fremdsprachigem Material

Ein Problem der Behandlung und Therapie von Menschen mit Migrationshintergrund liegt in der Sprache. Zwar wurde bei dieser Erhebung festgestellt, dass die Hälfte der Antwortenden lediglich bei Einzelfällen einen Dolmetscher für nötig hält, jedoch sind die anderen Klientinnen und Klienten ebenfalls mit Informationen zu versorgen. Es gibt mittlerweile zahlreiche Broschüren über verschiedene Themen, z.B. über das Hilfsangebot, über Wissen zu Suchtmitteln und Wirkungsweisen sowie zu verschiedenen medizinischen Themen, die etwa von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kostenlos vertrieben werden. Von den Suchthilfeeinrichtungen aus Westfalen-Lippe stellen gut 60% den Menschen mit Migrationshintergrund fremdsprachige Materialien zur Verfügung, knapp 40% haben keinerlei fremdsprachige Materialien in ihrem Angebot. Diese Zahl verwundert, da das Material kostenlos vertrieben wird und umfangreich vorliegt. Andererseits berichtete fast die Hälfte der Institutionen, dass der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund weniger als 11% beträgt.

Hinzu kommt, dass die Institution vermutlich von Migrantinnen und Migranten aus verschiedenen Ländern und Regionen aufgesucht wird, so dass Broschüren in verschiedenen Sprachen notwendig wären. Da die Broschüren allerdings leicht zugänglich für die Einrichtungen sind, sollten die letzten Gründe kein Hindernis sein, in den Räumen der Einrichtung und darüber hinaus an geeigneten Stellen Broschüren zumindest in den gängigen Sprachen auszuliegen.

Nach Einrichtungskategorien betrachtet, zeigt sich ein differenziertes Bild. Während Beratungsstellen, komplexe Einrichtungen sowie Krankenhäuser mit gut 60 bis 80% ganz gut mit Informationsmaterial in anderen Sprachen ausgestattet sind, ist der Anteil bei den Rehabilitationseinrichtungen (35,7%) und den Einrichtungen des betreuten Wohnens (28,6%) umgekehrt. Obwohl die Befragten den Migrantinnen und Migranten relativ gute Sprachkenntnisse bescheinigen, wird in anderen Fragen z.B. nach spezifischen Kompetenzen für die Arbeit der Sprache großes Gewicht beigemessen. Hier jedoch werden eventuelle Informationsbedürfnisse

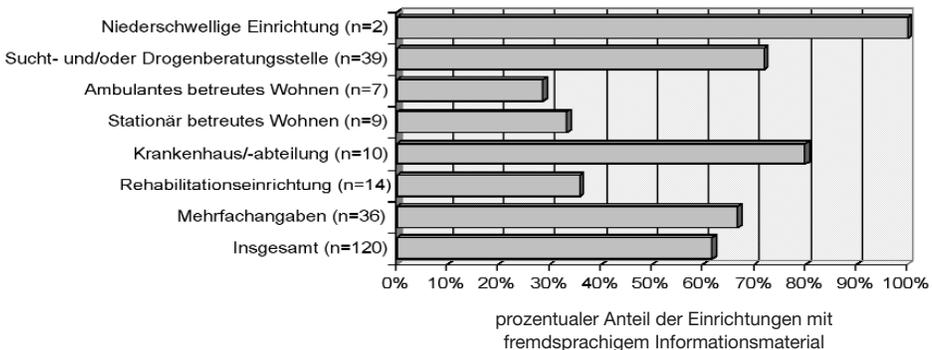


Abbildung 11:
Bereitstellung von fremdsprachigem Informationsmaterial (in Prozent)

nisse und –kanäle vernachlässigt und ignoriert.¹⁸

Es wurde weiterhin in offener Form erfragt, auf welche Themen sich das Material bezieht und in welchen Sprachen es vorhanden ist. Von den 74 Institutionen mit Material bieten 45 Broschüren zum Suchtbereich an, zu Suchtmitteln, Wirkungsweisen, aber auch zu Co-Abhängigkeit und weiteren Themen. Zum medizinischen Bereich haben 27 Institutionen Material bereitliegen, dabei geht es z.B. um HIV, Hepatitis, Safer-Use und Spriztentausch. In 18 Institutionen ist Material zu eigenen Angeboten oder Angeboten anderer Suchthilfeinstitutionen vorhanden, hierzu wurde auch das Vorhandensein von Aufnahmebögen in anderen Sprachen gezählt. Hinweise auf andere soziale Dienste gibt es in sechs Institutionen und in acht Institutionen werden weitere Materialien vorgehalten. Bei den Sprachen dominiert Russisch mit 51 Nennungen, danach folgt Türkisch mit 28 Nennungen und Polnisch mit 27 Nennungen. Der Anteil der sonstigen Sprachen beträgt 23 Nennungen.

Mehr als die Hälfte der Institutionen bietet fremdsprachige Materialien an, auch wenn der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund zum Teil eher gering ist, der diese Informationen tatsächlich benötigt. In diesem Angebot kann eine Anerkennung der Menschen mit Migrationshintergrund als Klientel der Institution gesehen werden. Die Materialien müssen gezielt bestellt oder erstellt werden, so dass das Angebot nicht als Zufall gewertet werden

kann. Vielmehr sind sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anscheinend bewusst, dass Menschen mit Migrationshintergrund Kontakt mit der Institution haben bzw. eventuell haben sollten und haben dementsprechend für Informationsbroschüren gesorgt. Die Daten geben nur Informationen über das grundsätzliche Angebot an fremdsprachigem Material her, nicht jedoch wie es eingesetzt wird. Wenn das Material lediglich in den Räumen der Einrichtungen zu finden ist, nicht aber an relevanten Stellen, wie zum Beispiel Arztpraxen, Ämtern etc., ausgelegt wird oder damit offensiv „Werbung“ bei Migrantengruppen betrieben wird, ist der Nutzen vermutlich sehr beschränkt.

5.4 Beseitigung der Zugangsbarrieren

Eine Beseitigung der Zugangsbarrieren kann die Inanspruchnahme der Institutionen durch Menschen mit Migrationshintergrund erhöhen. Dazu sind Aktivitäten der Einrichtungen notwendig, um die Phänomene und Mechanismen aufzulösen, die den Zugang von Migrantinnen und Migranten erschweren. Bisher sind drei Maßnahmen diskutiert worden, die einen unterschiedlichen Komplexitätsgrad aufweisen:

- (a) Das Angebot von fremdsprachigem Material ist relativ einfach zu erbringen.
- (b) Eine zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit erfordert wesentlich mehr Zeit und Aufwand.

18 Bei der Befragung 2001 stellte sich heraus, dass fremdsprachiges Informationsmaterial in 80% der Einrichtungen vorhanden war, die Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund vorhielten. Fremdsprachiges Material war damit bei den interkulturell engagierten Institutionen flächendeckend verbreitet. Wenn vier Jahre später 60% aller Einrichtungen Material zur Verfügung stellen, so kann dies aus den oben genannten Gründen nicht als ausreichend gewertet werden.

	Mindestens eine der drei Aktivitäten (Öffentlichkeitsarbeit, fremdsprachiges Informationsmaterial, Brückenpersonen) wird eingesetzt		
	N	Absolute Nennungen	Prozentualer Anteil bezogen auf die Einrichtungsart
Niederschwellige Einrichtung	2	2	100%
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	40	32	80%
Institutsambulanz/Fachambulanz	1	1	100%
Ambulantes betreutes Wohnen	9	3	33%
Tagesstätte, Tagesklinik	1	0	0%
Stationär betreutes Wohnen	10	5	50%
Krankenhaus/-abteilung	10	8	80%
Rehabilitationseinrichtung	15	6	40%
Sonstiges	1	1	100%
Mehrfachangaben	36	30	83%
Insgesamt	125	88	70%

Tabelle 12:

Einrichtungen hinsichtlich ihrer Aktivitäten bei der Beseitigung von Zugangsbarrieren

(c) Als Aktivität mit dem höchsten Komplexitätsgrad, der jedoch eine ausreichende Effektivität verspricht, ist die Zusammenarbeit mit Keypersons und/oder Gruppen aus der Migrant:innencommunity zu betrachten.

Einzelne Maßnahmen sind bei den Einrichtungen häufig zu konstatieren (siehe Tabelle 12). Allerdings ist andererseits zu erkennen, dass die Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens, des stationär betreuten Wohnens und die Rehabilitationseinrichtungen relativ wenige Maßnahmen durchführen.

Wird untersucht, wie viele Institutionen sowohl fremdsprachiges Material vorhalten, andere Maßnahmen zielgruppenspezifischer Öffentlichkeitsarbeit durchführen und mit Keypersons oder Brückengruppen zusammenarbeiten, dann sind dies noch 16 von 125 Institutionen, also 12,8%. Dies kann darauf hindeuten, dass es insgesamt an Sys-

tematik und einer bewussten Orientierung fehlt und eher isolierte Einzelmaßnahmen unternommen werden. In diese Richtung zeigt auch die häufige Beantwortung von Fragen im Sinne von Maßnahmen, die „sporadisch“ oder „teilweise“ durchgeführt werden.

Wird die Aktivität bei der Beseitigung von Zugangsbarrieren nach Einrichtungsarten betrachtet, dann ist festzustellen, dass von den Beratungsstellen, den komplexen Einrichtungen sowie den Rehabilitationseinrichtungen und den Krankenhäusern jeweils zwischen 10% und 20% die aufgeführten Mittel nutzen, um Klientel mit Migrationshintergrund zu erreichen. Eine der beiden niederschweligen Einrichtungen, die an der Befragung teilnahmen, ist ebenfalls in dieser Hinsicht engagiert. Erstaunlich ist, dass von den Einrichtungen des stationär betreuten Wohnens keine diese drei Maßnahmen durchführt.

	Mindestens drei Aktivitäten (Öffentlichkeitsarbeit, fremdsprachiges Informationsmaterial, Brückenpersonen) werden eingesetzt		
	N	Absolute Nennungen	Prozentualer Anteil bezogen auf die Einrichtungstypen
Niederschwellige Einrichtung	2	1	50,0%
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	40	5	12,5%
Institutsambulanz/Fachambulanz	1	0	0,0%
Ambulantes betreutes Wohnen	9	0	0,0%
Tagesstätte, Tagesklinik	1	0	0,0%
Stationär betreutes Wohnen	10	0	0,0%
Krankenhaus/-abteilung	10	1	10,0%
Rehabilitationseinrichtung	15	3	20,0%
Sonstiges	1	0	0,0%
Mehrfachangaben	36	6	16,7%
Insgesamt	125	16	12,8%

Tabelle 13:

Einrichtungen mit besonderem Einsatz bei der Beseitigung von Zugangsbarrieren

5.5. Zusammenfassung

Im Rahmen dieses Teils der Studie wurden die folgenden Fragen diskutiert:

- (1) *Führen die Anbieter eine zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit durch und wenn ja, in welcher Form?*
Diese Frage kann man prinzipiell bejahen, allerdings ist die Öffentlichkeitsarbeit weder sonderlich intensiv noch weit verbreitet. Sie beschränkt sich häufig auf die Beschaffung von Informationsmaterial.
- (2) *Findet eine Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen im Sinne des Keyperson-Konzeptes statt?*
Auch diese Frage kann prinzipiell bejaht werden. Allerdings ist auch hier die Einschränkung zu machen, dass die Einrichtungen offenbar häufig (in etwa 2/3 der dokumentierten Fälle) eher einen indirekten Weg suchen, d.h. es werden nicht Personen angesprochen, die man

im Sinne des Konzeptes als Key-person bezeichnen könnte, sondern eher Personen, die möglicherweise Kontakte zu Schlüsselpersonen besitzen.

- (3) *Findet eine Bereitstellung von fremdsprachigem Informationsmaterial statt und wenn ja, in welchem Umfang?*

Auf das Informationsmaterial wird intensiv zurückgegriffen. Allerdings lassen sich zwischen den Einrichtungen erhebliche Unterschiede erkennen. Während Beratungsstellen, komplexe Einrichtungen sowie Krankenhäuser mit gut 60 bis 80% offenbar zufrieden stellend mit Informationsmaterial in anderen Sprachen ausgestattet sind, ist der Anteil bei den Rehabilitationseinrichtungen (35,7%) und den Einrichtungen des betreuten Wohnens (28,6%) eher gering.

(4) *Bemühen sich die Einrichtungen um einen systematischen Abbau von Zugangsproblemen, der alle drei hier untersuchten Komponenten (zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit, Keyperson-Konzept; Bereitstellung von fremdsprachigen Informationsmaterial) nutzt?*

Es wurde untersucht, wie viele Institutionen sowohl fremdsprachiges Material vorhalten, andere Maßnahmen zielgruppenspezifischer Öffentlichkeitsarbeit durchführen und mit Keypersons oder Brückengruppen zusammenarbeiten. Hier zeigte sich, dass dies nur bei 16 von 125 Institutionen der Fall ist, also bei 12,8%. Dies kann man so interpretieren, dass es insgesamt an Systematik und einer bewussten Orientierung fehlt und eher isolierte Einzelmaßnahmen unternommen werden. Dies würde auch erklären, warum viele Maßnahmen nur „sporadisch“ oder „teilweise“ durchgeführt werden.

6. Ergebnisse der Befragung Teil 3: Interventionsgestaltung

In der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund ist es wichtig, die Inanspruchnahme durch eine Erleichterung des Zugangs zu fördern. Darüber hinaus sollten auch Inhalte oder Form der Hilfe verändert bzw. adaptiert werden:

(1) Aufgrund von Sprachschwierigkeiten oder anderer Rollenmuster innerhalb der Familie kann es erforderlich sein, nonverbale Elemente zu intensivieren oder aber den in-

haltlichen Schwerpunkt der Hilfe anzupassen, um Erfolg zu ermöglichen. Es stellt sich deshalb die Frage, in welchem Umfang die Einrichtungen besondere inhaltliche Schwerpunkte in ihrer Arbeit wählen, die den Bedürfnissen der Personen mit Migrationshintergrund entgegenkommt.

- (2) Außerdem kann es nützlich sein, spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund zu etablieren. Der Grundsatz ist jedoch eine möglichst gute Integration in die allgemeine Hilfe. Trotzdem ist die Frage zu stellen, ob und in welchem Umfang die Einrichtungen spezifische Angebote für die Personen mit Migrationserfahrung machen und in wie weit die Integration in die allgemeine Hilfe gelingt.
- (3) Nicht nur Form oder Inhalte der Hilfe können angepasst werden, sondern auch Regeln und Verfahren. Auch hier ist zu fragen, ob die Einrichtungen diese Umsetzung tatsächlich durchführen.

6.1. Besondere inhaltliche Schwerpunkte in der Arbeit

Von den Einrichtungen geben 59,2% an, dass sie in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund keine besonderen Schwerpunkte setzen, 27,5% setzen teilweise andere Schwerpunkte und 13,3% setzen entschieden andere inhaltliche Prioritäten¹⁹. Analysiert nach Einrichtungen zeigt sich, dass die Rehabilitationseinrichtungen sowie das stationär betreute Wohnen überdurchschnittlich häufig andere inhaltliche Akzente setzen (Tabelle 14).

¹⁹ Die Prozentwerte beziehen sich auf die gegebenen Antworten.

	N	Nein	Ja	Ja, teilweise
Niederschwellige Einrichtung	2	50,0%	50,0%	
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	38	71,1%	7,9%	21,1%
Institutsambulanz/Fachambulanz	1	100,0%		
Ambulantes betreutes Wohnen	7	71,4%		28,6%
Tagesstätte, Tagesklinik	1	100,0%		
Stationär betreutes Wohnen	9	22,2%	33,3%	44,4%
Krankenhaus/-abteilung	10	80,0%		20,0%
Rehabilitationseinrichtung	15	26,7%	33,3%	40,0%
Sonstige	1	100,0%		
Mehrfachangaben	36	58,3%	11,1%	30,6%
Insgesamt	120	59,2%	13,3%	27,5%

*Tabelle 14:
Besondere inhaltliche Schwerpunkte nach Einrichtungen (prozentuale Angaben)*

In der ambulanten Arbeit in den Beratungsstellen sowie im ambulant betreuten Wohnen scheint weniger Bedarf an inhaltlich veränderter Arbeit gesehen zu werden. Aber auch die Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen geben seltener eine Veränderung der Inhalte an. Bei den niederschweligen Einrichtungen passt eine Einrichtung ihre Inhalte an, wenn Menschen mit Migrationshintergrund betreut werden, eine andere bleibt bei ihren Inhalten. Es scheint hier die Form der Betreuung der Migranten von Relevanz zu sein. In den Rehabilitationseinrichtungen und beim betreuten Wohnen findet eine längerfristige Betreuung statt, die viele Bereiche des Privatlebens der Menschen betrifft. In den Krankenhäusern ist der Aufenthalt eher kurz und in der ambulanten Beratung kann zwar vieles thematisiert werden, die Distanz zu vielen Themen ist jedoch größer, weil die direkte Anknüpfung fehlt, z.B. Fotos aus dem Herkunftsland an der Wand.

Was sind die besonderen inhaltlichen Schwerpunkte? Bei der Analyse der Beschreibungen der inhaltlichen

Schwerpunkte lassen sich verschiedene Bezugsthemen unterscheiden:

(1) Individuelle Erfahrungen:

Einerseits werden inhaltliche Schwerpunkte beschrieben, die das Individuum in seiner Geschichte, seiner Gefühlswelt, seiner Familie betreffen. Hierzu gehören auch die Migrationsgeschichte der Person, bzw. daraus resultierende Probleme. Insgesamt 21 Stichpunkte wurden hier benannt. In der Beratung von Migrantinnen und Migranten wird die Migrationsgeschichte thematisiert und es werden „Gefühle der Kulturzerissenheit“ bearbeitet, „Schwierigkeiten mit der Übersiedlung, Fremdsein und Integration“. Eine Einrichtung gibt an, dass dort eine Aufarbeitung der spezifischen Werte-, Normenhierarchien, Sozialisationsbedingungen, der religiösen Orientierungen des Patienten, dessen Eltern und Großeltern, eine Diagnose und Bearbeitung des Migrationsthemas geleistet wird. Es wird zum Teil auch explizit auf kulturelle Themen eingegangen, jedoch immer verbunden mit der individuellen Person.

(2) Kulturelle Besonderheiten

Ein weiterer Schwerpunkt der inhaltlichen Arbeit findet auf dem einem Sektor statt, den man im weitesten Sinne als „kulturelles Feld“ bezeichnen könnte. In zwei Institutionen werden z.B. unterschiedliche Rollenverständnisse thematisiert. Vier Institutionen gehen auf die unterschiedlichen familiären Bezüge und Rollen ein; der allgemeine kulturelle Hintergrund und die diesbezüglichen Unterschiede werden in acht Institutionen behandelt. In zwei Institutionen wird explizit der Umgang mit Suchtmitteln in den verschiedenen Kulturen angesprochen.

(3) Entwicklung sozialer und sprachlicher Kompetenz

Die Entwicklung von Kompetenz ist ein weiterer Bereich der Schwerpunktsetzung. Hierbei liegt mit elf Nennungen die Sprachförderung an erster Stelle, in einer Institution wird explizit die interkulturelle Kommunikation gefördert. In zwei Institutionen gibt es Hilfestellung beim Umgang mit Behörden. Als weiterer Punkt wurde die Unterstützung bei der beruflichen Integration genannt.

(4) Veränderung der Inhalte der therapeutischen Interventionen

Einige Institutionen benannten andere Therapiethemen als üblich oder gaben eine Intensivierung üblicher Themen in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund an. So wurde von mehreren Institutionen berichtet, dass das Ausländerrecht behandelt wird und dass Traumatisierung und Kriegserlebnisse zum Inhalt wurden. Aber auch eine verstärkte Basisinformation über Sucht- und Suchtmittel sowie medizinische Informationen über Safer-Use und HIV- sowie Hepatitis-Prophylaxe wird von einigen Einrichtungen vermehrt gegeben. Weiterhin wurde berichtet, dass eine stärkere Einbindung der Familie er-

folgt und dass der Struktur der Familie eine verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet wird. Eine Einrichtung gab an, dass eher pädagogische Maßnahmen erfolgen, weniger therapeutische Gespräche. Eine andere Institution betont die direktive Beratung und primär strukturierenden lebenspraktischen Interventionen. Nonverbale Therapiemethoden wie Sport, Erlebnispädagogik und Theater werden ebenfalls eingesetzt.

(5) Konzeption von Maßnahmen oder Vermittlung in spezifische Maßnahmen

Ein weiterer Aspekt ist die Vermittlung in andere Maßnahmen. Mehrmals wurde darauf hingewiesen, dass eine Vermittlung der Menschen mit Migrationshintergrund in eine geeignete, möglichst spezialisierte Einrichtung erfolgt. Drei Institutionen beschreiben eigene spezielle Maßnahmen, z.B. ein Projekt für russisch sprechende Migranten, eine spezielle Sprechstunde oder eine Intensivierung der Arbeit in einem Stadtteil, in dem besonders viele Migrantinnen und Migranten leben.

6.2. Spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund

In der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund ist die Frage von Spezialisierung versus Integration der Menschen mit Migrationshintergrund von großer Wichtigkeit. Allgemein wird anerkannt, dass eine möglichst hohe Integration in bestehende Angebote erfolgen soll, jedoch wenn nötig sollen auch Spezialangebote entwickelt werden.

Von den befragten Institutionen machen 19 von 120 Institutionen (15,8%) ein Angebot, das sich nur an die Klientel mit Migrationshintergrund richtet. Die restlichen Einrichtungen sind in dieser Hinsicht nicht aktiv, wobei von zwei

Einrichtungen dezidiert angemerkt wird, dass dies nicht notwendig ist und sie bewusst kein Angebot vorhalten. Von zwei weiteren Institution wird angemerkt, dass versucht worden war, ein spezielles Angebot vorzuhalten, dies jedoch nicht angenommen und somit wieder eingestellt worden war. Differenziert nach Institutionen zeigt

sich, dass komplexe Einrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen sowie das stationär betreute Wohnen mit jeweils über 20% an Institutionen mit speziellem Angebot recht aktiv sind. Von den zwei niederschweligen Institutionen ist eine aktiv. Von den Beratungsstellen sind knapp 8% aktiv und von den Krankenhäusern 10%.

Art der Einrichtung	Durchgeführte Maßnahmen
Niederschwellige Einrichtungen	Gemeinwesenarbeit, Stadtteil bezogen, aufsuchende Arbeit, psychosoziale Begleitung/Betreuung
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	Auf Nachfrage der Landesstelle Unna-Massen Angebot zur Suchtprävention eine polnischsprachige Selbsthilfegruppe für Alkoholabhängige Jugendarbeit mit dem Cafe PARUS
Stationär betreutes Wohnen	VHS-Fremdsprachenkurs Deutsch
Krankenhaus/-abteilung	1 mal pro Woche Gruppe nur mit Migranten
Rehabilitationseinrichtung	z.B. Deutschkurs, spezielle Angebote in bestimmten Situationen (religiöse Feste) Hausinterne Patientenschule, Schreib- und Sprachunterricht, Integration- Diskussionsgruppe, Einzelgespräche und Gruppentherapie in Muttersprache, Sozialsprechstunde in Muttersprache, Informationsgruppe zum Thema Sucht in Muttersprache Indikationsgruppen zu Sozialisationserfahrungen und Migrations-trauma regelmäßige Gesprächsgruppen Therapiegruppen für Russlanddeutsche, russlandd./türk. Abende, Teilnahme auch anderer Pat. möglich, unregelmäßige Infoabende: mit Filmmaterial, Erzählung, Referate über eigenes Leben, Familie, Herkunftsland, Schwierigkeiten mit der Übersiedlung
Mehrfachangaben	Arbeitsschwerpunkt "Sucht und Migration" spez. GUS-Dolmetscherangebot, Begleitender Kontakt zum Amt für Ausländerangelegenheiten Führerscheingruppe, MPU-Vorbereitung, Klärung: Alkoholmissbrauch, -abhängigkeit Gruppe für Eltern drogenabhängiger Kinder, die von einer Russlanddeutschen Mutter geleitet wird, "hauptsächlich" für Personen mit Migrationserfahrung russischsprachige Selbsthilfegruppe spezielle Sprechstunde Sprachschule der benachbarten Westfälischen Klinik Suchtpräventive Maßnahmen an Schulen, in den Übergangwohnheimen, Jugendfreizeithäusern, 1 mal wöchentlich ein Gruppenangebot für drogenabhängige russisch sprechende Migranten Versuch, eine Selbsthilfegruppe für GUS-Aussiedler zu gründen ist trotz intensiver Mitarbeit aller reg. Selbsthilfegruppen und anderer Beratungsdienste mangels Nachfrage gescheitert wöchentliche Zeitungen in russischer und türkischer Sprache

Tabelle 15: Besondere Angebote für Personen mit Migrationshintergrund

Die Maßnahmen sind sehr vielfältig und decken die unterschiedlichsten Bereiche ab (siehe Tabelle 15). In zwei Institutionen besteht das Angebot einer Selbsthilfegruppe, in einer weiteren in einer Gruppe für Eltern drogenabhängiger Menschen. In sechs Institutionen existieren besondere Gruppenangebote für Menschen mit Migrationshintergrund. Dabei reichen die Inhalte dieser

Gruppen von Informationsabenden mit Referaten über das Heimatland über spezielle Führerscheingruppen, Integrations-Diskussionsgruppen bis hin zu speziellen Informationsangeboten über Sucht und Suchtmittel in der Muttersprache und besonderen Therapiegruppen. Weitere Angebote sind Stadtteilarbeit und Präventionsangebote sowie Sprachkurse.

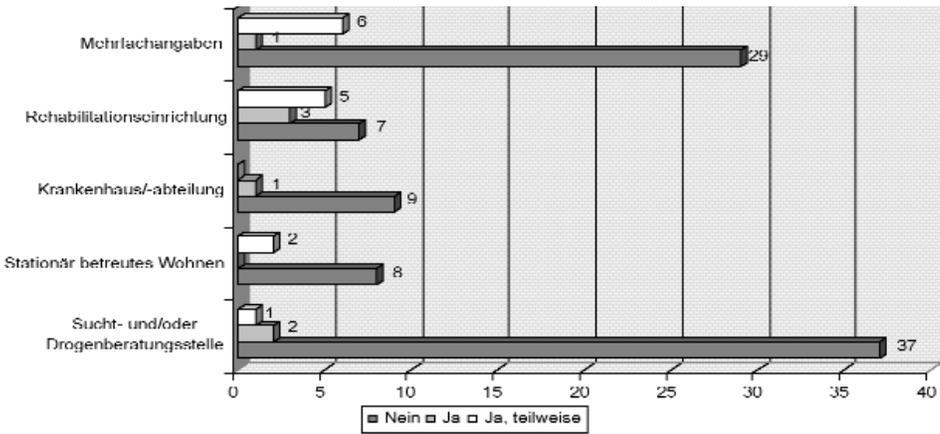


Abbildung 12: Anwendung spezieller Verfahren und Regeln bei der Arbeit mit Klientel mit Migrationshintergrund [Abgebildet sind nur Einrichtungsarten, die spezielle Regeln und/oder Verfahren verwenden]

6.3. Spezielle Verfahren und Regelungen in der methodischen Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund

In 21 von 122 Institutionen werden andere Verfahren und Regelungen in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund angewendet als in der sonstigen Arbeit. Dies entspricht 17,2% der Einrichtungen. In 14 der 21 Einrichtungen werden teilweise veränderte Vorgehensweisen verwendet, in sieben Einrichtungen erfolgt dies grundsätzlich.

Auffällig ist, dass 8 der 15 Rehabilitationseinrichtungen ihre Regeln und Verfahren angepasst haben. Von den Krankenhausabteilungen ist dies nur eine von zehn, von dem stationär betreuten Wohnen und von den komplexen Einrichtungen jeweils nur zwei von zehn und von den Beratungsstellen gut 7%, d.h. 7 von 36 Einrichtungen. Zwei Institutionen betonen in einer Anmerkung, dass sie bewusst keine anderen Verfahren anwenden. Die Art der Veränderungen lässt sich folgenden Kategorien zuordnen:

(1) Regelungen zur Sprache

Der Sprache gilt dabei eine besondere Aufmerksamkeit: So gibt es in einer Einrichtung die Regel, dass im Haus ausschließlich deutsch gesprochen wird. In einer anderen Einrichtung dagegen gilt, dass nur deutsch gesprochen werden muss, wenn Patienten anwesend sind, die nicht die Fremdsprache sprechen. Hier wird auch innerhalb einer Gruppensituation bei Bedarf die Kommunikation übersetzt. Ähnlich handhabt dies eine Einrichtung, die lediglich in Gruppensituationen deutsch als Sprache vorgibt, aber sonst die Muttersprache erlaubt. In einer weiteren Einrichtung wird betont, dass sprachliche Peer-groups innerhalb des Freizeitbereichs akzeptiert werden. Während eine Einrichtung auf Deutsch als Therapiesprache setzt, gibt es in zwei anderen Institutionen muttersprachliche Therapieangebote. Dass eine Verständigung ohne Dolmetscher möglich sein muss, berichtet eine Institution, eine andere berichtet, dass Dolmetscher-Dienste angeboten werden. In einer Institution werden vorwiegend nonverbale Therapiemethoden verwendet.

(2) Regelungen zur Gestaltung des Soziallebens

Im anderen Bereichen gibt es ebenfalls einige Veränderungen: So wird in einer Institution Wert auf vereinfachte und eindeutige Regeln und auf Demokratie und Solidarität innerhalb der Gruppe gelegt.

(3) Regelungen zum therapeutischen Vorgehen

Eine weitere Institution hat eine verstärkte Aufsicht bei der Methadonvergabe sowie eine neue Regelung der Methadonvergabe eingeführt. Gewaltanwendung wird mit einem sofortigen Hausverbot geahndet. In der Beratung betont eine andere Institution eher le-

benspraktische Maßnahmen als therapeutische Gespräche. Einen Akzent auf Arbeitstherapie legen zwei Institutionen. Schon vor der Aufnahme wird in einer Institution mit einer verstärkten Motivationsarbeit begonnen, die in der Muttersprache und zusammen mit Angehörigen stattfindet.

6.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden drei Fragen diskutiert:

(1) Berücksichtigen die Einrichtungen besondere inhaltliche Schwerpunkte bei der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund? Dies scheint bei etwa 40% der Einrichtungen der Fall zu sein. Die inhaltlichen Veränderungen beziehen sich insbesondere auf spezifische individuelle Erfahrungen, kulturelle Besonderheiten, die Entwicklung der sozialen und sprachlichen Kompetenz, die Veränderung der Inhalte der therapeutischen Interventionen und Konzeptionen von Maßnahmen oder die Vermittlung in spezifische Maßnahmen.

(2) Gibt es spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund? Von den befragten Institutionen machen 19 von 120 Institutionen (15,8%) ein Angebot, dass sich nur an die Klientel mit Migrationshintergrund richtet. Ein thematischer Schwerpunkt dieser Angebote war im Rahmen der Befragung nicht zu erkennen. Die Inhalte dieser Gruppen reichen von Informationsabenden mit Referaten über das Heimatland über spezielle Führerscheingruppen, Integrations-Diskussionsgruppen bis hin zu speziellen Informationsangeboten über Sucht und Suchtmittel in der Muttersprache und besonderen Therapiegruppen.

(3) Verändern die Einrichtungen Regeln und Verfahren beim Umgang mit Per-

sonen mit Migrationshintergrund? In 21 von 122 befragten Institutionen werden andere Verfahren und Regelungen in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund angewendet als in der sonstigen Arbeit. Die Veränderungen betreffen die Regelungen zur Sprache, die Regeln zur Gestaltung des Soziallebens und die Regelungen zum therapeutischen Vorgehen.

Die Ergebnisse dieses Teils der Befragung sind schwer zu bewerten. Ein Konsens über die notwendigen und sinnvollen Veränderungen scheint nur in Ansätzen zu existieren, was allerdings angesichts des komplexen Problems auch nicht verwundern kann. Weiterhin scheinen zwischen den Einrichtungsarten erhebliche Unterschiede zu bestehen, wie mit diesem Problem umgegangen werden soll. Trotzdem könnte eine verstärkte Diskussion des Themas und Konsensfindung bezüglich der Modifikation der Interventionsgestaltung wünschenswert sein.

7. Ergebnisse der Befragung Teil 4: Konzeptuelle Arbeit und Qualitätssicherung

Eine interkulturelle Öffnung von Einrichtungen bedeutet, eine Gesamtstrategie zu entwerfen, die die genannten Bestandteile von Personal- und Organisationsentwicklung umfasst und sich in zahlreichen Indikatoren abbilden müsste. Sie kann sich für alle Klientinnen und Klienten vorteilhaft auswirken, wenn sie als Qualitätsstandard sozialer Arbeit begriffen wird. In diesem Kapitel wird versucht, die interkulturelle Öffnung der Suchthilfeeinrichtungen anhand von unterschiedlichen Indikatoren einzuschätzen:

- (1) Schriftliche Fixierung der interkulturellen Öffnung,
- (2) Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bereich interkultureller Kompetenz,
- (3) Spezielle Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund,
- (4) Kultursensible Arbeit in den Institutionen,
- (5) Erfassung der Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund und
- (6) Probleme bei der Kooperation mit anderen Diensten bezogen auf die Klientel mit Migrationshintergrund.

7.1. Schriftliche Fixierung der interkulturellen Öffnung

Eine schriftliche Verankerung der interkulturellen Orientierung ist insofern relevant, da sich in Leitbildern, Konzeptionen und Qualitätsstandards das Handlungswissen einer Institution zeigt, auf das sowohl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Verantwortliche, Träger als auch Adressaten verweisen können sollten. Koray fordert dass die interkulturelle Ausrichtung

„dauerhaft, konkret, und messbar verankert ist: im Leitbild und im Arbeitskonzept, in Leitungskonferenzen und Teamsitzungen, in den Jahresberichten und Statistiken, beim Jahresetat, bei Fortbildungen und Supervision, bei der Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit, bei der Personalentwicklung.“ (Koray 2003, S. 69)

Selbst wenn die Ausrichtung nicht in allen diesen Medien und Arbeitsformen festgeschrieben ist, bleibt es relevant, dass sie fixiert wird. In Westfalen-Lippe haben lediglich 11 der 121 antworten-

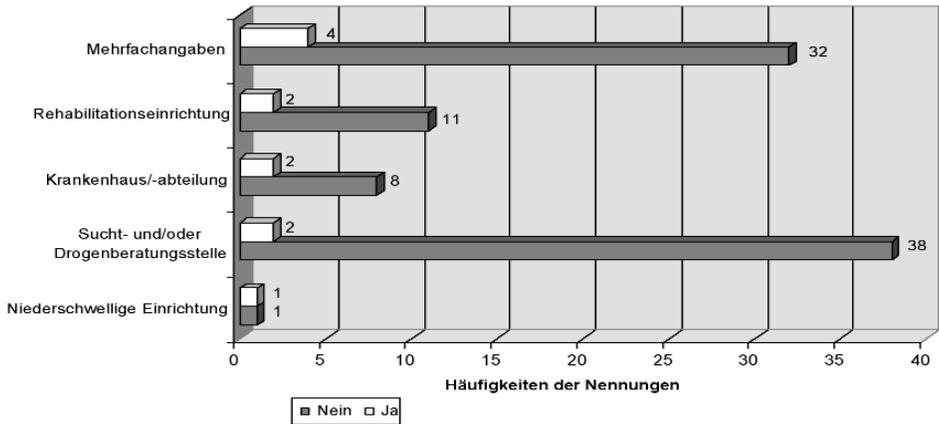


Abbildung 13:
Schriftlich fixierte Leitlinien in den Einrichtungen

den Institutionen eine mögliche interkulturelle Ausrichtung schriftlich fixiert, das entspricht 9,1%. Betrachtet man die einzelnen Einrichtungskategorien, so zeigt sich, dass die stationären Kategorien der Rehabilitationseinrichtung und der Krankenhäuser mit 15,4% (n = 2) bzw. 20% (n = 2) eine relativ hohe Aktivität aufweisen (Abbildung 13), wobei allerdings die absoluten Zahlen auch hier sehr gering sind.

Die komplexen Einrichtungen (Mehrfachangaben) mit verschiedenartigen Suchthilfeangeboten haben relativ häufig eine schriftliche Fixierung vorgenommen (11,1% bzw. n = 4). Bei den Beratungsstellen haben 5%, das sind zwei von 38, ein schriftlich fixiertes Konzept, ebenfalls eine von zwei niederschweligen Institutionen.

Aus anderen Daten der Erhebung ergibt sich, dass sich die Institutionen durchaus häufiger mit interkulturellen Inhalten beschäftigen als sie dies schriftlich fixieren. So ist in 16% der Institutionen die methodische Arbeit

durch spezielle Regeln und/oder Verfahren an die Klientel mit Migrationshintergrund angepasst worden. Gut 40% der Institutionen setzen in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund besondere inhaltliche Schwerpunkte. Selbst bei den Institutionen, die Interesse und Aufmerksamkeit für die interkulturelle Thematik zeigen, führt dieses Interesse und die daraus resultierenden Maßnahmen nicht zur schriftlichen Fixierung und Aufnahme in die Qualitätssicherung. Hier zeigt sich möglicherweise ein Mangel an Handlungs- und Arbeitskonzepten, der die Frage aufwirft, ob eine geringe Inanspruchnahme durch Migrantinnen und Migranten nicht hierin begründet ist. Von einer Institution wurde hingegen angemerkt, dass aufgrund des geringen Anteils an Menschen mit Migrationshintergrund kein Konzept notwendig sei. Professionelles Handeln setzt jedoch ein Konzept voraus. Zu befürchten ist, dass ohne die schriftliche Fixierung mit impliziten Konzepten gearbeitet wird, die dann jedoch nicht hinterfragt und nicht problematisiert werden.

7.2 Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bereich interkultureller Kompetenz

Fort- und Weiterbildungen dienen allgemein der Vermittlung fachlicher und sozialer Kompetenzen und der Vermittlung von Anregungen zur Innovation der bestehenden Praxis. Im Bereich von Sucht und Migration ist eine wichtige Aufgabe die Vermittlung von interkultureller Kompetenz. Zwar können Bestandteile interkultureller Kompetenz sicherlich zum Teil auch im Alltag erlernt werden. Die wirksamste und effektivste Methode zum Erwerb interkultureller Kompetenz stellt ein interkulturelles Team dar. Die bisherigen Ergebnisse zeigen jedoch, dass interkulturelle Teams eher seltene Ausnahmen darstellen. Somit bleiben Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen als wichtigste Möglichkeit zur Steigerung der interkulturellen Kompetenz übrig. Für die komplexen Inhalte interkultureller Kompetenz sind ein- oder zweitägige Veranstaltungen vermutlich nicht optimal. Hingegen zeigten sich Weiterbildungsreihen als vergleichsweise erfolgreich, die einige mehrtägige Blöcke in zeitlichem Abstand beinhalteten.

Grundsätzlich gibt es inhaltliche Unterschiede, die nicht nur durch die Arbeit mit unterschiedlichen Nationalitäten bedingt sind. Teilweise werden die Wissensaspekte des Themenbereiches betont, teilweise wird eine regionale Netzwerkbildung betrieben oder me-

thodische Aspekte vermittelt. Gemeinsam ist allen, auch den kürzeren Veranstaltungen, dass eine grundsätzliche Sensibilisierung stattfindet.

In 45% der Institutionen wurden Mitarbeiterinnen und/oder Mitarbeiter zum Thema Sucht und Migration fortgebildet. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass aufgrund finanzieller Kürzungen eine gewisse Einschränkung bei Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zu erkennen ist.²⁰

Werden die Einrichtungen nach Kategorien differenziert, so zeigt sich, dass vor allem die Rehabilitationseinrichtungen (78,6%) und die Krankenhäuser (80%) bei der Qualifizierung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagiert sind (Abbildung 14).

Daneben sind komplexe Institutionen (Mehrfachangaben) sowie Beratungsstellen und stationär betreutes Wohnen noch in einem Maß zwischen 30% und knapp 50% aktiv. Im Schnitt bilden sich drei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter pro Institution fort, wobei das Maximum bei 12 fortgebildeten Beschäftigten liegt. Allerdings relativiert sich dieser hohe Wert, da in 22 von 48 Institutionen nur eine Person im Jahr 2003 qualifiziert wurde (Abbildung 15).

Aus den Daten ist leider nicht ersichtlich, welchen zeitlichen Umfang jede einzelne Fortbildung hatte. Die 165 Personen haben sich über eine Summe von 284 Tagen qualifiziert, so dass sich etwa ein Schnitt von 1,72 Weiterbil-

20 In der Befragung im Jahre 2001 wurden die Einrichtungen befragt, ob sie Interesse an Fortbildung haben. Dazu sprachen 60% ihr Interesse aus. Bei den Institutionen, die Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund vorhielten, wurde außerdem gefragt, ob Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema teilgenommen haben. 35% der Einrichtungen hatten 2001 Personal qualifiziert und 65% nicht.

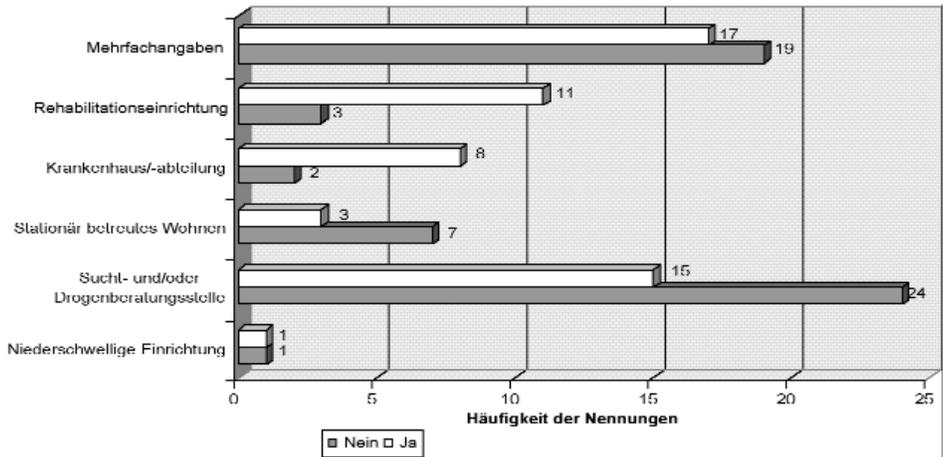


Abbildung 14: Fortbildungen zum Thema "Sucht und Migration" [Abgebildet sind nur die Einrichtungen in denen Fortbildungen durchgeführt wurden]

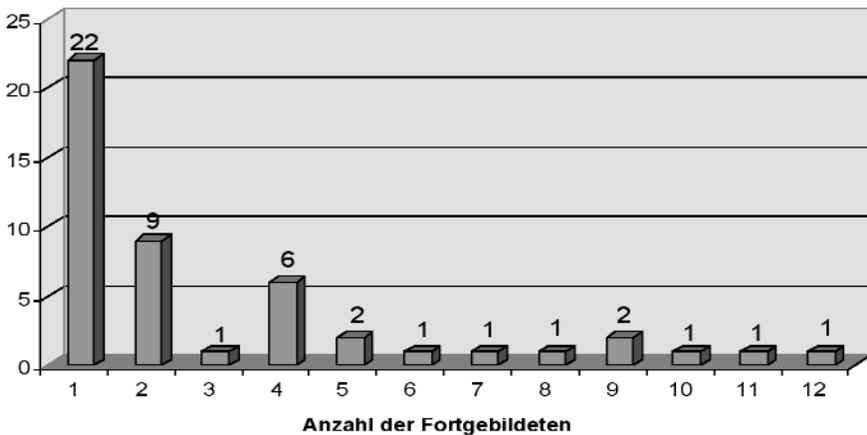


Abbildung 15: Anzahl der qualifizierten Beschäftigten pro Institution

ungstagen pro Person ergibt. Diese Zeitspanne stellt ein Minimum für eine geeignete Vermittlung von Inhalten auf eine effektive Weise dar. Grundsätzlich ist die Frage der Nachhaltigkeit zu stellen. In 22 von 48 Institutionen wurde nur eine Person im Jahr 2003 zum Thema „Sucht und Migration“ fortgebildet. Hier könnte man kritisch die Schaffung eines Expertentums vermuten, das

letztlich bedeuten könnte, dass diesen Experten alle interkulturellen Fälle zugeschoben werden und somit eine interkulturelle Ausrichtung der Institution verhindert wird. Zu hinterfragen ist weiterhin, ob das erworbene Wissen in die Organisation gelangt und es zu einem Transfer kommt oder ob es allein bei der Person verbleibt, die an der Fort- und Weiterbildung teilnahm.

Es wurden von den 43 Institutionen insgesamt 29 verschiedene Träger bei 66 besuchten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen genannt. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe verfügt mit 28 Nennungen über die größte Inanspruchnahme, dann folgen Veranstaltungen der Landesstelle Unna-Massen und der AWO mit jeweils vier Nennungen und der LVR mit drei Nennungen. Neun Veranstaltungen wurden von Einrichtungen der Suchthilfe oder Suchthilfe-Verbänden veranstaltet, vier Veranstaltungen jeweils von Kreisen und Städten sowie von Wohlfahrtsverbänden. Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass der hohe Stellenwert der Qualifizierung bezüglich interkultureller Kompetenz, wie er in der Literatur und in der aktuellen Diskussion zu finden ist, sich nur

partiell in den hier erhobenen Daten niederschlägt. Lediglich 45% der Einrichtungen bilden ihre Mitarbeiter fort. Für die von Fachleuten und von der Politik geforderten interkulturellen Öffnung der Regeldienste wird auf diesem Gebiet eine verstärkte Aktivität erforderlich sein, die von Einrichtungsträgern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Trägern von Aus- und Fortbildungen gleichermaßen getragen werden muss.

7.3 Spezielle Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund

In lediglich knapp 11,2% der Einrichtungen gelten spezifische Kompetenzen als nicht notwendig. Demgegenüber sehen 51,3% solche Kompetenzen

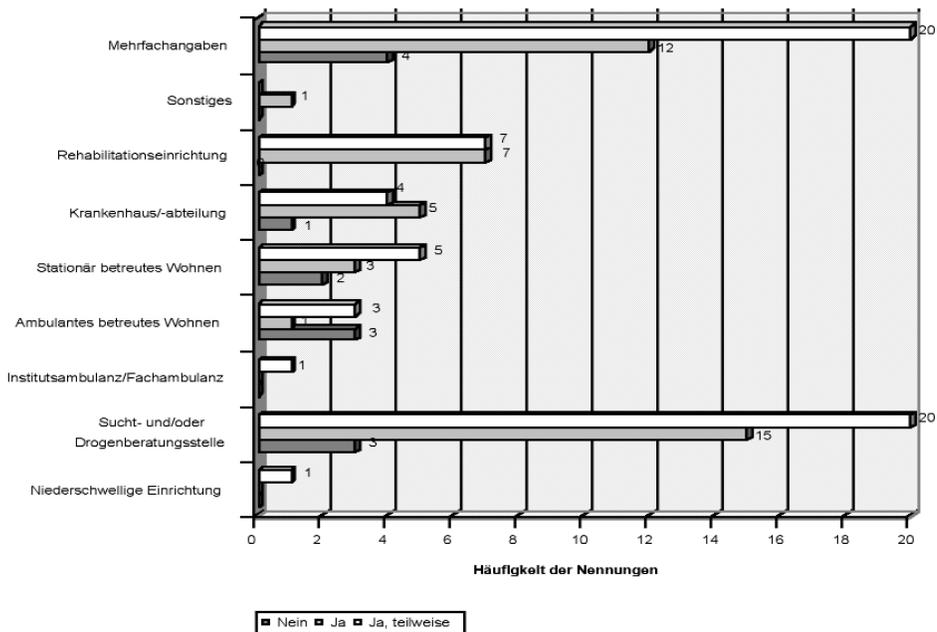


Abbildung 16: Einstellung der Einrichtungen darüber, ob spezifische Kompetenzen der Mitarbeiter/innen in der Arbeit mit Migrant/innen notwendig sind [Abgebildet sind nur die Einrichtungsarten, die spezifisch qualifizierte Mitarbeiter/innen für notwendig halten]

als teilweise notwendig an und 37% halten spezifische Kompetenzen explizit für notwendig. In dieser Hinsicht liegen die verschiedenen Einrichtungstypen recht nah beieinander (siehe Abbildung 16). In den Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern scheinen spezifische Kompetenzen einen recht hohen Stellenwert zu haben, während die Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens eher allgemeine Kompetenzen für ausreichend halten.

97 Einrichtungen beschrieben Kompetenzen, die sie für notwendig für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund halten. Bei der Beschreibung der spezifischen Kompetenzen können verschiedene inhaltliche Bereiche unterschieden werden.

(1) Wissensbezogene Kompetenz

Von den 119 verschiedenen Stichworten beziehen sich 51 auf wissensbezogene Kompetenz, wobei meist Kenntnisse über den soziokulturellen Hintergrund der Herkunftsländer gefordert werden. Genannt wird Kultur, Bedeutung der Familie, Rollenmuster zwischen den Geschlechtern und religiöse Hintergründe.

(2) Sprachkenntnisse

Sprachkenntnisse werden von 38 Institutionen als notwendig betrachtet. Die Spanne reicht dabei von minimalen Sprachkenntnissen bis hin zum Erwerb von Sprachkenntnissen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Es zeigt sich, dass diese beiden Kompetenzbereiche – Wissen und Sprachkenntnisse – von 29 Institutionen gemeinsam genannt wird.

(3) Interkulturell ausgerichtet Kompetenz

Ein weiterer Bereich ist interkulturell ausgerichtete Kompetenz. Dies bein-

haltet das Wissen um die eigene kulturelle Geprägtheit, Empathie gegenüber der Erfahrung von Diskriminierung, Selbstreflexivität in Bezug auf uninterfragte kulturelle Deutungen, aber auch Aufgeschlossenheit und Akzeptanz anderer kultureller Bezüge. Dieser Kompetenzbereich erfuhr 15 Nennungen.

(4) Sonstige Kompetenzen und Erfahrungen

Allgemeine soziale und berufliche Kompetenzen wurden sechsmal genannt. Eigene Migrationserfahrungen bzw. Fremdheitserfahrungen befanden neun Institutionen für notwendig.

Abschließend ist hier festzustellen, dass den Kultur- und Sprachkenntnissen von den Institutionen die größte Relevanz beigemessen wird. Erstaunlich ist die hohe Relevanz der Sprachfähigkeit auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Hieraus kann interpretiert werden, dass Sprache als relevantes Merkmal für die Probleme in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund verstanden wird, woraus sich ergibt, dass die Lösung dieser Probleme in der Lösung der Sprachschwierigkeiten gesucht wird. Wenn die Forderung nach Sprachkenntnissen mit den Ergebnissen bezüglich der Deutschkenntnisse der Migrantinnen und Migranten verglichen werden, erstaunt der Stellenwert. Dort war von knapp 70% der Institutionen angegeben worden, dass nur in Einzelfällen bzw. bis zu 10% der Migrantinnen und Migranten eine Verständigung ohne Dolmetscher schwer fällt. Diese widersprüchlichen Angaben entziehen sich einer einfachen Interpretation. Denkbar ist die Unterschätzung der sprachlichen Probleme bei der ersten Frage zur Sprachkompetenz, da deren Beantwortung auch Bestandteil eines gezielten Impression Managements

sein kann. Die „Impression Management-Theorie“ – ein Erklärungskonzept der Sozialpsychologie – interpretiert solche Antworten unter bestimmten Voraussetzungen als Bündel von Strategien und Techniken, die Menschen einsetzen, um den Eindruck, den sie auf andere während sozialer Interaktion ausüben, zu steuern, zu kontrollieren und zu optimieren (Snyder 1981). Da die Befragung nicht anonym war, sind solche Effekte nicht auszuschließen und würden die Widersprüchlichkeit partiell erklären, wenn man in diesem Zusammenhang auch Methodeneffekte vermutet. Methodeneffekte sind hier bedeutsam, weil hier von einer geschlossenen zu einer offenen Frageform gewechselt wurde, d.h. den Befragten

wurde eine Kategorisierung bei Frage 11 vorgegeben, die von den Antwortenden als Urteilsanker verwendet werden kann. Weiterhin stellt die Einschaltung eines Dolmetschers vermutlich einen extremen Fall dar, d.h. das Item ist sehr schwer formuliert und besitzt vermutlich eine geringe Trennschärfe. In der Regel scheint die Kommunikation auch ohne professionelle Unterstützung möglich zu sein, bleibt aber trotzdem ein zu verbessernder Bereich.

7.4 Kultursensible Arbeit in den Institutionen

Von den 116 antwortenden Institutionen befanden 24, dass sie nicht kultursensibel mit Menschen mit Migrations-

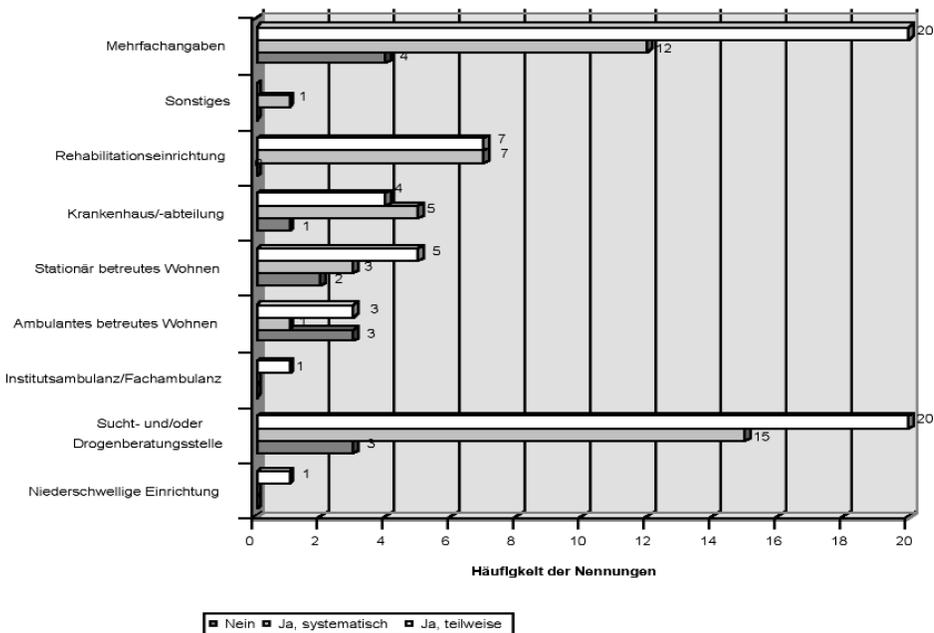


Abbildung 17: Kultursensible Arbeit in den Institutionen [Abgebildet sind nur die Einrichtungsarten, die ihre Arbeit als kultursensibel beschreiben]

hintergrund arbeiten, dies entspricht 20,7%. Das ist ein erstaunlich hoher Wert, da diese Frage Effekte im Sinne der bereits erwähnten „Impression Management-Theorie“ auslösen müsste. Leider liegen keine Informationen vor, warum diese Einrichtungen auf eine derartige Orientierung ihrer Arbeit verzichten. 23 Einrichtungen, 19,8%, arbeiten systematisch kultursensibel und 69 Einrichtungen (59,5%) geben an, dass sie teilweise kultursensibel arbeiten. Nach Einrichtungstypen betrachtet zeigt sich wiederum ein hoher Grad an Engagement bei Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern (Abbildung 17).

Auch Beratungsstellen und komplexe Einrichtungen (Mehrfachangaben) arbeiten zu jeweils 80% entweder systematisch oder teilweise kultursensibel.

7.5 Erfassung der Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund

Die Überprüfung der Inanspruchnahme durch Migrantinnen und Migranten ist die notwendige Basis für eine optimierte Entwicklung von Hilfen, jedoch bieten die gängigen Dokumentationssysteme keine Standardeingabemöglichkeit für Migrantinnen und Migranten, was angesichts der in Kapitel eins dargestellten Klassifikationsprobleme nicht verwundern kann. Der Deutsche Kerndatensatz bietet lediglich die Möglichkeiten der Unterscheidung nach Staatsangehörigkeit, allerdings auch hier eingeschränkt nach Deutschen Bürgern, Bürgern eines EU-Staats oder sonstigen. Die Kernindikatoren werden für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht in Lissabon (EBDD) erhoben, um europaweite

Analysen der Suchtkrankenhilfe zu ermöglichen.

Von den Institutionen der Suchthilfe engagieren sich bei der Erfassung ihrer Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund etwas mehr als 40%, davon evaluiert jeweils etwa die Hälfte systematisch und die anderen teilweise. Beratungsstellen zeigen sich bei der Dokumentation stark beteiligt, etwa 42% der befragten Einrichtungen evaluieren, davon ca. jeweils die Hälfte (21,8%) systematisch. In den komplexen Institutionen, den Krankenhäusern und den Rehabilitationseinrichtungen führen jeweils ca. 40% derartige Erhebungen durch, wobei die Verteilung zwischen systematischer und teilweiser Erfassung verschieden ist. Im stationär und im ambulant betreuten Wohnen ist der Anteil der Erfassung wiederum geringer, er liegt bei 30% bzw. 14,3%. Die absoluten Zahlen sind in Abbildung 18 dargestellt. Es ist zu begrüßen, dass einige Einrichtungen neben vorgegebenen Dokumentationsanforderungen die Mühe auf sich nehmen, die Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund zu erfassen. Es handelt sich dabei jedoch um das Engagement einzelner Einrichtungen, die die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der vorhandenen Dokumentationssysteme für die hier diskutierten Zwecke betont. Eine Angleichung an die Systematik, die im Mikrozensus 2005 verwendet wurde, wäre wünschenswert.

7.6 Probleme bei der Kooperation mit anderen Diensten bezogen auf die Klientel mit Migrationshintergrund

Die Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund macht häufig die Einschaltung anderer Dienste notwendig. Nur

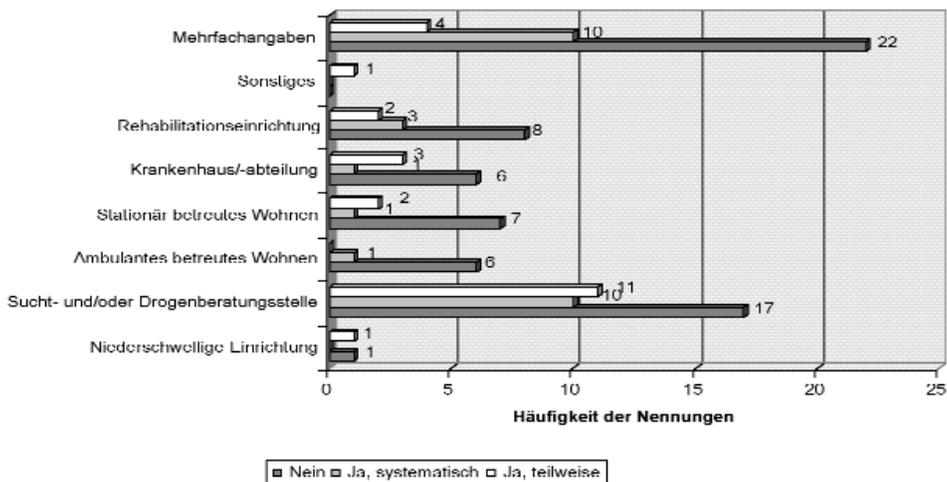


Abbildung 18: Evaluation und Dokumentation des Hilfeangebots

4,1% der befragten Institutionen geben an, dass es hierbei zu Problemen in der Kooperation kommt, 20,7% der Einrichtungen berichten, dass es teilweise Probleme gibt. Die Mehrzahl der Einrichtungen, 75,2%, geben jedoch an, dass die Kooperation in Bezug auf Klientel mit Migrationshintergrund unproblematisch verläuft. Bezogen auf die verschiedenen Einrichtungsarten ergibt sich bei Beratungsstellen (76,9%), komplexen Institutionen (75,0%), Rehabilitationseinrichtungen (71,4%) sowie Einrichtungen des stationär betreuten Wohnens (70,0%) ein ähnliches Bild. Zusammenfassend kann man sagen, dass bei diesen Einrichtungen zwischen 70% und 76,9% der befragten Einrichtungen keine Probleme sehen, 2-7% haben Kooperationsprobleme und der Anteil der Einrichtungen, die teilweise von Problemen berichten liegt bei etwa 20%.

Bei anderen Einrichtungen wird die Situation zum Teil deutlich anders eingeschätzt. Von den Krankenhäusern be-

richten 40% von teilweise vorkommenden Problemen, 60% haben keine Probleme. Noch niedriger ist die Zahl der Kooperationsprobleme bei den Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens. 85,7% sehen die Kooperation als unproblematisch an und 14,3% haben teilweise Probleme.

Es wurde weiterhin erhoben, welcher Art die Probleme sind bzw. wo Probleme auftreten. Hierauf antworteten 28 Institutionen. Am häufigsten wurden mit neun Nennungen Sprachprobleme als Ursache für Komplikationen genannt. Dann folgen mit jeweils fünf Nennungen rechtliche Hindernisse als Problemverursacher. Erläutert wurde unter anderem Probleme mit einer drohenden Abschiebung oder mit der Aufenthaltsgenehmigung. Dabei wurden Asylbewerber zwei Mal als Betroffene benannt. Fünf Mal wurden Behörden und Sozialversicherungsträger als problematische Kooperationspartner genannt. Drei Mal wurden Kooperationen als schwierig beschrieben, weil auf der anderen Seite

Voreingenommenheit und Vorurteile gegenüber der Klientel mit Migrationshintergrund zu finden waren. Dass stationäre Einrichtungen die Belegung mit Migrantinnen und Migranten kontingieren, wird von zwei Befragten als Kooperationsproblem benannt.

Dreiviertel der Institutionen können nicht von Kooperationsproblemen berichten. Das ist ein erfreuliches Ergebnis. Bei der Beschreibung der vorkommenden Probleme zeigt sich wiederum, welche Rolle der Sprache in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund zugewiesen wird.

7.7 Zusammenfassung

Die Beseitigung der Zugangsbarrieren stellt eine wichtige Strategie interkultureller Öffnung der Institutionen dar. Es sind jedoch weitere und komplexere Anforderungen zu bewältigen, da sich interkulturelle Öffnung immer als Personal- und Organisationsentwicklungsprozess entfalten muss, um wirksam etabliert werden zu können. Es wurde versucht die interkulturelle Öffnung der Suchthilfeeinrichtungen anhand von unterschiedlichen Indikatoren abzuschätzen.

(1) Schriftliche Fixierung der interkulturellen Öffnung

9% der Einrichtungen haben in Leitbild, Konzeption oder anderen geeigneten Stellen festgelegt, dass sie und wie sie interkulturell arbeiten. Dabei ist zu bemerken, dass es durchaus mehr Einrichtungen gibt, die therapeutische Inhalte und Methoden der Klientel mit Migrationshintergrund angepasst haben. In der schriftlichen Fixierung zeigt sich ein Akt der bewussten und geplanten Willensbildung, der über eine sporadische und zufällige Handlungsweise hinausgeht.

(2) Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bereich interkultureller Kompetenz

Bei der Fort- und Weiterbildung gaben 45 % der Institutionen Aktivitäten an. In wiederum knapp der Hälfte der fortbildenden Einrichtung wurde lediglich eine Person weitergebildet, was auf eine Tendenz zur Schaffung eines Expertentums hinweisen kann. Stationäre Institutionen bilden eher fort als ambulante, wobei die höhere Mitarbeiterzahl zu berücksichtigen ist. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass gerade diese Einrichtungen in stärkerem Maße durch Personen mit Migrationserfahrung aufgesucht werden oder mit ihnen in Kontakt kommen als die anderen Einrichtungen (s.o. 1.4)

(3) Spezielle Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund

Bei diesem Komplex zeigte sich, dass den Kultur- und Sprachkenntnissen von den Institutionen die größte Relevanz beigemessen wird. Hieraus kann abgeleitet werden, dass Sprache als relevantes Merkmal für die Probleme in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund gesehen wird, woraus sich ergibt, dass die Lösung dieser Probleme in der Lösung der Sprachschwierigkeiten gesucht wird. Allerdings kann es sich hierbei auch um ein methodisches Artefakt handeln. Es war bereits darauf hingewiesen worden, dass knapp 70% der Institutionen angegeben, dass nur in Einzelfällen bzw. bei bis zu 10% der Migrantinnen und Migranten eine Verständigung ohne Dolmetscher schwer fällt. Beide Einschätzungen sind nicht miteinander zu vereinbaren und können darauf hindeuten, dass die Frageform (offen oder geschlossen) einen starken Effekt auf die Antworttendenz ausgeübt hat.

(4) Kultursensible Arbeit in den Institutionen

Von den antwortenden Institutionen befanden überraschenderweise 24, dass sie nicht kultursensibel mit Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten, dies entspricht 20,7% der Netto-Stichprobe. 23 Einrichtungen, d.h. 19,8%, arbeiten ihrer eigenen Einschätzung nach systematisch kultursensibel und 69 Einrichtungen (59,5%) geben an, dass sie teilweise kultursensibel vorgehen.

(5) Erfassung der Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund

Eine Erfassung der Inanspruchnahme durch Migrantinnen und Migranten führen 40% der Einrichtungen durch. Da diese Erfassung zusätzlich zu einer Standard-Dokumentation erfolgt, ist dieser Anteil als durchaus hoch zu bewerten. Auffällig war die hohe Zahl der Institutionen, die eine teilweise Evaluation angaben, bei den ambulanten Einrichtungen war dies knapp die Hälfte der evaluierenden Einrichtungen. Im stationären Bereich waren dies mehr als die Hälfte. Hier wäre es wünschenswert, die Dokumentation an die Systematik des Mikrozensus 2005 anzugleichen, um auf diese Weise belastbare Vergleiche hinsichtlich der Erreichbarkeit von Personen mit Migrationshintergrund ziehen zu können.

(6) Probleme bei der Kooperation mit anderen Diensten bezogen auf die Klientel mit Migrationshintergrund

Dreiviertel der Institutionen können nicht von Kooperationsproblemen berichten, was als eine erfreuliche Tendenz bewertet werden kann. Bei der Beschreibung der Probleme zeigt sich allerdings erneut, welche Rolle der Sprache in der Arbeit mit Menschen mit

Migrationshintergrund offensichtlich zukommt.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass ein Problembewusstsein in den Institutionen vorhanden ist und eine Notwendigkeit von Aktionen bzw. Maßnahmen der Organisationsentwicklung gesehen wird. Dies dokumentieren die Ergebnisse insbesondere bei der Evaluation der Inanspruchnahme und im Bereich der Fort- und Weiterbildung, die ein starkes Engagement sehr vieler Einrichtungen erkennen lassen. Andererseits handelt es sich dabei jedoch auch um Aktionen, die eher isoliert wirken. Die Aktivitäten sind nicht oder nur in Ansätzen Bestandteil einer Gesamtstrategie von interkultureller Orientierung, sondern stehen eher im Kontext einer pragmatischen Bewältigung der Alltagsbelastungen ohne eine umfassende Ausrichtung auf die Migrationsproblematik erkennen zu lassen. Weiterhin sind nur sehr wenige Einrichtungen auf allen hier diskutierten Feldern gleichzeitig aktiv, was diese These stützt. Diese Annahme lässt sich weiterhin dadurch erhärten, dass nur eine geringe Anzahl der Einrichtungen eine schriftliche Fixierung der Leitlinien durchgeführt hat. Es ist eine gewisse „Konzeptabstinenz“ festzustellen. Der Begriff wird bei den Ergebnissen einer nicht-repräsentativen Befragung von Beratungseinrichtungen in Bielefeld benutzt, bei der diese konzeptionelle Abstinenz eine zentrale Aussage der Studie ist (Mecheril, Miandashti, Plößer & Raithel 2001, S. 302). Auch bei den Ergebnissen dieser Studie sind Konzepte bei der interkulturellen Arbeit selten zu finden. Die Ergebnisse der Studie machen insgesamt deutlich, dass weitere Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen wünschenswert sind, um die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund weiter zu verbessern.

8. Ergebnisse der Befragung Teil 5: Situations-einschätzung, Pläne und Anregungen

Am Ende des Fragebogens wurden die Befragten um eine abschließende Gesamteinschätzung des Themenfeldes gebeten.

(1) Sie wurden einerseits darum gebeten, die vorhandenen Hilfen einzuschätzen und zwar jeweils spezifisch für die Bereiche „ambulant“, „stationär“ und „komplementär“.

(2) Andererseits wurden sie im Rahmen einer offenen Frage aufgefordert, konkrete Vorschläge und Anregungen zu machen, mit denen die Praxis der Suchthilfe in der Arbeit mit Personen mit Migrationserfahrung überregional verbessert werden könnte.

	Ambulanter Bereich (n=102)	Stationärer Bereich (n=96)	Komplementärer Bereich (n=84)
nicht gedeckt	14,7%	10,4%	17,9%
teilweise gedeckt	57,8%	53,1%	65,5%
überwiegend gedeckt	21,6%	26%	13,1%
gedeckt	5,9%	10,4%	3,6%
Überangebot	0%	0%	0%

Tabelle 16:
Bedarfseinschätzung nach Bereichen

8.1 Deckung des Bedarfs an Hilfen für Menschen mit Migrationshintergrund

Die Befragten halten den Bedarf im ambulanten Bereich mit knapp 60% für

teilweise gedeckt, ca. 15% halten den Bedarf für nicht gedeckt und etwas mehr als 20% sehen eine überwiegende Bedarfsdeckung. Knapp 6% halten die Hilfsangebote für ausreichend, niemand von den Antwortenden sieht ein Überangebot vorliegen.

Die Frage wurde von den Befragten offensichtlich als schwierig empfunden, 23 Institutionen antworteten nicht, das entspricht 18,4%. Der Zusammenhang dieser drei Variablen ist erstaunlich schwach. Berechnet man die Korrelation nach Pearson, dann ergibt sich nur zwischen den Urteilen für den komplementären und den stationären Bereich ein enger Zusammenhang ($r = .632$), während der Zusammenhang zwischen dem ambulanten und stationären Bereich eher gering ist ($r = .350$). Dies deutet darauf hin, dass die Einrichtungen die Versorgungssituation sehr unterschiedlich einschätzen.

(a) Bedarfsdeckung im ambulanten Bereich

So sehen die Befragten aus den Beratungsstellen, den komplexen Institutionen (Mehrfachangaben) und den Rehabilitationseinrichtungen zum Großteil den Bedarf als teilweise gedeckt an, doch hier finden sich auch zwischen 6,3 und 10% der Personen, die den Bedarf für gedeckt halten. Im stationär betreuten Wohnen wird die Situation als kritischer empfunden, 20% geben an, dass der Bedarf nicht gedeckt ist und 80% sehen eine teilweise Bedarfsdeckung.

21 Der komplementäre Bereich der Gemeindepsychiatrie ist erst im Rahmen der Psychiatriereform als dritte Säule der Versorgung neben der stationären und der ambulanten Versorgung konzipiert worden. Der Terminus "komplementär" wird allerdings sehr unterschiedlich interpretiert. In der engen Version bezeichnet er nur die beschützenden Wohnformen, psychosoziale Hilfen und Freizeitangebote, während er in der weiten Form auch den Sektor Arbeit und nichtmedizinische Dienste umfasst (Voges 1999).

	Nicht gedeckt		Teilweise gedeckt		Überwiegend gedeckt		Gedeckt	
	Häufigkeiten	Prozente	Häufigkeiten	Prozente	Häufigkeiten	Prozente	Häufigkeiten	Prozente
Niederschwellige Einrichtung	0		1	50,0%	1	0,0%	0	
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	4	15,8%	20	52,6%	9	32,3%	3	7,9%
Institutsambulanz/ Fachambulanz	0		1	100,0%	0	0,0%	0	
Ambulantes betreutes Wohnen	1	16,7%	3	50,0%	2	0,0%	0	
Stationär betreutes Wohnen	2	20,0%	4	80,0%	0	0,0%	0	
Krankenhaus/ -abteilung	0	28,6%	4	57,1%	1	44,4%	0	
Rehabilitations- einrichtung	0	20,0%	6	60,0%	1	41,7%	1	10,0%
Sonstiges	0		0		1	100,0%	0	
Mehrfachangaben	3	9,4%	20	62,5%	7	16,1%	2	6,3%
Insgesamt	10	14,7%	59	57,8%	22	26,0%	6	5,9%

Tabelle 17: Bedarfsdeckung im ambulanten Bereich

(b) Bedarfsdeckung im stationären Bereich

Im stationären Bereich sehen die Befragten die Situation etwas anders. Der Anteil derjenigen, die die Nachfrage für nicht gedeckt halten liegt mit 10,4% etwas niedriger. Ebenso wird der Bedarf von weniger Befragten als teilweise gedeckt empfunden (53,1%). Die Befragten sehen die Lage etwas positiver: Immerhin 10,4% der Befragten geben an, dass der Bedarf tatsächlich gedeckt ist, während 26% ihn für überwiegend gedeckt halten. Die Anzahl der Nicht-Antwortenden lag mit 25 (20%) noch

etwas höher als im ambulanten Bereich.

Von den Krankenhausabteilungen und Rehabilitationseinrichtungen sieht niemand von den Befragten, dass dem Bedarf gar nicht entsprochen wird. Zu jeweils ca. 40 bis 45% wird angenommen, dass der Bedarf teilweise und überwiegend gedeckt ist, mehr als 10% sehen eine komplette Bedarfsdeckung. Die Beratungsstellen stellen ein negativeres Ergebnis fest: Knapp 13% sehen den Bedarf nicht gedeckt und nur 3,2% bescheinigen eine Bedarfsdeckung.

	Nicht gedeckt		Teilweise gedeckt		Überwiegend gedeckt		Gedeckt	
	Häufigkeiten	Prozente	Häufigkeiten	Prozente	Häufigkeiten	Prozente	Häufigkeiten	Prozente
Niederschwellige Einrichtung	0		1	100,0%	0		0	
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	4	12,9%	16	51,6%	10	32,3%	1	3,2%
Institutsambulanz/ Fachambulanz	0		1	100,0%	0		0	
Ambulantes betreutes Wohnen	1	50,0%	1	50,0%	0		0	
Stationär betreutes Wohnen	2	25,0%	5	62,5%	0		1	12,5%
Krankenhaus/ -abteilung	0		4	44,4%	4	44,4%	1	11,1%
Rehabilitations- einrichtung	0		5	41,7%	5	41,7%	2	16,7%
Sonstiges	0		0		1	100,0%	0	
Mehrfachangaben	3	9,7%	18	58,1%	5	16,1%	5	16,1%
Insgesamt	10	10,4%	51	53,1%	25	26,0%	10	10,4%

Tabelle 18: Bedarfsdeckung im stationären Bereich

(c) *Bedarfsdeckung im komplementären Bereich*

Die Situation im komplementären Bereich einzuschätzen erwies sich als sehr schwierig. 41 Befragte, dies entspricht einem knappen Drittel, gaben keine Antwort. Die Antwortenden schätzen die Situation jedoch negativer ein als im ambulanten und stationären Bereich.

Knapp 18% der Institutionen glauben, dass der Bedarf nicht gedeckt ist und etwa 65% halten ihn für teilweise gedeckt. Dementsprechend sind die Anteile eher gering, wenn es um eine

überwiegende Deckung bzw. vollständige Deckung geht. Von den Krankenhäusern sind 50% der Meinung, dass der Bedarf überwiegend gedeckt ist. Dies ist ein ungewöhnlicher Befund, denn die anderen Einrichtungskategorien schätzen die Verhältnisse sehr viel negativer ein. Angesichts der sehr geringen Fallzahl ($n = 3$) sollte man jedoch dieses Ergebnis nicht überbewerten und er kann die persönliche Einschätzung von wenigen widerspiegeln.

	Nicht gedeckt		Teilweise gedeckt		Überwiegend gedeckt		Gedeckt	
	Häufigkeiten	Prozente	Häufigkeiten	Prozente	Häufigkeiten	Prozente	Häufigkeiten	Prozente
Niederschwellige Einrichtung	0		1	100,0%	0		0	
Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle	6	21,4%	16	57,1%	5	17,9%	1	3,6%
Institutsambulanz/ Fachambulanz	0		1	100,0%	0		0	
Ambulantes betreutes Wohnen	1	33,3%	2	66,7%	0		0	
Tagesstätte, Tagesklinik	1	100,0%	0		0		0	
Stationär betreutes Wohnen	1	16,7%	5	83,3%	0		0	
Krankenhaus/ -abteilung	1	16,7%	2	33,3%	3	50,0%	0	
Rehabilitations- einrichtung	1	10,0%	6	60,0%	2	20,0%	1	10,0%
Sonstiges	0		1	100,0%	0		0	
Mehrfachangaben	4	14,8%	21	77,8%	1	3,7%	1	3,7%
Insgesamt	15	17,9%	55	65,5%	11	13,1%	3	3,6%

Tabelle 19: Bedarfsdeckung im komplementären Bereich

8.2 Pläne und Vorschläge zur Verbesserung und Intensivierung der Arbeit

Neben der Erfassung des Ist-Zustandes ist von besonderem Interesse, ob und was die Institutionen für die Zukunft planen.

(1) Pläne der Einrichtungen

Ein Viertel der Befragten, 29 Institutionen, haben Pläne, während Dreiviertel, 91 Institutionen, keine weiteren Aktivitäten beabsichtigen. In dieser Beziehung sind allerdings zwischen den Einrichtungen deutlich Unterschiede festzustellen. Es wurde deutlich, dass im Verhältnis wenige der Beratungsstellen konkrete Pläne haben. Nur 10,5% ha-

ben schon Ideen, während der Anteil bei den komplexen Einrichtungen (25%), den Rehabilitationseinrichtungen (35,7%) und den Einrichtungen des stationären (30%) und ambulanten Wohnens (28,6%) deutlich höher ist. Die Hälfte der Krankenhausabteilungen hat Zielvorstellungen für die Zukunft.

Insgesamt wurden von 26 Befragten ihre Aktivitäten und Pläne in 34 Stichworten beschrieben, die eine Einschätzung der geplanten Inhalte erlauben. Dabei werden von 17 Befragten Pläne geäußert, die sich direkt auf Migrantinnen und Migranten beziehen. So wird zum Beispiel geplant, den Einsatz von Psychodrama und erlebnispädagogischen Angeboten zu intensivieren oder

stärker mit Glaubensgemeinschaften zu kooperieren. Weitere Pläne in diesem Bereich sind der Aufbau von Informationsveranstaltungen sowie die Erweiterung des fremdsprachigen Informationsmaterials. Von sechs Befragten wird eine Qualifizierung des Teams durch Fortbildungen oder Qualitätsmanagement geplant. Weitere Pläne beziehen sich auf eine bessere Kooperation innerhalb des Suchthilfesystems (eine Nennung) oder mit anderen Diensten und Einrichtungen der sozialen Arbeit (zwei Nennungen). Eine verstärkte Zusammenarbeit mit Migrationsdiensten wird von zwei Befragten beabsichtigt. Weitere Absichten werden in Bezug auf Runde Tische und Arbeitsgemeinschaften von zwei Institutionen geäußert. In einer Einrichtung wird eine engere Zusammenarbeit mit den Behörden geplant.

25% der Einrichtungen planen Aktivitäten oder Maßnahmen um die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Dies ist ein niedriger Wert, wenn berücksichtigt wird, dass 45% der Institutionen Personal zur Thematik fortbilden und ca. 80% der Befragten spezifische Kompetenzen für förderlich halten.

(2) Vorschläge der Befragten

Gut 35% der Befragten machen Vorschläge, wie ihrer Ansicht nach die Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund verbessert werden könnte. Man kann diese Vorschläge folgendermaßen kategorisieren:

(2.1) Verbesserung der sprachlichen Kompetenzen

Von den 42 Antwortenden empfehlen 15 sprachorientierte Maßnahmen. Zum einen werden Sprachkurse für Migrantinnen und Migranten angeregt, zum anderen wird ein verbessertes Angebot von Material in Fremdsprachen und von

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Sprachkenntnissen gefordert.

(2.2) Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund

Sechs Befragte regen explizit die Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund an. Allerdings wird von weiteren sechs Befragten eine bessere Integration der Klientel mit Migrationshintergrund gefordert. Hier wird expliziert, dass eine Sonderbehandlung Ausgrenzung schaffen kann und deswegen keine neuen Spezialangebote geschaffen werden sollten, sondern bestehende Hilfsangebote ausgeweitet.

(2.3) Sonstige Vorschläge: Finanzielle Förderung, Vernetzung, Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Eine bessere finanzielle Förderung und Absicherung wird von zwei Befragten als notwendig angesehen. Vernetzung zu betreiben und zu verbessern, das sehen einige Befragte als einen Weg, die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten auszuweiten. In diesem Sinne wird angeregt, regionale und überregionale Listen von Einrichtungen bzw. Ärzten, Psychiatern und Beratern mit speziellen Angeboten bzw. Wissen zu schaffen. Weiterhin wird die Vernetzung mit Vereinen und Migrationsdiensten angeregt. Eine landesweite Koordinationsstelle unter Qualitätsmanagement-Aspekten wird dabei mittelfristig als Katalysator angesehen. Eine Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch externe und interne Fortbildung wird ebenfalls als Möglichkeit der Verbesserung gesehen.

Insgesamt zeigt sich hier wie bei der Frage nach spezifischen Kompetenzen, dass der Sprache ein großes Gewicht zugewiesen wird, während z.B. konzeptionelle Maßnahmen oder Qualifizie-

rungsmaßnahmen eher selten genannt werden. In der Verbesserung der Sprachkompetenz scheint wiederum ein Allheilmittel gesehen zu werden. Diese Sicht ist jedoch stark verkürzt. Ohne weitergehende Personal- und Organisationsentwicklungen sind effektive Maßnahmen nicht zu erwarten.

8.3 Zusammenfassung

Im letzten Teil der Befragung wurde erhoben, wie die Befragten die Versorgungssituation einschätzen. Dabei wurde deutlich, dass die Befragten zwischen den Versorgungsbereichen differenzieren. Dabei wird die Versorgung im stationären Bereich als noch am besten beurteilt, dann folgt der ambulante Bereich. Im komplementären Hilfebereich ist der Bedarf am wenigsten gedeckt. Vor allem hier bleiben nach Ansicht der Befragten ein weitergehender Ausbau und eine Differenzierung der bestehenden Hilfe erforderlich.

Abschließend erhielten die Befragten die Möglichkeit, konkrete Vorschläge oder Anregungen zu äußern, die möglicherweise diese Lücken im Versorgungssystem mindern könnten. Hier wurde eine Vielzahl von Vorschlägen und Projekten geäußert, die sich einer einfachen Klassifikation entziehen. Auffallend ist jedoch auch in diesem Zusammenhang der hohe Stellenwert, der einer Verbesserung der sprachlichen Kommunikation zu erkannt wird, sei es durch Schulung der Mitarbeiter oder Einstellung von Personen mit Migrationshintergrund.

9. Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

9.1 Ziele der Studie

Es wird in der Forschung davon ausgegangen, dass Personen mit Migrationshintergrund zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht ausreichend medizinisch versorgt werden und insofern eine Herausforderung für das Gesundheitssystem bzw. die gesundheitliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland darstellen. „Hier ist die Befundlage eindeutig: Migranten suchen die psychosozialen und medizinischen ambulanten Angebote weniger auf, sind aber stärker in den Notfallambulanzen anzutreffen“ (Kirkcaldy et al.; 2006, S. 880). Ursache hierfür kann nach Bunge et al (2006) auch in dem vergleichsweise geringen sozioökonomischen Niveau begründet sein²². Die demographischen Daten weisen darauf hin, dass diese Gruppe in der Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird, wobei es sich besonders um Personen mit Migrationshintergrund ohne Migrationserfahrung handeln dürfte. Diesem Sachverhalt tragen manche Autoren dadurch Rechnung, dass sie vom „Jahrzehnt der Ethnizität“ sprechen (so z.B. Kirkcaldy et al. 2006).

Angesichts der Relevanz dieser Problematik ist es überraschend festzustellen, dass es von wissenschaftlicher Seite wenige adäquate Studien gibt, die sich

22 Bunge, Meyer-Nürnberg und Kilian (2006) haben auf diesen Aspekt hingewiesen. „Migranten und Migrantinnen bilden eine äußerst heterogen zusammengesetzte Gruppe, z.B. bezogen auf die kulturellen und sprachlichen Hintergründe. Auf der Basis amtlicher Statistiken kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Durchschnitt auf einem vergleichsweise niedrigen sozioökonomischen Niveau leben. Ein niedriger Sozialstatus bringt eine höhere Gesundheitsgefährdung durch strukturelle Risikofaktoren bzw. riskantes individuelles Gesundheitsverhalten mit sich (ebd., S. 893). Insofern steht die hier vorlegte Studie im allgemeinen Kontext von Maßnahmen zur Reduktion sozialer Ungleichheit gegenüber Krankheit und Tod.“

speziell mit dem Problem der Suchterkrankungen befassen (Kleinemeier 2005). Kleinemeier (2005) führt zwei Expertisen an, die den schlechten Forschungsstand in diesem Bereich dokumentieren. Das Bundesministerium für Gesundheit hat bereits vor längerer Zeit eine Expertise in Auftrag gegeben (Bundesministerium für Gesundheit 2001). Dabei zeigte sich, dass es keine repräsentativen Studien zu Migration und Sucht gibt und dass der Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungen und Sucht bisher nicht ausreichend analysiert worden ist. Zu einer ähnlichen Einschätzung kommt – wie Kleinemeier (2005) ausführt – ein Bericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA 2002). Kritisch wird hier einerseits auf die Überschätzung der Aussagekraft der Kriminalstatistiken bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen Migration und Sucht hingewiesen, andererseits aber auch die Zurückhaltung seitens der Forscher bemängelt, die das Thema offenbar eher meiden.

Angesichts dieser sehr unbefriedigenden Forschungssituation einerseits und der sich verändernden demographischen Situation andererseits stellt sich die Frage, wie die Praktiker in den Behandlungseinrichtungen mit dieser Situation umgehen. Es war deshalb eine erste Bestandsaufnahme der Versorgungsqualität in diesem Bereich dringend erforderlich. Vor diesem Hintergrund versuchte die hier vorgelegte Studie folgende Leitfragen zu beantworten:

(1) *Wie hoch ist der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung in den befragten Einrichtungen in Westfalen-Lippe? Wie lassen sie sich strukturell beschreiben?*

(2) *Existieren spezifische Angebote zur Überwindung der Zugangsprobleme zum Gesundheitssystem?*

(3) *Wie ist die Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung konzeptionell und praktisch gestaltet?*

(4) *Welche Vorschläge und Anregungen existieren seitens der Einrichtungen zur Verbesserung der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung?*

9.2 Stichprobe und Methode

Da eine Untersuchung mit einem ähnlichen Fragebogen bisher unserem Wissen nach noch nicht publiziert worden ist, wurde ein neues Instrument konstruiert. Es handelte sich um einen Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen, der die oben angeführten Fragen zu operationalisieren versucht (siehe Anhang). Eine direkte Befragung der Personen mit Migrationshintergrund wäre epidemiologisch extrem aufwendig gewesen und hätte auch nicht dem eigentlichen Ziel der Studie – Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems zu finden – entsprochen, so dass eine Befragung der Versorgungseinrichtungen durchgeführt wurde (vgl. Zeeb & Razum 2006).

Die Adressen, die die Grundlage für die Bruttostichprobe bildete, stammten von der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und setzten sich aus Angaben des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, aus Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, aus Daten von Versicherungsträgern sowie von Arbeitsgemeinschaften und Verbänden der Suchthilfeeinrichtungen

zusammen, die von der LWL-Koordinationsstelle Sucht regelmäßig aktualisiert werden. Insofern kann angenommen werden, dass die Bruttostichprobe die Versorgungsstruktur für den Bereich Westfalen-Lippe in gutem Maße abbildet.

Es wurde eine Totalerhebung durchgeführt und der Fragebogen wurde an 289 Adressen versandt. Insgesamt wurden 125 von 289 Bögen zurückgeschickt, was einer Quote von 43% entspricht. Während die Rücklaufquote für eine schriftliche Befragung zufriedenstellend ist, so muss jedoch andererseits konstatiert werden, dass in der Erhebung einige Einrichtungsarten überproportional vertreten sind, vor allem Beratungsstellen und Mehrfacheinrichtungen, während andere, z.B. Institutsambulanzen oder niederschwellige Einrichtungen einen deutlich geringeren Anteil ausmachen. Es bestand auch keine Möglichkeit, durch eine Gewichtung diese Stichprobenverzerrung auszugleichen, so dass die Ergebnisse der Auswertung somit eine höchstens eingeschränkte Repräsentativität beanspruchen können.

9.3 Ergebnisse

9.3.1 Ergebnisse zur Inanspruchnahme der Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe durch Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung (Teil 1)

Im Rahmen dieses Teils der Studie wurden die folgenden Fragen untersucht:

(1) Wie hoch ist der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund und Migrationserfahrung in den befragten Einrichtungen in Westfalen-Lippe? Wie gut kann diese Gruppe erreicht werden?

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Personen mit Migrationserfahrung durch die Versorgungseinrichtungen gut erreicht werden können, wenn man den Anteil der sich in Behandlung bzw. in Betreuung befindenden Personen mit dem Anteil dieser Personengruppe an der Bevölkerung vergleicht, wobei sich u.a. der Mikrozensus 2005 als Vergleichsgrundlage anbietet (Statistisches Bundesamt 2006). Allerdings stellt sich die Versorgungssituation anders dar, wenn die einzelnen Versorgungseinrichtungen isoliert betrachtet werden. Dann zeigt sich – wie schon in anderen Studien –, dass vor allem niederschwellige Einrichtungen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen Personen mit Migrationshintergrund relativ gut zugänglich sind, während dies den anderen Einrichtungen nicht in diesem Umfang möglich ist.

(2) Wie kann diese Gruppe näher beschrieben werden? Welche sozialstrukturellen Merkmale sind auffällig?

Die Daten lassen erkennen, dass Frauen mit Migrationshintergrund durch das Versorgungssystem nur unzulänglich erreicht werden. Hier sind zwei Erklärungen denkbar: (a) Frauen mit Migrationshintergrund haben eine geringere Prävalenz bezüglich der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen oder (b) sie werden durch die hier befragten Einrichtungen nur sehr unzulänglich erreicht. Es ist auf der Grundlage der Studie oder auch im Blick auf die vorliegenden Studienergebnisse nicht möglich, zwischen diesen Interpretationen eine Entscheidung zu treffen (Haasen, Toprak, Yagdiran, Kleinemeier 2001). Es fehlt – wie Haasen et al. (2001) betont haben – eine Studie, in der bundesweit die Situation von Migranten und Migrantinnen mit Suchtproblemen untersucht worden ist.

Betrachtet man die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund näher, dann sind Aussiedlerinnen und Aussiedler die Personengruppe, die den weitaus größten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in Einrichtungen der Suchthilfe stellt. Im Sinne des Modells von Sluzki (2001), das vor allem die Stressbelastungen im Zuge der Migration betont, könnte man vermuten, dass hier besonders starke Belastungen vorliegen.²³ Zu denken wäre hier u.a. an den Kulturkonflikt, den Wegfall protektiver Faktoren, die Marginalisierung bzw. Diskriminierung der Aussiedler/innen, die geringe Integration in das soziale Umfeld zum Teil als Folge unzureichender Sprachkenntnisse und eventuell die besondere Problematik der Jugendlichen im Zuge ihrer Identitätsentwicklung.²⁴ Bei der Befragung wurde weiterhin deutlich, dass die Einrichtungen am stärksten von Menschen aus der ehemaligen UdSSR und Polen sowie aus der Türkei und EU-Ländern in Anspruch genommen werden. Dieser Befund trifft für beide Geschlechter zu.

Trotzdem kann sich das Versorgungssystem nicht auf diese Zielgruppen fokussieren, sondern muss eine extreme Heterogenität der Migrantinnen und Migranten mit Beratungsbedarf bzw. Therapieindikation bewältigen. Daraus

könnte man die Schlussfolgerung ziehen, eine allgemeine Kompetenz im Umgang mit Migrationsproblemen innerhalb des Versorgungssystems sei vorrangig zu fördern und auf die Ausbildung von subgruppenspezifischen Kompetenzen ein geringeres Gewicht zu legen.

(3) Welche Rolle spielen Sprachprobleme bei der Betreuung dieser Gruppe?

Die oben ausgeführte Schlussfolgerung wird zunächst dadurch gestärkt, dass Sprachprobleme bei der Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund aus der Sicht der Behandlungseinrichtungen nicht oder nur in geringem Umfang eine Rolle spielen, so dass auch dieser Aspekt eher für eine allgemeine Kompetenz im Umgang mit Migrationsproblemen innerhalb des Versorgungssystems sprechen würde. Die Ergebnisse der Studie sind allerdings in dieser Frage nicht eindeutig (s.u. 9.3.3).

9.3.2 Ergebnisse zum Abbau von Zugangsproblemen (Teil 2)

Im Rahmen dieses Teils der Studie wurden die folgenden Fragen diskutiert:

(1) Führen die Anbieter eine zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit durch und wenn ja, in welcher Form?

Etwa 20% der befragten Einrichtungen führen eine Öffentlichkeitsarbeit durch,

23 Sluzki (2001) unterscheidet fünf Phasen, die durch unterschiedliche Bewältigungsmechanismen charakterisiert sind: (1) Vorbereitung der Migration, (2) Migration, (3) Überkompensation: hoher Grad der Anpassung, Erfüllung der Basisbedürfnisse, (4) Dekompensation: Anhäufung von Konflikten, Balanceakt zwischen kulturellen Normen und Werten, Auftreten somatischer und psychischer Beschwerden sowie (5) Akkulturation: Anpassung ohne Assimilation.

24 Zu diesem Problembereich – Belastung der Migrantengruppen durch psychosoziale Probleme – gibt es allerdings kaum Studien. Kirkcaldy et al. (2006) haben den Forschungsstand folgendermaßen skizziert: „Leider liegen gerade im deutschsprachigen Raum kaum epidemiologische Untersuchungen zur Belastung unterschiedlicher Migrantengruppen mit psychiatrischen Störungen und mit Störungen durch Drogen- und Alkoholmissbrauch vor. Das dürfte ebenso mit den erheblichen methodischen Herausforderungen solcher Untersuchungen wie mit den Problemen, sie zu finanzieren, zusammenhängen“ (ebd., S. 878).

die allerdings nicht sonderlich intensiv ist. Sie beschränkt sich häufig auf die Beschaffung von Informationsmaterial.

(2) Findet eine Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen im Sinne des Key-person-Konzeptes statt?

Auch diese Frage kann bei fast 40% der befragten Einrichtungen bejaht werden. Allerdings ist auch hier insofern eine Einschränkung zu machen, da die Einrichtungen offenbar häufig (in etwa 2/3 der dokumentierten Fälle) eher einen indirekten Weg suchen, d.h. es werden nicht Personen angesprochen, die man im Sinne des Konzeptes als Keyperson bezeichnen könnte, sondern eher Personen, die möglicherweise Kontakte zu Schlüsselpersonen besitzen. Allerdings spiegeln sich hier eher allgemeine Zugangsprobleme der Gesundheitsförderung bei Personen mit Migrationserfahrung wider, die nicht für Suchthilfe spezifisch sind.²⁵ Bunge, Meyer-Nürnberg und Kilian (2006) berichten von ähnlichen Erfahrungen bei der Gewinnung von Multiplikatoren für die Arbeit mit Migranten.

(3) Findet eine Bereitstellung von fremdsprachigem Informationsmaterial statt und wenn ja, in welchem Umfang?

Eine intensive Nutzung des Informationsmaterials wird durch die Befragung dokumentiert. Allerdings bestehen in dieser Beziehung zwischen den Einrichtungen erhebliche Unterschiede. Während Beratungsstellen, komplexe Einrichtungen sowie Krankenhäuser mit gut 60 bis 80% offenbar zufrieden

stellend mit Informationsmaterial in anderen Sprachen ausgestattet sind, ist der Anteil bei den Rehabilitationseinrichtungen (35,7%) und den Einrichtungen des betreuten Wohnens (28,6%) eher gering.

(4) Bemühen sich die Einrichtungen um einen systematischen Abbau von Zugangsproblemen, der alle drei hier untersuchten Komponenten (zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit, Key-person-Konzept; Bereitstellung von fremdsprachigen Informationsmaterial) nutzt?

Wenn man die drei Indikatoren als Komponenten einer Strategie des Abbaus von Zugangsbarrieren wertet, dann zeigt sich, dass nur 16 von 125 Institutionen alle drei genannten Strategien anwenden, also nur 12,8% der befragten Einrichtungen. Dies kann man so interpretieren, dass es insgesamt an Systematik und einer bewussten Orientierung fehlt und eher isolierte Einzelmaßnahmen unternommen werden. Dies würde auch erklären, warum viele Maßnahmen nur „sporadisch“ oder „teilweise“ durchgeführt werden.

9.3.3 Ergebnisse zur Interventionsgestaltung (Teil 3)

In diesem Teil der Studie wurden drei Fragen diskutiert:

(1) Berücksichtigen die Einrichtungen besondere inhaltliche Schwerpunkte bei der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund?

25 „Bei den befragten Projekten lässt sich jedoch ein Handlungsbedarf im Bereich der Multiplikatorenkonzepte erkennen. Nach Angaben der Interviewten bestehen teilweise Schwierigkeiten in der Gewinnung von Migrantinnen und Migranten als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Als Problem wird u. a. der geringe Bildungsgrad vieler Menschen mit Migrationshintergrund genannt, der dazu führt, dass die Zielgruppe den hohen Erwartungen an die Multiplikatoren aufgabe vielfach nicht gerecht werden kann. Auch fehlende finanzielle Ressourcen spielen hierbei eine Rolle“ (Bunge, Meyer-Nürnberg & Kilian 2006; S. 896).

Die Befragung deutet darauf hin, dass dies bei etwa 40% der Einrichtungen der Fall ist. Die inhaltlichen Veränderungen der sozialen Arbeit versuchen den spezifischen individuellen Erfahrungen der Personengruppe und den kulturellen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Weiterhin geht es um die Entwicklung der sozialen und sprachlichen Kompetenz, die Veränderung der Inhalte der therapeutischen Interventionen und Konzeptionen von Maßnahmen oder die Vermittlung in spezifische Maßnahmen. Auch diese Maßnahmen sind in der Perspektive der allgemeinen Gesundheitsförderung als zweckmäßig zu bewerten²⁶

(2) Gibt es spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund?

Ein Angebot, das sich nur an die Klientel mit Migrationshintergrund richtet, machen von den befragten Institutionen 19 von 120 Institutionen, also 15,8%. Ein thematischer Schwerpunkt dieser Angebote war allerdings im Rahmen der Befragung nicht zu erkennen. Die Inhalte dieser Angebote reichen von Informationsabenden mit Referaten über das Heimatland über spezielle Führerscheingruppen, Integrations-Diskussionsgruppen bis hin zu speziellen

Informationsangeboten über Sucht und Suchmittel in der Muttersprache und besonderen Therapiegruppen²⁷.

(3) Verändern die Einrichtungen Regeln und Verfahren beim Umgang mit Personen mit Migrationshintergrund?

Einige Einrichtungen ändern die Regelungen zur Sprache, zur Gestaltung des Soziallebens und zum therapeutischen Vorgehen. Allerdings sind nur wenige Einrichtungen zu diesen doch massiven Veränderungen bereit (21 von 122 befragten Institutionen). Die Ergebnisse dieses Teils der Befragung sind schwer zu bewerten. Man kann sie so interpretieren, dass nur in wenigen Einrichtungen die Interventionsgestaltung in spezifischer Weise auf die Zielgruppe ausgerichtet wird und es auch auffallend ist, dass die Modifikationen erstaunlich vielfältig sind. Ein Konsens über die notwendigen und sinnvollen Veränderungen scheint wenn überhaupt nur in Ansätzen zu existieren. Weiterhin sind die Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten auffallend, wie mit diesem Problem umgegangen werden soll. Trotzdem könnte eine verstärkte Diskussion des Themas und Konsensfindung bezüglich der Modifikation der Interventionsgestaltung wünschenswert sein.

26 „In der aufsuchenden Arbeit, aber auch bei den Angeboten mit niedrighschwelliger Komm-Struktur, sind ein enger Lebensweltbezug und die Einbettung in eine vertraute Umgebung wichtige Faktoren sowohl für den Zugang als auch bei den auf Verhaltens- und Verhältnisprävention ausgerichteten Interventionsmaßnahmen. Gemeinwesenorientierung ist für einen erfolgreichen Zugang zu Migrantinnen und Migranten in besonderem Maße hilfreich“ (Bunge, Meyer-Nürnberg & Kilian, 2006, S. 895).

27 In der Perspektive der allgemeinen Gesundheitsförderung kann dieses flexible, wenig vorstrukturierte Vorgehen allerdings als zweckmäßig bewertet werden: „Gesundheitsthemen mit praktischem Handlungsbezug wie „gesunde Ernährung“ bieten der Zielgruppe einen Anreiz zur Teilnahme am breiten Angebot vieler Einrichtungen. Hierbei werden von der Mehrzahl der Projekte integrative Ansätze mit Maßnahmebündeln verfolgt. So werden beispielsweise Gesprächskreise, zu denen Expertinnen und Experten eingeladen werden, in Kombination mit Projektelementen, die die dauerhafte Umsetzung in praktisches Alltagshandeln erleichtern, von den interviewten Projektverantwortlichen als besonders erfolgversprechend eingeschätzt. Gruppenangebote, die einen sozialen Rahmen bieten und ein Gemeinschaftserlebnis erzeugen, fördern aus Erfahrung der Projektanbieterinnen und Projektanbieter den Abbau von Schwellenängsten bei Migrantinnen und Migranten in besonderem Maße“ (Bunge, Meyer-Nürnberg & Kilian, 2006; S. 896).

9.3.4 Ergebnisse zur Konzeptionellen Arbeit und Qualitätssicherung (Teil 4)

Kann bei den Einrichtungen von einer interkulturellen Öffnung der Suchthilfe gesprochen werden? Diese Tendenz wurde anhand der folgenden Indikatoren abzuschätzen versucht. Die Indikatoren (5) und (6) sind allerdings im engeren Sinne eher dem Bereich der Qualitätssicherung zuzuordnen, machen jedoch deutlich, welchen Stellenwert die Einrichtungen diesem Problem einräumen.

(1) Schriftliche Fixierung der interkulturellen Öffnung

Etwa 9% der befragten Einrichtungen haben im Leitbild, Konzeption oder anderen geeigneten Stellen festgelegt, dass sie und wie sie interkulturell arbeiten. Die schriftliche Fixierung kann als ein Akt der bewussten und geplanten Willensbildung gewertet werden, der über eine sporadische und zufällige Handlungsweise hinausgeht.

(2) Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bereich interkultureller Kompetenz

Etwa 45% der Institutionen nannten bei den Fort- und Weiterbildungsaktivitäten spezifische Aktivitäten. In wiederum knapp der Hälfte der fortbildenden Einrichtungen wurde allerdings lediglich eine Person weitergebildet, was man als eine Tendenz zur unerwünschten Schaffung eines Expertentums werten könnte. Stationäre Institutionen sind in diesem Bereich eher aktiv als ambulante, wobei allerdings einerseits die höhere Mitarbeiterzahl zu berücksichtigen ist, andererseits ist zu berücksichtigen, dass gerade diese Einrichtungen in stärkerem Maße durch Personen mit Migrationserfahrung aufgesucht werden oder mit ihnen in Kontakt kommen als die anderen Einrichtungen (s.o. 1.4).

(3) Spezielle Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund

Die befragten Einrichtungen messen den Kultur- und Sprachkenntnissen der Mitarbeiter die größte Relevanz bei. Hieraus kann man schließen, dass die Sprache als relevantes Merkmal für die Probleme in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund gesehen wird, woraus sich ergibt, dass die Lösung dieser Probleme in der Lösung der Sprachschwierigkeiten gesucht wird. Allerdings kann es sich hierbei auch um ein methodisches Artefakt handeln. Es war bereits darauf hingewiesen worden, dass knapp 70% der Institutionen angegeben haben, dass nur in Einzelfällen bzw. bei bis zu 10% der Migrantinnen und Migranten eine Verständigung ohne Dolmetscher schwer fällt. Beide Einschätzungen sind nicht miteinander zu vereinbaren und dies könnte darauf hindeuten, dass die Frageform (offen oder geschlossen) einen starken Effekt auf die Antworten ausübt.

Von ähnlichen Erfahrungen aus dem Bereich der Suchthilfe, die die Bedeutung der sprachlichen und kulturellen Kompetenz betonen, berichten Haasen, Toprak, Yagdiran und Kleinemeier (2001). Zieht man weiterhin ergänzend Studien aus dem Bereich der allgemeinen Gesundheitsförderung heran, dann wird deutlich, dass die Sprachkompetenz tatsächlich von zentraler Bedeutung ist. Noch wichtiger ist allerdings ein Verständnis der kulturellen Besonderheiten. Bunge, Meyer-Nürnberg und Kilian (2006) haben hierzu ausgeführt:

„Von den befragten Projektverantwortlichen werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund als die entscheidenden „Türöffner“ und kommunikativen Brücken zwischen

Projektmitarbeitenden ohne Migrationshintergrund und der Zielgruppe hervorgehoben. Es können auf diese Weise zum einen Sprachbarrieren überwunden werden. Zwar wird auch die Arbeit von Dolmetscherinnen und Dolmetschern als wichtig erachtet und in der Praxis vielfach genutzt. Von wesentlicher Bedeutung sind jedoch im Projekt mitarbeitende Personen, die die Muttersprache der jeweils angesprochenen Zielgruppe(n) sprechen (...). Ihre herausragende Stellung wird betont“ (ebd., S. 894f.).

(4) Kultursensible Arbeit in den Institutionen

Von den antwortenden Institutionen räumten 24 ein, dass sie nicht kultursensibel mit Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten, dies entspricht 20,7% der Nettostichprobe. 23 Einrichtungen, d.h. 19,8%, arbeiten ihrer eigenen Einschätzung nach systematisch kultursensibel und 69 Einrichtungen (59,5%) geben an, dass sie teilweise kultursensibel vorgehen.

(5) Erfassung der Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund

Eine eigenständige Erfassung der Inanspruchnahme durch Migrantinnen und Migranten führen 40% der Einrichtungen durch. Diese Erfassung muss gegenwärtig noch zusätzlich zu einer Standard-Dokumentation erfolgen, so dass dieser Anteil als hoch zu bewerten ist. Bemerkenswert war weiterhin die hohe Zahl der Institutionen, die eine teilweise Evaluation angaben, bei den ambulanten Einrichtungen war dies knapp die Hälfte der evaluierenden Einrichtun-

gen. Im stationären Bereich waren dies mehr als die Hälfte. Hier wäre es wünschenswert, die Dokumentationssysteme an die Systematik des Mikrozensus 2005 anzugleichen, um auf diese Weise belastbare Vergleiche hinsichtlich der Erreichbarkeit von Personen mit Migrationshintergrund ziehen zu können. Auch diese Forderung findet sich im Kontext der allgemeinen Gesundheitsförderung bei Personen mit Migrationshintergrund.²⁸

(6) Probleme bei der Kooperation mit anderen Diensten bezogen auf die Klientel mit Migrationshintergrund

Dreiviertel der Institutionen kennen in dieser Beziehung keine Kooperationsprobleme, was als eine erfreuliche Tendenz bewertet werden kann. Bei der Beschreibung der Probleme zeigt sich allerdings erneut, welche Rolle der Sprache in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund offensichtlich zukommt (vgl. Haasen, Toprak, Yagdiran, Kleinemeier 2001).

Insgesamt wird deutlich, dass ein Problembewusstsein in den Institutionen vorhanden ist und eine Notwendigkeit von Aktionen bzw. Maßnahmen der Organisationsentwicklung gesehen wird. Allerdings ist die Intensität der Aktivitäten bei den unterschiedlichen Indikatoren sehr unterschiedlich. Dies dokumentieren die Befunde insbesondere bei der Evaluation der Inanspruchnahme und im Bereich der Fort- und Weiterbildung, die ein starkes Engagement sehr vieler Einrichtungen erkennen lassen, während die Initiative bei den übrigen Indikatoren zum Teil sehr schwach

28 „Hierbei [bei der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund] sind Studien, Forschungsarbeiten und eine Gesundheitsberichterstattung unerlässlich, die einen Migrationshintergrund als Kriterium zur Beschreibung soziodemografischer Rahmenbedingungen mit einbeziehen (Bunge, Meyer-Nünberger, Kilian, 2006, S. 896).

ist. Kritisch könnte man deshalb sagen, dass es sich bei dem Engagement im Bereich Evaluation und Weiterbildung eher um isolierte Maßnahmen handelt, die nicht auf ein integriertes Konzept hindeuten. Die Aktivitäten sind nicht oder nur in Ansätzen Bestandteil einer Gesamtstrategie von interkultureller Orientierung, sondern stehen vermutlich eher im Kontext einer pragmatischen Bewältigung der Alltagsbelastungen ohne eine umfassende Ausrichtung auf die Migrationsproblematik erkennen zu lassen. Diese Hypothese wird dadurch gestützt, dass nur eine geringe Anzahl der Einrichtungen eine schriftliche Fixierung der Leitlinien durchgeführt hat. Man kann von einer gewissen „Konzeptabstinenz“ sprechen (vgl. die ähnlichen Befunde bei Mecheril, Miandashti, Plöber, Raithel 2001, S. 302).

9.3.5 Ergebnisse der Befragung zur Situationseinschätzung, zu Plänen und Anregungen der befragten Einrichtungen (Teil 5)

Im letzten Teil der Befragung wurde erhoben, wie die Befragten die Versorgungssituation einschätzen. Dabei wurde deutlich, dass die Befragten zwischen den Versorgungsbereichen differenzieren. Dabei wird die Versorgung im stationären Bereich als noch am besten beurteilt, dann folgt der ambulante Bereich. Im komplementären Hilfebereich ist der Bedarf am wenigsten ge-

deckt. Vor allem hier bleiben nach Ansicht der Befragten ein weitergehender Ausbau und eine Differenzierung der bestehenden Hilfe erforderlich.

Abschließend erhielten die Befragten die Möglichkeit, konkrete Vorschläge oder Anregungen zu äußern, die möglicherweise diese Lücken im Versorgungssystem mindern könnten. Hier wurde eine Vielzahl von Vorschlägen und Projekten geäußert, die sich einer einfachen Klassifikation entziehen. Auffallend ist jedoch auch in diesem Zusammenhang der hohe Stellenwert, der einer Verbesserung der sprachlichen Kommunikation zuerkannt wird, sei es durch Schulung der Mitarbeiter oder Einstellung von Personen mit Migrationshintergrund.

9.4 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Die Daten deuten darauf hin, dass die Einrichtungen die hier untersuchte Zielgruppe relativ gut erreichen können, wobei allerdings zwischen den Einrichtungstypen zum Teil erhebliche Differenzen deutlich werden. Die sehr kritische Einschätzung von Kleinemeier (2005) konnte hier nicht repliziert werden,²⁹ die davon ausgeht, dass sich das Hilfesystem bewusst oder unbewusst von dieser Zielgruppe eher abgrenzt. Die unterschiedlichen Ergebnisse können allerdings auch Folge der Differenz zwischen den untersuchten Einzugsbereichen sein, d.h. dass sich die

29 Kleinemeier (2005) kommt zu der folgenden Bewertung: „Es wird deutlich, dass das Hilfesystem bewusst und unbewusst die Hürde für Migrant/innen sehr hoch hängt. Drogendienste haben nur sehr geringes Wissen über die spezifischen Bedürfnisse von Migrant/innen. Es gibt kaum Ärzt/innen, Therapeut/innen oder Sozialarbeiter/innen mit Migrationshintergrund, so dass Migrant/innen selten in ihrer Muttersprache sprechen können. Aber auch auf Seiten der Migrant/innen gibt es Gründe für die fehlende Inanspruchnahme. So suchen viele aus Angst vor gesetzlichen Konsequenzen keine Hilfe. Aber auch die Ablehnung verbaler Therapien stellt eine Hürde dar, mit denen eine Auseinandersetzung wichtig ist, um das Hilfesystem auch für Migrant/innen zu öffnen.“

hier diskutierten Probleme in einer Stadt wie Hamburg möglicherweise weitaus schärfer stellen. Diese Diskrepanzen in den Befundlagen macht noch einmal deutlich, dass eine repräsentative Studie auf diesem Feld dringend erforderlich ist.

Die hier dokumentierte zufrieden stellende Versorgungslage mag der Grund dafür sein, dass weder der Abbau von Zugangshindernissen noch die Veränderungen der Interventionsgestaltung von den Einrichtungen mit hoher Stringenz betrieben werden. Vor diesem Hintergrund ist auch plausibel, dass ein Prozess zur interkulturellen Öffnung in der Suchthilfe aus den untersuchten Indikatoren nur schwerlich interpretiert werden kann, wobei allerdings betont werden muss, dass einige Institutionen eine sehr gute Vorreiterrolle haben. Dennoch ist die Entwicklung einer Gesamtstrategie zur Umsetzung interkultureller Arbeit letztlich kaum zu umgehen. Hier sind deshalb in der Gesamtheit jene Mängel sichtbar, die sich bei der fehlenden Integration der isolierten Maßnahmen zeigen, allerdings bei einer reinen Betrachtung der Inanspruchnahme nicht unbedingt auffallen. Eine Verbesserung der Arbeit sollte deshalb auf verschiedenen Ebenen mit dem Ziel erfolgen, einen Prozess systematisch und bewusst zu initiieren und die Planung dann zu optimieren.

Eine Verbesserung der Situation fordert Engagement von verschiedenen Seiten. Im Folgenden sollen einige Empfehlungen und Ideen zusammenfassend vorgestellt werden, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

(1) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Leitungskräfte in der Suchthilfe sind gefordert, sich auf die Ungewissheit einer interkulturellen Arbeit

einzulassen. Wichtig ist die Entwicklung einer ganzheitlichen Strategie, die sich in Personal- und Organisationsentwicklungen zeigt.

- (2) Als hilfreich können wissenschaftlich fundierte, qualitative Evaluationen von interkulturell orientierten Institutionen eingeschätzt werden, die als Handreichung für interessierte Einrichtungen dienen könnten.
- (3) Übergeordnete Ebenen sind gefordert sich auf dem Bereich der Fort- und Weiterbildung weiter zu engagieren. Mittlerweile sind Best-Practice-Vorstellungen reichlich veranstaltet worden. Es ist an der Zeit, den Institutionen das Wissen und das Werkzeug zu geben, selber einen Prozess zu initiieren.
- (4) Dazu ist notwendig, dass Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vorhanden sind, die die Umsetzung der interkulturellen Öffnung begleiten. Die Einrichtungen sollten von der Antragsstellung auf Fördermittel über die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis hin zur Evaluation der Ergebnisse unterstützt werden.
- (5) Es sind lokale oder regionale Arbeitskreise wünschenswert, in denen die Betonung auf interkultureller Öffnung als Qualitätsstandard liegen sollte. Mit diesen Arbeitskreisen oder auch nebenher ist eine Kooperation und Vernetzung zwischen Institutionen systematisch voranzutreiben.
- (6) Unbedingt notwendig ist eine Überarbeitung der gängigen Dokumentationssysteme, so dass ein möglicher Migrationshintergrund standardmäßig und differenziert dargestellt werden kann. Allerdings sind hier sicherlich erhebliche methodische

Probleme zu lösen, was letztlich nur von dem Statistischen Bundesamt oder anderen überregionalen Institutionen geleistet werden kann.

Diese Empfehlungen konvergieren in hohem Maße mit den Einschätzungen, die von Bunge, Meyer-Nürnberg und Kilian (2006) auf der Basis ihrer Studie zu den „Gesundheitsfördernden Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund“ formuliert worden sind.³⁰

Abschließend sollen einige Fragen genannt werden, mit denen sich Einrichtungen dem Thema nähern können, ohne schon die oben angeführten sehr weit gehenden Maßnahmen zu implementieren:

- (1) Wie ist die Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund?
- (2) Wie ist die Situation im Versorgungsgebiet? Wie viele Migrantinnen und Migranten leben im Umfeld?
- (3) Gibt es Kontakte zu Menschen mit Migrationshintergrund (Religiöse Gruppen, Sportvereine, etc.)?

(4) Ist das Personal sensibilisiert im Sinne von Aufmerksamkeit für vorhandene Unterschiede im Sinne einer interkulturellen Kompetenz? Ist das Personal interessiert?

(5) Gibt es Kontakte zu relevanten Kooperationspartnern in der Umgebung (Soziale Dienste, Migrationsdienste, Runde Tische)?

(6) Ist überprüft worden, welche Bereiche der Arbeit migrantenspezifisch berücksichtigt werden können und müssen? (Muttersprachliches Material, Öffentlichkeitsarbeit, Begrüßung der Klientel, etc)

(7) Gibt es in Konzepten und Leitbildern Aussagen über die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund?

Allerdings können die Lösungen dieser Probleme letztlich nicht nur den Praktikern oder den Einrichtungen vor Ort überlassen werden, sondern müssen durch politische und gesellschaftliche Rahmenbedingen flankiert werden, die sich deutlich auf die soziale Arbeit auswirken und eine stützende Wirkung entfalten.

30 „Im Mittelpunkt der hier vorgestellten Befragung von Anbietern aus dem Feld der Gesundheitsförderung mit und für Migrantinnen und Migranten stand die Ermittlung von Zugangswegen und Strategien der Zielgruppenerreichung. Es hat sich jedoch darüber hinaus gezeigt, dass im Hinblick auf die inhaltliche Ausrichtung und mögliche sowie sinnvolle Handlungsfelder in der gesundheitsfördernden Arbeit bei Menschen mit Migrationshintergrund noch Fragen offen und weitere differenzierte Untersuchungen erforderlich sind, um dem Bedarf und den besonderen Problemlagen gerecht zu werden. Hierbei sind Studien, Forschungsarbeiten und eine Gesundheitsberichterstattung unerlässlich, die einen Migrationshintergrund als Kriterium zur Beschreibung soziodemografischer Rahmenbedingungen mit einbeziehen. Soziokulturelle Faktoren und Migrationserfahrungen sollten grundsätzlich bei der Entwicklung und Umsetzung von Multiplikatorenkonzepten stärker berücksichtigt werden, um Migranten und Migrantinnen wirkungsvoll einbinden zu können. Im Bereich der Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund ist es erforderlich, die Bedarfe und adäquaten Zugangswege der verschiedenen Gruppen innerhalb der heterogenen Zielgruppe genauer zu beleuchten. Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen, d.h. die verschiedenen Migrantengenerationen, aber auch unterschiedliche Migrationserfahrungen und soziokulturelle Hintergründe sind differenziert zu betrachten. Regeleinrichtungen benötigen eine stärkere Unterstützung bei der interkulturellen Öffnung und sollten gleichermaßen umfassende Anstrengungen unternehmen, ihr Angebot für alle Bevölkerungsgruppen zu öffnen (ebd., S. 896).

10. Literaturverzeichnis

- Aparicio, M.L.; Döring A.; Mielck, A.; Holle, R. (2005): Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Soz Präventivmedizin* 50(2), S. 107–118
- Barwig, K.; Hinz-Rommel, W. (Hrsg.) (1995): *Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste*, Freiburg im Breisgau, Lambertusverlag
- Bätz, B. (2002): Drogenabhängige Migranten in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Warstein. In: Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.) (2002): *Migration und Sucht. Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und Migranten*. Tagungsdokumentation. Duisburg. 4/2002
- Boos-Nünning, U. (2002): *Migration und Sucht: Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Band 141/II Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden, Nomos-Verlags-Gesellschaft
- Brucks U.; Wahl W.-B. (2002): *Gesundheitsversorgung für Zuwanderinnen und Zuwanderer. Regionale Fallstudien: Kiel, Lübeck, Neumünster, Kreis Pinneberg*. Im Auftrag des schleswig-holsteinischen Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz, Kiel. [Internetdokumentation: <http://landesregierung.schleswig-holstein.de/coremedia/generator /Aktueller 20Bestand/MASGV /Information/ GesversZuwanderer.html>; letzter Zugriff am 4.10.2004]
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2005): *Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung*. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2004): *Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung*. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2003): *Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung*. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2002): *Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung*. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2001): *Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung*. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2001): *Expertise 'Migration und Sucht'*. Berlin
- Bunge, C.; Meyer-Nürnberger, M.; Kilian, H. (2006): *Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund*. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(9), S. 893-897
- Collatz, J. (2001): *Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten*. In: Hegemann, T., Salman (Hrsg.) (2001): *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 52-63
- Czycholl, D. (Hrsg.) (1998): *Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der*

psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten. Berlin, VWB- Verlag für Wissenschaft und Bildung

Dietzel-Papakyirakou, M.; Obermann, E. (2001): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck, P.; Wiedl, K.H. (Hrsg.) (2001): Migration und Krankheit. Osnabrück, Universitätsverlag Rasch, S. 283-311

EMCDDA (2002): Scientific Report. Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates among minorities

Filsinger, D. (2002): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. Expertise im Auftrag der Regiestelle E & C. Saarbrücken, Berlin. [Internetdokumentation: http://www.eundc.de/seiten/global/cont_home.html; letzter Zugriff: 05.02.2004]

Gaitanides, S. (2003a): "Migrantenjugendliche – Lebenslagen und Risiken beim Aufwachsen. Was folgt für die Jugendhilfe?". In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages. Hannover. http://www.praeventionstag.de/content/8_praev/doku/gaitanides/index_8_gaitanides.html 05.02.2004

Gaitanides, S. (2003b): Interkulturelle Kompetenz als Qualifikationsprofil in der Jugend- und Sozialarbeit. In: iza. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit, Heft 1/2003, S. 44-50

Geiger, I. (1997): „Interkulturelle Gesundheitsförderung“. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.) (1997): „Sucht und Migration“. Stuttgart, S. 75– 88

Haasen, C.; Toprak, M.A.; Yagdiran, O.; Kleinemeier, E. (2001): Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. In: Suchttherapie, 2, S. 161–166

Haasen, C.; Yagdiran, O. (2000): Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Lambertus, Freiburg

Handschuck, S.; Schröer, H. (2000): Interkulturelle Öffnung. Ein Strategievorschlag. In: iza. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit, Heft 3-4, S. 86-95

Hinz-Rommel, W. (2000): Die Mühen einer Bergwanderung. Erfahrungen und Anregungen aus Prozessen der Interkultureller Öffnung. In: iza. Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit. Heft 2/2000, S. 52-55

Hinz-Rommel, W. (1994): Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster; New York, Waxmann

Hüllinghorst, R.; Holz, A. (1998): Vorwort. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1998): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg im Breisgau, Lambertusverlag, S. 9

Jungk, S. (2001): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste und Ämter – eine Herausforderung für die Einwanderungsgesellschaft. In: Riehle, E. (Hrsg.) (2001): Interkulturelle Kompetenz in der Verwaltung? Kommunikationsprobleme zwischen Migranten und Behörden. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, S. 95-115

Kirkcaldy, B.; Wittig, U.; Furnham;A.; Merbach, M.; Siefen, R. G. (2006): Migration und Gesundheit Psychosoziale Determinanten Bundesgesundheits-

blatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49(9), S. 873–883

Kleinemeier (2005): Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg; Zuletzt aktualisiert am 17.02.2005 [Internetdokumentation: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1437&type=in-fotext>; letzter Zugriff 19.4.2007]

Koopmann, A. (2007): Der Drogenkonsum Jugendlicher Spätaussiedler und deren Zugang zum deutschen Drogenhilfesystem. Diplomarbeit, Fachbereich 6, Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Universität Münster

Koray, S. (2003): Qualitätskriterien für eine effiziente psychotherapeutische/ psychosoziale Versorgung von Migranten. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen u. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (Hrsg.) (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar in Berlin. Berlin/Bonn, S. 68-72

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2003): Best Practices in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Russlanddeutschen in der ambulanten Suchthilfe. Tagungsdokumentation, Münster, Eigenverlag

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2002): Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer. Ein Handbuch. Münster, Eigenverlag

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2001): Sucht und Migration. Konzepte

und Praxis vor Ort erleben und erfahren. Tagungsdokumentation, Münster, Eigenverlag

Marschalck, P. (2000): Öffentliche Gesundheitspflege und die Einwanderung: „Gastarbeiter“, Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland. In: Gardemann, J.; Müller, W.; Remmers, A.(Hrsg.) (2000): Migration und Gesundheit, Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen, 23. bis 25.3.2000, Hilden, Tagungsdokumentation und Handbuch, Berichte und Materialien. Band 17, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, S. 31-42

Mecheril, P.; Miandashti, S.; Plöber, M.; Raithel, J. (2001): Aspekte einer dominantempfindlichen und differenzkritischen Arbeit mit Migranten und Migrantinnen. In: Neue Praxis. 31(3), S. 296-311

Offermann, C. (2001): Essstörungen bei Migrantinnen. In: Marschalck, P.; Wiedl, K.H. (Hrsg.) (2001): Migration und Krankheit. Osnabrück, Universitätsverlag Rasch, S. 189-205

Riecken, A. (2001): Psychiatrische Erkrankungen im Migrations- und Interaktionsprozeß. Aussiedler im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück. In: Marschalck, P.; Wiedl, K.H. (Hrsg.) (2001): Migration und Krankheit. Osnabrück, Universitätsverlag Rasch, S. 147-169

Salman, R. (1998): Gesundheitliche Lage und Belastungen der Migranten. In: Czycholl, D. (Hrsg.) (1998): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten. Berlin, VWB- Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 31-38

- Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.) (1999): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Schmid, M. (2002): Migration, Drogenkonsum und Drogenhilfe. Empirische Grundlagen und Konsequenzen für die Drogenhilfe. In: Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.) (2002): Migration und Sucht. Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und Migranten. Tagungsdokumentation. Duisburg. 4/2002, S. 130-142
- Schmid, M. (1998): Ausländische Drogenabhängige und Zugänge zum Hilfesystem. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1998): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg im Breisgau, Lambertusverlag, S. 77 - 91
- Settertobulte, W. (2001): Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien. In: Marschalck, P.; Wiedl, K.H. (Hrsg.) (2001): Migration und Krankheit. Osnabrück, Universitätsverlag Rasch, S. 171-188
- Simon-Hohn, H. (2002): Interkulturelle Kompetenz in der sozialen Arbeit. In: iza. Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit. 2-2002, S. 39- 45
- Sluzki, C.E. (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: T. Hegemann, T.; Salman, R. (Hrsg.) (2001): Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 101ff.
- Snyder, M. (19813). Impression management. The self in social interaction. In: Wrightsman, L. S.; Deaux, K. (Hrsg.): Social psychology in the eighties, Monterey.
- Sonntag, D.; Welsch, K. (2004a): Deutsche Suchthilfestatistik 2003 für ambulante Einrichtungen. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft Dezember 2004, S. 6-32
- Sonntag, D.; Welsch, K. (2004b): Deutsche Suchthilfestatistik 2003 für stationäre Einrichtungen. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft Dezember 2004, S. 32-54
- Statistisches Bundesamt (2006): Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Stimpson, G.; Fitch, C.; Rhodes, T.; (1998): Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use: Draft for Field Testing, Geneva WHO
- Strobl, R.; Kühnel, W. (2000): Dazugehörig und ausgegrenzt. Analysen zu Integrationschancen junger Aussiedler. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Tuna, S. (1999): Konzept, Methoden und Strategien migrationsspezifischer Suchtpräventionsarbeit. In: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.) (1999): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 104-127
- Voges, B. (1999): Sozialpsychiatrie. In: Berger, M. (1999): Psychiatrie und Psychotherapie, S. 219–237
- Wiedl, K.H.; Marschalck, P. (2001): Migration, Krankheit und Gesundheit:

Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung. In: Marschalck, P.; Wiedl, K.H. (Hrsg.) (2001): Migration und Krankheit. Osnabrück, Universitätsverlag Rasch, S. 9-34

Will, B.; Zeeb, H.; Baune, B.T. (2005): Overweight and obesity at school entry among migrant and German children: a cross-sectional study. BMC Public Health 5(1) [Internetdokumentation: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/45>; letzter Zugriff: 19.04.2007]

Razum, O.; Geiger, I.; Zeeb, H.; Ronellenfitsch, U. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt, 101(43), S. A 2882–2887

Zeeb, H.; Razum, O. (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung Ein einleitender Überblick Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz,49(9), S. 845–852

11. Anhang

Fragebogen

zur Situation der Suchthilfe
für Menschen mit Migrationshintergrund
in Westfalen-Lippe

1. Die Einrichtung bzw. Einrichtungseinheit liegt im Kreis, in der kreisfreien Stadt

2. Bei der Einrichtung bzw. Einrichtungseinheit, auf die sich die nachstehende Antworten in diesem Fragebogen beziehen, handelt es sich um folgende Einrichtungsart

Mehrfachangaben möglich

- Niederschwellige Einrichtung
(z.B. Cafe, Konsumraum, Schlafgelegenheit)
- Sucht- und/oder Drogenberatungsstelle
- Institutsambulanz, Fachambulanz
- Arbeits- und Beschäftigungsprojekt
- Ambulantes betreutes Wohnen
- Tagesstätte, Tagesklinik
- Stationär betreutes Wohnen
- Übergangswohn Einrichtung
- Krankenhaus/-abteilung (SGB V §107.1/ JGG §93/ StGB §64)
- Rehabilitationseinrichtung (SGB V §107.2/ SGB VI §9 u. § 15)
- Sonstiges: _____

3. Zielgruppe der Einrichtung/Einrichtungseinheit sind Personen mit Problemen im Umgang mit folgenden Suchtmitteln.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die Suchtmittel in Ihrer Arbeit relevant sind

	Schwerpunkt- problematik	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illegalen Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Können Sie angeben, wie groß die Gesamtzahl der behandelten oder beratenen Klienten/Patienten¹ im Kalenderjahr 2003 war?

- Nein
- Ja, ungefähr auf Grundlage einer Schätzung Anzahl _____
- Ja, genau auf Grundlage einer Auszählung Anzahl _____

1 Der besseren Lesbarkeit wird lediglich die männliche Form verwendet.

5. In welchem Umfang sind Mitarbeiter der nachfolgenden Berufsgruppen in der Einrichtung bzw. Einrichtungseinheit beschäftigt?

Berufsgruppen	Anzahl der Stellen insgesamt ²	Davon Anzahl der Stellen, die mit Migranten besetzt sind ²	Anzahl der Arbeitsstunden, die mit einem Honorarvertrag vergeben ³ sind
Ärzte			
Dipl.-Psychologen			
Diplom-Pädagogen/Diplom-Sozialwissenschaftler/ Diplom-Soziologen			
Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen			
Erzieher/sonstige Fachkräfte für soziale Arbeit			
Krankenschwester/-pfleger/Krankenpflegehelfer			
Ergo-/Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten			
Kunst- und Musiktherapeuten			
Sport-/Bewegungstherapeuten			
Physiotherapeuten			
Ökonomen/Betriebswirte			
Büro/Verwaltungspersonal			
technisches Personal/Wirtschaftsbereich			
Jahrespraktikanten/Auszubildende			
Zivildienstleistende			
Andere und zwar:			
Andere und zwar:			

6. Das Versorgungsgebiet lässt sich kennzeichnen als:

- Ländlich strukturiert
- Städtisch
- Großstädtisch
- Sonstige im Zusammenhang mit der Befragung möglicherweise relevante Merkmale der Region und zwar:

² Angabe bitte in Vollzeitäquivalenten (1 Stelle = 38,5 Stunden)

³ Angabe bitte im durchschnittlichen monatlichen Mittel

Definition von Menschen mit Migrationshintergrund

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Arbeit der Einrichtung mit Menschen mit Migrationshintergrund. Dabei meint der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ solche Menschen, die sich eindeutig erkennbar hinsichtlich kultureller Tradition und/oder Sprache und/oder Religion von Klienten ohne Migrationshintergrund unterscheiden und entweder

- a) eine ausländische Staatsbürgerschaft ohne deutsche Staatsbürgerschaft haben oder
- b) ausländischer Herkunft sind und eine deutsche Staatsbürgerschaft haben (z.B. Aussiedler oder Kinder von Ausländern) oder
- c) eine doppelte Staatsbürgerschaft haben, wovon eine deutsch ist

7. Können Sie den Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund im Kalenderjahr 2003 unter der Klientel in Ihrer Einrichtung bzw. Einrichtungseinheit angeben?

- Nein
- Ja, ungefähr auf Grundlage einer Schätzung
- Ja, genau auf Grundlage einer Auszählung

Wenn ja, wie hoch ist der Anteil, bzw. wie schätzen Sie den Anteil ein? _____ %

8. Können Sie den prozentualen Anteil der Frauen innerhalb der Klientel mit Migrationshintergrund im Kalenderjahr 2003 in Ihrer Einrichtung bzw. Einrichtungseinheit einschätzen?

- Nein
- Ja, ungefähr auf Grundlage einer Schätzung
- Ja, genau auf Grundlage einer Auszählung

Wenn ja, wie hoch ist der Anteil, bzw. wie schätzen Sie den Anteil ein? _____ %

9. Können Sie einschätzen, welchen Gruppen der unten folgenden Aufstellung die Klienten/Patienten mit Migrationshintergrund in Ihrer Einrichtung bzw. Einrichtungseinheit angehören?

- Nein
- Ja, ungefähr auf Grundlage einer Schätzung
- Ja, genau auf Grundlage einer Auszählung

Wenn ja, wie hoch ist der Anteil, bzw. wie schätzen Sie den Anteil ein?

Wenn Sie zu einer Gruppe keine Angabe machen können, tragen Sie bitte ein Fragezeichen ein

Aussiedler und Spätaussiedler u. Angehörige	_____ %
Arbeitsmigranten und Angehörige (1. u. 2. Generation)	_____ %
Flüchtlinge, De-Facto-Flüchtlinge u. Asylbewerber und Angehörige	_____ %
Sonstige, und zwar: _____	_____ %

10. Können Sie einschätzen, aus welchen Ländern die Klienten/Patienten mit Migrationshintergrund in Ihrer Einrichtung bzw. Einrichtungseinheit stammen?

- Nein
 Ja, ungefähr auf Grundlage einer Schätzung
 Ja, genau auf Grundlage einer Auszählung

Wenn Sie zu einer Gruppe keine Angabe machen können, tragen Sie bitte ein Fragezeichen ein.

Land, Region	Männer	Frauen
Aus EU-Ländern (EU vor Mai 2004)	%	%
Aus der Türkei	%	%
Aus den Ländern der ehemaligen UdSSR und Polen	%	%
Aus den Balkan-Ländern	%	%
Aus dem Nahen und Mittleren Osten	%	%
Aus Asien	%	%
Aus Mittel- und Südamerika	%	%
Aus Nordamerika	%	%
Aus Afrika	%	%
Aus anderen Ländern/Regionen und zwar:		
	%	%
Aus anderen Ländern/Regionen und zwar:		
	%	%

11. Können Sie angeben, bei wie viel Prozent der Klientel mit Migrationshintergrund eine ausreichende mündliche Verständigung ohne Dolmetscher schwer fällt?

- Nein Ja

Wie hoch ist der Anteil dieser Klienten?

- Einzelfälle Bis zu 5% Bis zu 10% 10-30%
 31-50% 51-75% Mehr als 76%

12. Unternehmen Sie für die Klientel mit Migrationshintergrund zielgruppenbezogene Öffentlichkeitsarbeit?

- Nein Ja, systematisch Ja, sporadisch

Bitte beschreiben Sie diese Aktivitäten und Maßnahmen konkret

13. Arbeiten Sie mit Gruppen aus dem Migrantengemeinschaft und/oder „Schlüssel-“ oder „Brückenpersonen“ zusammen?

- Nein Ja, systematisch Ja, sporadisch

Wenn „ja“, um welche Gruppe(n) und/oder welchen Personenkreis handelt es sich und in welcher Form findet die Zusammenarbeit statt?

14. Halten Sie fremdsprachiges Informationsmaterial bereit?

- Nein Ja

Wenn „ja“, zu welchen Themen und in welchen Sprachen?

15. Setzen Sie in der Arbeit mit Klientel mit Migrationshintergrund besondere inhaltliche Schwerpunkte?

- Nein Ja Ja, teilweise

Wenn „ja“, welche Schwerpunkte sind dies?

16. Gibt es Angebote, die sich nur an Klientel mit Migrationshintergrund richten?

- Nein Ja

Wenn „ja“, bitte beschreiben Sie diese Angebote

17. Gibt es für die methodische Arbeit mit Klientel mit Migrationshintergrund spezielle Verfahren und/oder Regelungen in Ihrer Einrichtung bzw. Einrichtungseinheit?

- Nein Ja Ja, teilweise

Wenn „ja, teilweise“ oder „ja“, bitte benennen Sie die Eckpunkte der Konzepte und/oder Regelungen

18. Haben Sie Grundsätze oder Qualitätsstandards o.ä. in Ihrer Konzeption oder ihrem Leitbild für die Arbeit mit der Klientel mit Migrationshintergrund schriftlich fixiert?

- Nein Ja

Bitte schicken Sie jeweils ein Exemplar mit!

19. Haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihrer Einrichtung/Einrichtungseinheit in den letzten zwei Jahren Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema „Sucht und Migration“ besucht?

- Nein Ja

Falls „ja“, bitte genauer ausführen:

Personen-Anzahl	Veranstaltungstitel	Veranstaltungsdauer in Tagen	Träger der Veranstaltung

20. Halten Sie spezifische Kompetenzen oder Qualifikationen bei Mitarbeitern in der Suchthilfe für die Arbeit mit Klienten/Patienten mit Migrationshintergrund für notwendig?

- Nein Ja Ja, teilweise

Wenn „ja“ oder „ja, teilweise“, welche Kompetenzen oder Qualifikationen sind dies?

21. Wird in Ihrer Einrichtung bzw. Einrichtungseinheit kultursensibel mit Menschen mit Migrationshintergrund gearbeitet?

- Nein Ja, systematisch Ja, teilweise

Wenn „ja“, worin äußert sich die Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes?

22. Wird die Inanspruchnahme des Hilfeangebotes durch Menschen mit Migrationshintergrund erfasst und evaluiert?

- Nein Ja, systematisch Ja, teilweise

23. Ergeben sich Probleme bei der Kooperation mit anderen Diensten oder Einrichtungen speziell bei der Klientel mit Migrationshintergrund?

- Nein Ja, systematisch Ja, teilweise

Wenn „ja“ oder „ja, teilweise“, um welche Probleme mit welchen Diensten oder Einrichtungen handelt es sich?

24. Planen Sie zur Zeit Aktivitäten oder Maßnahmen, um die Arbeit mit Klientel mit Migrationshintergrund zu intensivieren oder zu verbessern?

- Nein Ja

Wenn „ja“, bitte beschreiben Sie die Maßnahmen oder Pläne näher

25. Der Bedarf an Hilfen für Menschen mit Migrationshintergrund, die Probleme im Umgang mit Suchtmitteln haben, ist...

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Im ambulanten Bereich | Nicht gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Teilweise gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Überwiegend gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Es besteht ein Überangebot | <input type="checkbox"/> |
| Im stationären Bereich | Nicht gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Teilweise gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Überwiegend gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Es besteht ein Überangebot | <input type="checkbox"/> |
| Im komplementären Bereich | Nicht gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Teilweise gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Überwiegend gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Gedeckt | <input type="checkbox"/> |
| | Es besteht ein Überangebot | <input type="checkbox"/> |

Anmerkung: _____

26. Haben Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen konkrete Vorschläge oder Anregungen, mit denen die Praxis der Suchthilfe in der Arbeit mit Klienten/Patienten mit Migrationshintergrund überregional verbessert werden könnte?

Nein Ja

Wenn „ja“, erläutern Sie die Vorschläge oder Anregungen näher

Generelle Anmerkungen zum Fragebogen:

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen!

Für eventuelle Rückfragen bitten wir Sie noch um folgende Angaben.

1. Name und Träger der Einrichtung bzw. der Einrichtungseinheit,

2. Adresse:

3. Name und Telefonnummer der Person, die den Fragebogen ausfüllt:

Name:

Telefon-Nr.
