

Migration und Sucht

Ahmet Kimil und Ramazan Salman

»Niemand ist frei, der über sich selbst nicht Herr ist.«

Matthias Claudius

In Deutschland leben heute über 15 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund, was rund 18 Prozent der Wohnbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2007) entspricht. Diese Entwicklung wirkt sich auch auf die Suchthilfe aus. Ab Mitte der Neunzigerjahre des vergangenen Jahrhunderts begann sich die Suchthilfe vermehrt mit migrationspezifischen Themen zu beschäftigen (Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren 1998). Experten betonen seit Längerem, dass auf der einen Seite Angebote der Suchthilfe wie Prävention, Beratung und Therapie Migranten nur ungenügend erreichen, während auf der anderen Seite der Bedarf genau an solchen Angeboten bei dieser Zielgruppe weiter ansteigt.

Für die Mitarbeiter der Einrichtungen, für die betroffenen Migranten und ihre Angehörigen stellt sich also die Frage, wie Einrichtungen der Suchthilfe ihre Angebote für diese Zielgruppen öffnen können, wie Mitarbeiter von Fachdiensten besser mit Patienten mit Migrationshintergrund arbeiten können.

Eine gute Übersicht über den Stand der interkulturellen Suchthilfe für den deutschsprachigen Raum findet sich in: SALMAN u. a. (1999), DOMENIG (2001), CZYCHOLL (1998), PENKA (2004), DAHINDEN u. a. (2005), PAJKOVIC (2009) und in der Expertise *Sucht und Migration*, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (2002) erstellt wurde. Der Schwerpunkt dieser Arbeiten lag zumeist auf den illegalen Drogen. Zunehmend rückt auch der Bereich der legalen Drogen in den Fokus. So stellen Forschungsarbeiten wie die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland oder die darin enthaltene EsKiMo-Studie auch die legalen Drogen, insbesondere Alkohol und Nikotin, in den Vordergrund (Robert-Koch-Institut 2008; KOHLER u. a. 2007).

Epidemiologie: Sucht und Migration

Es gibt viele Hinweise darauf, dass Suchtprobleme von Zuwanderern zu den größten sozialen und gesundheitlichen Problemfeldern dieser Zielgruppen gehören.

Ende der Neunzigerjahre wurde die Zahl der Migrantinnen und Migranten, die von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen abhängig waren, auf 300 000 bis 400 000 Personen geschätzt (HÜLLINGHORST/HOLZ 1998; CZYCHOLL 1998). Das Bundesministerium für Gesundheit (2002) kam in seiner Studie zum Thema Sucht und Migration zu dem Schluss, dass immer noch keine bundesweiten verlässlichen und empirisch fundierten Daten zur Suchtproblematik von Migranten in Deutschland existieren und dass bisher keine fundierten Vorschläge vorgelegt wurden, wie diese langfristig zusammengetragen werden könnten.

Trotzdem gab es in der Praxis viele Hinweise dafür, dass die Suchtproblematik unter Migranten zunimmt. So haben schon R. SALMAN und J. COLLATZ (2002) am Beispiel des Großraums Hannover für Ballungsräume herausgearbeitet, dass Abhängige nichtdeutscher Herkunft einen Gesamtanteil von ca. 20 Prozent aller Drogenkonsumenten ausmachen. Von diesen finden sich allerdings nur knapp 5 Prozent in Einrichtungen der Suchthilfe wieder.

Im Jahr 2007 wurden in Deutschland nach Polizeiangaben insgesamt 205 164 Rauschgiftdelikte begangen, 20 Prozent davon durch nicht-deutsche Tatverdächtige (Bundeskriminalamt 2007).

Im Jahr 2008 wurde vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe eine Befragung unter 900 Drogenkonsumenten durchgeführt, die die 26 in Deutschland existierenden Drogenkonsumräume in 16 Städten aufsuchten. Demnach hatten ca. 25 Prozent der Heroinkonsumenten, die diese niedrighwelligen Einrichtungen nutzten, einen Migrationshintergrund (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Vor dem Hintergrund dieser Daten kann vermutet werden, dass der Anteil von drogenabhängigen Migranten ungefähr ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung entspricht (GLAESMER u. a. 2009).

Die Kompensation von Stress und Sinnverlust

In der Fachliteratur werden Suchterkrankungen generell in den Zusammenhang mit dem Wunsch eines Menschen gestellt, aus unerträglich erscheinenden Realitäten in einen Zustand der Betäubung zu flüchten (TÖLLE 1999). Als Gründe hierfür werden Belastungen, Schmerzen, Schlaflosigkeit, wirtschaftliche Sorgen und besonders psychische Ursachen in Form anhaltender Niederlagen und Ambivalenzkonflikte, Einsamkeit und Sinnentleerung des Lebens angeführt. Durch den Konsum von Suchtmitteln wird dann ein Gefühl der Euphorie erzeugt, ohne eine reale Verbesserung der Situation zu erreichen. Nach R. VOIGTEL (1996) wird beim Suchtverhalten auch eine selbstzerstörerische Komponente deutlich: Sucht wird hier als ein »protrahierter Suizid« und der Rausch als eine Antizipation des Todes interpretiert. Viele schwer Drogenabhängige sterben durch Suizid; man geht von ca. 30 Prozent aller Suizide aus. Suizidfantasien und Suchtmittel haben etwas gemeinsam: Sie dienen dazu, einer unerträglichsten Realität scheinbar zu entfliehen, nämlich in die Vorstellung, dass alles Leid und Elend beseitigt sei.

Die Migrationsforschung berichtet unabhängig hiervon, dass beim Migrationsprozess und der damit einhergehenden sozialen Akkulturation und psychischen Adaptation an die neue Kultur Stressphänomene auftreten können. Neben physischen (etwa klimatischen Veränderungen, anderen Ess- und Kleidungsgewohnheiten, Verlassen der gewohnten Umgebung) und kulturellen Veränderungen (Akkulturation von einer kollektivistischen in eine individualistische Gesellschaft etc.) stellen tiefgreifende psychosoziale Veränderungen eine wesentliche Dimension der Migrationserfahrung dar. Insbesondere Brüche und Trennungen in sozialen Beziehungen und Netzwerken, die bis dahin Lebensinhalt und -sinn vermittelt haben, wirken sich auf das psychische Wohlbefinden aus (HAN 2005).

Stresspsychologisch betrachtet stellen diese angedeuteten Veränderungen kritische Lebensereignisse (»life events«) (LAZARUS/LAUNIER 1981) und stressauslösende Anforderungen aus der internen und externen Umwelt dar, die das biopsychosoziale Gleichgewicht des Betroffenen massiv stören und sein Wohlbefinden negativ beeinflussen. Lang anhaltende Stressoren können mögliche Ursachen für eine Drogenabhängigkeit sein. Nach C. Sluzki (siehe Beitrag in diesem Buch) kann die

psychologische Anpassung an die Kultur im Zuge des Migrationsprozesses über mehrere Generationen andauern und betroffene Migranten folglich in allen Generationen Stressoren aussetzen, die einige dann mit Drogen zu kompensieren versuchen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle entstehen können, wenn die inneren Ressourcen von Menschen nicht ausreichen, um die äußeren, mit der Migration einhergehenden Anforderungen zu bewältigen. Im schlechtesten Fall wird der Versuch unternommen, diese Gefühle mit Drogen zu kompensieren bzw. sich selbst mit Drogen »zu behandeln«.

Aussiedler und Spätaussiedler

Zu den größten Migrantengruppen in Deutschland gehören die Spätaussiedler. Die meisten dieser Menschen deutscher Volkszugehörigkeit stammen aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion wie Kasachstan, Russland, Tadschikistan, Kirgisien, Ukraine, Usbekistan oder aus anderen früheren Ostblockstaaten wie Polen und Rumänien. Im Zeitraum von 1990 bis 2007 wanderten fast zweieinhalb Millionen Menschen im Rahmen des Spätaussiedlerzuzugs nach Deutschland ein (Bundesministerium des Innern 2007).

Obwohl sie gesetzlich als Deutsche angesehen werden, ist die soziale Integration dieser Menschen von vielen Problemen begleitet. Viele von ihnen haben Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, leben isoliert in bestimmten Wohnlagen, erleben offene Ablehnung und sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Dies gilt insbesondere für junge Aussiedlerinnen und Aussiedler, die auf die oftmals unfreiwillige oder idealisierte Aussiedlung nach Deutschland mit Rückzug reagieren und meist unter sich bleiben. Wenige sehen sich als Deutsche, sondern bevorzugen für sich die Bezeichnung »Russe« (SCHIPPER 2009).

Diese inneren Konflikte können eine Suchtkarriere verstärken oder fördern. Konsummuster von Aussiedlern und deutschen Jugendlichen gelten als sehr ähnlich. Es gibt aber auch Studien, die belegen, dass die Konsummuster (etwa für Alkohol) von jungen Aussiedlern nicht auffälliger sind und diese zum Teil sogar weniger konsumieren als die einheimischen Jugendlichen (STROBL/KÜHNEL 2000; BOOS-NÜNNING

u. a. 2002). Allerdings wird auch beobachtet, dass es Untergruppen von jungen Aussiedlern gibt, die exzessiven Konsum von Alkohol und Heroin betreiben und die in repräsentativen Erhebungen nicht erfasst werden (OSTERLOH 2002). Zunehmend wird auch erkannt, dass einige junge Spätaussiedler ihre Drogenabhängigkeit aus dem Herkunftsland bereits mitgebracht haben. Viele kommen unmittelbar nach der Einreise in den Übergangseinrichtungen in Kontakt mit harten illegalen Drogen. Meist wird das Vertrauen der »Neuen« von Landsleuten, Freunden und Cliquesmitgliedern, die Drogen konsumieren oder dealen, ausgenutzt – eine häufig zu beobachtende gefährliche Neugier und Naivität bieten dafür einen riskanten Nährboden (SCHÜRMAN 2007).

Von niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen wie von sozialpädagogischen Kontaktläden, von der aufsuchenden Sozialarbeit oder von Bewährungshilfeeinrichtungen wird immer wieder berichtet, dass junge Aussiedler sehr schnell beginnen, Heroin intravenös zu konsumieren und *needle sharing* in Kombination mit oft exzessivem und wesentlich riskanterem (Misch-)Konsum bei polyvalenten Gebrauchsformen praktizieren (HAASEN 2005). Infolge dieser traurigen Entwicklung liegen die drogenbedingten Todesfälle in dieser Gruppe höher als bei der vergleichbaren Gruppe der deutschen Drogenabhängigen (Bundesministerium für Gesundheit 2004).

Während abhängige männliche jüngere Aussiedler bevorzugt harte illegale Drogen konsumieren, neigen abhängige erwachsene und ältere eher zum Alkoholmissbrauch. Die oben aufgeführten Stressoren liegen meist in den Veränderungen und Brüchen in den Biografien. Mitgebrachte Berufsabschlüsse und Lebenserfahrungen werden meist nicht anerkannt, fehlende oder mangelnde Sprachkenntnisse verstärken dies. Viele müssen in neuen Berufen, die weit unter ihrem Qualifikationsniveau liegen, neu beginnen (etwa Ingenieure, die als Bauarbeiter arbeiten müssen). Diejenigen, die diesen Wechsel nicht verkraften und in die Arbeitslosigkeit hineinrutschen, erleben parallel dazu häufig eine Veränderung in der familiären Rollenverteilung.

So scheinen Frauen flexibler zu sein und sich eher zu arrangieren mit der neuen Situation. Für Männer kann das Erleben, ihre Rolle als Ernährer und Familienoberhaupt nicht mehr ausfüllen können, eine tiefe Kränkung darstellen. Viele können mit dieser Situation nicht umgehen; das Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl nehmen dramatisch ab. Viele ziehen sich im Anschluss daran zurück, verlieren die Hoffnung

und resignieren. Alkohol wird dann leicht zum »Trost« und zur Ablenkung (HEIMANN 2007).

Zudem wird beobachtet, dass viele suchtkranke Aussiedler den höherschwelligeren Suchthilfeangeboten von Beratungsstellen bis hin zur stationären Therapie mit Misstrauen begegnen. R. ZAKHALEV (2008) betont, dass psychische Probleme im russischen Kulturkreis als Privatsache betrachtet werden. Beratende Institutionen im westlichen Sinne seien in den Herkunftsländern nicht üblich und werden häufig mit staatlicher Kontrolle in Verbindung gebracht.

So erstaunt es nicht, dass die Krankheitsmodelle und Therapieziele der Aussiedler von denen der deutschen Therapeuten und Patienten abweichen. Viele von ihnen haben ein eher physisch dominiertes Körper- und Gesundheitsverständnis, etwa vom Körper als einer Maschine, die »repariert« werden kann. Viele betrachten daher eine Entgiftung als ausreichend. Eine langfristige Entwöhnung und Konfrontation mit eigenen Gefühlen, mit Verhaltensweisen und Schwächen lösen Unsicherheiten aus und stoßen eher auf Ablehnung. Aufgrund dieser Besonderheiten werden von Experten spezialisierte Dienste für Aussiedler gefordert, die mit sprachlich und kulturell kompetenten Fachkräften und speziell für diese Zielgruppe entwickelten Konzepten die Behandlungen durchführen sollen. Gute Beispiele für solche Dienste sind die Psychosoziale Beratungsstelle der Mudra in Nürnberg (www.mudra-online.de) oder die Fachklinik Hohenrodt des Caritasverbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart (www.zieglersche.de) als Entwöhnungseinrichtung.

Arbeitsmigranten und Flüchtlinge

Die ersten Arbeitsmigranten kamen in den fünfziger Jahren als »Gastarbeiter« zunächst aus Italien, Spanien, Jugoslawien und Griechenland (»Anwerbestaaten«) nach Deutschland. Ab 1960 wurden auch Arbeitsmigranten aus der Türkei und Portugal angeworben und später noch aus Tunesien, Marokko und Südkorea. Die meisten waren ungelernete Arbeiter und kamen als Hilfskräfte für die Industrie. Mit 2,5 Millionen Menschen stellen heute die mehrheitlich muslimischen Zuwanderer aus der Türkei und ihre Nachkommen die größte Einwanderergruppe in Deutschland dar. Gemeinsam mit den muslimischen Migrantinnen und

Migranten aus den arabischen Ländern, aus dem Iran, dem Balkan, Afrika etc. sind die Muslime mit ca. 3,5 Millionen Menschen mit Abstand die größte Zuwanderergruppe in Deutschland (Religionswissenschaftlicher Medien- und Informationsdienst 2009).

Die erste Generation dieser Zuwanderer hat gemeinsam mit ihren deutschen Kollegen Deutschland in der Nachkriegszeit mit wiederaufgebaut. Sie alle hatten ein Ziel: den materiellen Aufstieg, damit es ihnen und ihren Kindern in der Zukunft besser gehe. Viele mussten lange Jahre unter schwierigen, entbehrungsreichen Bedingungen leben und arbeiten; sie lebten in kleinen Wohnungen und verrichteten körperlich schwere Tätigkeiten in der Industrie, in Fließband- und Akkordarbeit bei geringer Vergütung. Sie waren ebenso, wie es die Mehrheitsgesellschaft erwartete, von der Vorstellung geleitet, nur einige Jahre in Deutschland zu bleiben, Geld anzusparen und dann zurückzukehren. Die Sprache zu lernen und sich zu integrieren, hatte für sie keine hohe Priorität. Erst mit der Zeit änderte sich dies; Deutschland wurde für viele zur »zweiten Heimat«, die sie schließlich nicht mehr verließen. In den Siebziger- und Achtzigerjahren begannen viele, nicht zuletzt aufgrund einer veränderten Ausländerrechtslage, ihre Familienangehörigen nachzuholen.

Das Thema »Sucht« war für die erste Generation kein großes Thema. Wenn Probleme auftauchten, dann eher bei Männern durch Alkohol und Nikotin. Bei Menschen aus der Türkei und anderen muslimischen Kulturen stellt zudem die Religion einen wichtigen protektiven Faktor dar. Aber selbst bei diesen kommt Alkoholabhängigkeit häufiger vor als weitläufig angenommen. Die Betroffenen verschweigen ihre Alkoholprobleme aus Scham und Angst vor Gesichtsverlust oft lange Jahre. Aufgrund mangelnder Informationen über die Suchthilfeangebote in Deutschland und mangels migrantenspezifischer Angebote werden Therapieversuche häufig in den Heimatländern unternommen. So berichtet K. ÖGEL (1997) in einer Untersuchung über die Suchtprobleme der türkischen Migranten in Belgien und den Niederlanden, dass ca. 10 Prozent der Patienten der Suchttherapieeinrichtung AMATEM in der Türkei suchtkranke Migranten aus Westeuropa seien, die sich im Rahmen eines Heimaturlaubs entgiften lassen. Da eine Nachsorge nicht stattfindet, überrascht es nicht, dass es bei den Betroffenen sehr häufig zu Rückfällen kommt.

Bei Arbeitsmigranten aus dem slawischen Kulturraum Ost- und Südosteuropas stellt Alkohol ein noch viel größeres Problem dar.

Neben dem Alkohol wird oft das Nikotin vor allem bei männlichen Migranten zu einem großen Problem, allerdings wird das im Alltag häufig nicht als Sucht verstanden. In der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts (2008) zeigte sich, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (insbesondere aus der Türkei) im Vergleich zu deutschen Kindern signifikant weniger rauchen und Alkohol trinken. Bei den Erwachsenen aber sieht es anders aus. Die Eltern dieser Kinder haben den höchsten Nikotinkonsum.

Eine weitere unterschätzte Suchtform bei Migranten stellt die Spielsucht dar. Viele Männer der ersten und zweiten Generation der Zuwanderer aus der Türkei verbringen einen großen Teil ihrer Freizeit in Männercafés, wo Kartenspiele oder Spielautomaten zum Alltag gehören.

Migrierte Frauen waren häufig Mehrfachbelastungen ausgesetzt und mussten neben der Fabrikarbeit gleichzeitig Kinder erziehen sowie Haus- und Familienarbeit leisten. Das hatte seinen Preis: Psychische und psychosomatische Belastungen und Symptome waren die Folge. Im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen solcher Frauen können wir häufig einen vermehrten und unreflektierten Konsum von Medikamenten (insbesondere Schmerzmittel, Antidepressiva, Beruhigungsmittel etc.) beobachten.

Sowohl zur Spielsucht als auch zur Medikamentensucht bei Migrantinnen und Migranten fehlen in Deutschland allerdings verlässliche Daten und Studien.

Die sogenannte zweite Zuwanderergeneration wurde zumeist primär in den Heimatländern sozialisiert und in den Siebziger- und Achtzigerjahren von ihren Eltern als Kinder und Jugendliche nach Deutschland geholt. Sie haben damals erlebt, in einer sehr sensiblen Entwicklungsphase (Kindheit und Adoleszenz) aus tiefgehenden Bindungen und Beziehungen zu Angehörigen und Freunden und sinnstiftenden Lebensbezügen herausgerissen zu werden. Gleiches erleben jugendliche Aussiedler bis heute. Diejenigen aus der zweiten Generation, die vulnerabel waren und diesen Verlust nicht verarbeiten konnten, sind zum ersten Mal Anfang der Achtzigerjahre in den großen deutschen Metropolen mit illegalen Drogen in Kontakt gekommen. Anfang der Neunzigerjahre begann dann auch die Suchthilfe von den Ausländern in der Drogenszene Notiz zu nehmen. Ab dieser Zeit wird in Deutschland eine *interkulturelle Suchthilfe* diskutiert, mit ersten Ansätzen und Konzepten zur Prävention, Beratung und Therapie dieser Zielgruppen.

Die in Deutschland geborene dritte Migrantengeneration ist eine deutlich größere Gruppe: Laut dem Statistischen Bundesamt (2007) leben in Deutschland 2,4 Millionen Jugendliche unter 25 Jahren mit einem Migrationshintergrund. Durch den Kindergarten- und Schulbesuch in Deutschland haben sie im Unterschied zur ersten und zweiten Generation schneller und besser die deutsche Sprache erlernt, was die Voraussetzung dafür war, sich auch besser in die deutsche Gesellschaft integrieren zu können. Sie haben so eine bi- und polykulturelle Identität entwickeln können, wie das Beispiel vieler erfolgreicher Musiker (wie Xavier Naidoo), Sportler (wie Mesut Özil), Künstler (wie Fatih Akin) und anderer anschaulich zeigt.

Es gibt aber auch Subgruppen unter ihnen, die für Suchtprobleme besonders anfällig sind. Drogen konsumierende Migranten kommen eher aus bildungsfernen und einkommensschwachen Familien, denen eine Integration in die deutsche Gesellschaft schwerer gefallen ist. Diese Familien leben meist sehr isoliert in Stadtteilen und Milieus unter sich und versuchen häufig, ihre Kinder vor der für sie als fremd empfundenen Gesellschaft und dem »deutschen Lebensstil« zu schützen, da sie diesen als gefährlich erachten. Die Angst der Eltern vor dem Verlust der eigenen kulturellen Identität überträgt sich leicht auf die Kinder und Enkelkinder. Das kann schnell dazu führen, dass sich ihre Kinder von der Gesellschaft distanzieren, der sie sich nicht zugehörig fühlen. Wenn sie dann weder die deutsche noch die Sprache ihrer Eltern ausreichend beherrschen, bleibt ihre sprachliche Entwicklung unzureichend. Dies kann zum schulischen und beruflichen Absturz und in die Jugendarbeitslosigkeit führen, die um ein Vielfaches höher ist als bei Deutschen gleichen Alters.

Viele dieser Jugendlichen unterscheiden sich somit nicht nur von ihren Eltern, sondern meist auch von ihren deutschen Altersgenossen und denen in den Herkunftsländern. Sie entsprechen damit weder den Erwartungen ihrer Eltern noch denen der Mehrheitsgesellschaft. Wenn dann Gewalt als häufiges Erziehungsmittel hinzukommt, fühlen sich diese Jugendlichen unverstanden, bilden eigene Identitäten, Milieus und Jugendkulturen aus und orientieren sich an ähnlichen Subkulturen in anderen Ländern wie am *Gangsta Rap* der schwarzen Gettobewohner in den USA. Die innerlich empfundene Verletzlichkeit wird durch äußerliche Härte kompensiert (wie Kampfhunde, Tragen von Waffen, Umgang mit Drogen etc.). Das verstärkt wiederum die innerfamiliären

Spannungen, führt zu Kommunikationsstörungen und sinkender Akzeptanz durch die Mehrheitsgesellschaft.

Der Handel mit Drogen erscheint für solche Jugendliche dann meist als der einfachste und schnellste Weg, um an Geld zu kommen und aus der Existenz am Rande der Gesellschaft auszubrechen. Die langfristigen Folgen für diese Jugendlichen sind katastrophal: Sie werden oftmals selbst süchtig und kriminell.

Während die besser integrierten jungen Migrantinnen und Migranten eher Cannabis konsumieren, bevorzugen die vulnerablen und schlechter integrierten Heroin, Kokain oder Amphetamine. Bei muslimischen drogenabhängigen Migranten wird weniger häufig ein intravenöser Heroinkonsum beobachtet. Heroin oder Kokain werden eher inhaliert oder geraucht. Das hat seine Ursachen nicht nur in einem anderen Verständnis und Umgang mit dem Körper, der nicht absichtlich beschädigt oder verletzt werden darf, sondern auch darin, dass viele dieser Suchtkranken versuchen, nicht aufzufallen. In ihren Wohngebieten sind die sozialen Kontrolle durch »Landsleute«, die damit verbundene Angst vor kollektivem Gesichtsverlust der Familie und vor ausländerrechtlichen Konsequenzen sehr ausgeprägt.

Zudem leben viele drogenabhängige Migranten noch bei ihren Familien und werden von diesen unterstützt. Dadurch ist bei den meisten seltener eine körperliche und soziale Verelendung als bei deutschen Abhängigen zu beobachten. Die Eltern und Ehepartner von suchterkrankten Migranten fühlen sich einerseits hilflos und ohnmächtig und haben andererseits häufig geringe Kenntnisse über Sucht oder Drogen, kennen meist die Angebote der Suchthilfe nicht, wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen. Angst und Scham davor, dass ihre Nachbarn, Landsleute oder staatliche Institutionen von den Problemen erfahren könnten, erschweren eine erfolgreiche Bewältigung dieser Belastungen.

Die Folge sind hilflose Bewältigungsversuche, die oftmals darin münden, dass die suchterkrankten Familienmitglieder in die Herkunftsländer verschickt, verheiratet oder materiell unterstützt werden (KIMIL u. a. 2006). Mütter und Ehefrauen entwickeln dann leicht ein koabhängiges Verhalten mit eigener Behandlungsbedürftigkeit (zu speziellen Angeboten siehe etwa: www.doenues-drogentherapie.de oder www.nokta-suchthilfe.de). Dem Wunsch vieler Migrantinnen und Migranten entsprechend, wäre es wünschenswert, dass Angehörige da, wo es Sinn hat, bei der Behandlung stärker berücksichtigt und in die Prozes-

se einbezogen werden. Für koabhängige und gefährdete Angehörige von suchterkrankten Migranten bewähren sich Gruppenangebote mit fachlicher Anleitung. Hilfreich sind auch schriftliche muttersprachliche Informationen, die sowohl in der Beratung als auch in einer Therapie eingesetzt werden können und die die Psychoedukation und das Verständnis für die Situation verbessern. Schließlich benötigen wir für den Bereich der Nachsorge Selbsthilfegruppen, die von Migranten auch genutzt werden. Hier hat sich eine professionelle Begleitung empfohlen.

Flüchtlinge und Asylbewerber

Flüchtlinge und Asylbewerber werden im Suchthilfekontext meistens gar nicht erwähnt. Die Asylbewerber kommen zumeist aus Krisen- und Kriegsgebieten wie Exjugoslawien, die Türkei, dem Irak, Afghanistan, der Russischen Föderation etc. nach Deutschland. Von 1990 bis Ende 2007 haben über 2,25 Millionen Menschen um politisches Asyl nachgesucht, von denen rund 135 000 anerkannt wurden, weitere ca. 88 500 Personen erhielten Abschiebungsschutz. Dazu kamen etwa 24 000 Asylbewerber, bei denen Abschiebungsverbote festgestellt wurden. Das Bundesamt hat seit 1990 also bei rund 250 000 Personen auf zwingenden rechtlichen Schutz entschieden, zuzüglich der vor dem Zeitpunkt der statistischen Erfassung *positiv* entschiedenen Fälle (Bundesministerium des Innern 2007).

Viele dieser Flüchtlinge haben mehr oder weniger massive Traumata erlebt, sodass es unter ihnen auch eine hohe Inzidenz von psychischen Störungen gibt. Nach einer Studie der psychologischen Forschungs- und Modellambulanz der Universität Konstanz in Kooperation mit dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge sind etwa 40 Prozent der Asylsuchenden traumatisiert bzw. leiden an traumabedingten psychischen Störungen (GÄBEL u. a. 2005). Traumatisierte Patienten konsumieren häufig Alkohol, Cannabis und Medikamente, um ihre Symptome auszuhalten und zu behandeln. Wir können davon ausgehen, dass für die zweite Generation viele der oben für die Gruppe der Spätaussiedler und der Arbeitsmigranten genannten Folgen ebenfalls gelten (werden). Allerdings liegen für die Suchtprobleme dieser Gruppen keine Untersuchungen in Deutschland vor.

Nationale und internationale Vernetzung – Schlussbemerkung

Drogenabhängige, ihre Angehörigen und andere Rat suchende Migranten sind zu einer wichtigen Zielgruppe von Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland geworden. In den nächsten 15–20 Jahren werden bis zu 40 Prozent der Jugendlichen und Kinder unter 15 Jahren in Deutschland einen persönlichen oder familiären Migrationshintergrund haben (Statistisches Bundesamt 2007).

Für die Primärprävention von Sucht und Drogenabhängigkeit hat das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. (EMZ) in Hannover seit Mitte der Neunzigerjahre bis heute wichtige Praxismodelle entwickelt:

Das Projekt *Interkulturelle Suchthilfe in Hannover* (ISH-Projekt) wurde 1996 als erstes primärpräventives Suchtprojekt für Migrantinnen und Migranten in Deutschland entwickelt und mehrfach als Best-Practice-Modell ausgezeichnet. Schwerpunkt sind der Umgang mit illegalen Drogen und die daraus resultierenden Suchtstörungen und Folgeprobleme. Dazu werden mehrsprachige, gut integrierte und sozial engagierte Migranten zu Suchtpräventionsmediatoren und -beratern ausgebildet. In einem fünfzigstündigen Curriculum werden Themen wie Grundlagen, Theorien, Verlauf und Ursachen der Drogenabhängigkeit, medizinische Aspekte, Stoffkunde, Suchthilfesystem, rechtliche und ausländerrechtliche Aspekte durch Fachreferenten vermittelt. Nach der Schulung organisieren die Suchtmediatoren eigenständig Aufklärungsveranstaltungen für ihre Community in Kulturvereinen, religiösen Einrichtungen, Sprachkursen etc. Mehrsprachige Aufklärungsmaterialien unterstützen die Information. Auf diese Weise konnten seit 1996 bis heute über 5000 Migrantinnen und Migranten in Hannover direkt erreicht werden.

Für den Bereich der legalen Drogen (Alkohol- und Nikotinprävention) werden seit 2003 im Rahmen des *MiMi*-Projekts nach dem oben beschriebenen Mediatorenansatz an 46 deutschen Standorten mehrsprachige Informationskampagnen durchgeführt. Durch dieses Projekt konnten bisher über 17 000 Migranten in Deutschland erreicht werden (siehe auch: www.bkk-promig.de).

Erfreulicherweise wurden mittlerweile in Deutschland im Bereich der Suchtprävention für Migrantinnen und Migranten viele einzelne Projekte aufgebaut. Jetzt gilt es, diese besser miteinander zu vernetzen, um

den Erfahrungsaustausch zu verbessern. Deswegen sollte das angestrebte Ziel die Etablierung einer Plattform sein, die alle diese Angebote recherchiert und miteinander vernetzt. Nur dadurch sind Synergien, Standardisierungen und Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Eine solche Vernetzung würde es viel eher gestatten, gefährdete junge Migranten präventiv besser und frühzeitig zu erreichen und die vielen unterschiedlichen Folgen der Drogenabhängigkeit wie HIV, Hepatitis, Kriminalität etc. für die unmittelbar Betroffenen und für die Gesellschaft zu verringern.

Auch in der Suchthilfe müssen wir zudem weg von der Defizitorientierung, um viel stärker die Ressourcen von Migranten in den Vordergrund zu rücken und ihr Empowerment zu stärken. Dazu benötigen wir glaubwürdige Botschaften und positive Vorbilder für die Präventionsarbeit sowie Programme, die die Erziehungs- und Kommunikationskompetenzen der Eltern verbessern. Von den Erfahrungen anderer europäischer Länder – sowohl von anderen Aufnahmeländern wie den Herkunftsländern – gilt es auf diesem Wege zu lernen und stärker mit ihnen zu kooperieren.

In diesem Sinne hat das EMZ 2008 die Projektträgerschaft für das seit 15 Jahren bestehende und von der EU geförderte europäische Netzwerk *AIDS & Mobility* übernommen (www.aidsmobility.org). Im Rahmen dieses Projekts wurde der seit 1992 im EMZ entwickelte Ansatz der HIV/AIDS-Prävention für Migranten mit dem ISH-Ansatz verbunden.

Dieses Projekt, angelehnt an das Modell MiMi, bildet engagierte Migranten in einer Schulung zu »Transkulturellen Gesundheitsmediatoren« aus. Diese geschulten Mediatoren klären beispielsweise kultursensibel über HIV/AIDS, Drogenabhängigkeit, *Harm Reduction*, Hepatitis, Sexualpädagogik oder Familienplanung auf. Im Zeitraum von 2008 bis 2011 werden nach diesem Vorbild gemeinsam mit Partnern in Hannover, Rom, Kopenhagen, Tallinn, London und Istanbul 170 Mediatoren ausgebildet.

Ein ähnliches Ziel verfolgt der von 25 europäischen Ländern getragene Verbund *Correlation Network II* (www.eatg.org). Das Gesamtziel des Netzwerkes ist es, die gesundheitlichen Ungleichheiten in Europa zu reduzieren und die Prävention und Behandlung zu verbessern.

Solche Projekte und Ansätze helfen, uns stärker mit den europäischen und internationalen Erfahrungen zu vernetzen, neue Entwicklungen

aufzugreifen und die Effektivität der bestehenden Interventionen zu erhöhen.

Zum Abschluss sollen in Anlehnung an die Sonnenberger Leitlinien, die erstmals in Deutschland verbindliche fachliche und methodische Handlungsperspektiven und Standards für die Verankerung einer kultursensiblen und integrativen Gesundheitsversorgung der Migranten im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie darstellen, Empfehlungen für die Integration von Migranten in die Angebote der Suchthilfe beschrieben werden (MACHLEIDT u. a. 2006).

Ausgehend von diesen Leitlinien können für den ambulanten und stationären Bereich der Suchthilfe folgende Empfehlungen formuliert werden:

- Ermöglichung eines erleichterten Zugangs zu Angeboten der Suchthilfe durch Niedrigschwelligkeit, Kultursensibilität und Kulturkompetenz für Migranten;
- Bildung eines multikulturell besetzten Behandlungsteams, bevorzugte Gewinnung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und bilingualer Sprachkompetenz zur Unterstützung der Mitarbeiter der Suchthilfe in ihrer Arbeit;
- enge Zusammenarbeit mit Dolmetschern sowie professioneller Umgang mit sprachlichen Hindernissen;
- Etablierung regelmäßiger Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten der Fachkräfte zum Thema »Migration und Sucht«.

Menschen mit Zuwanderungshintergrund werden in den nächsten Jahren, aufgrund der demografischen Entwicklung, mit zu den größten Zielgruppen der Suchthilfe in Deutschland gehören. Die Mitarbeiter und die Dienste der Suchthilfe sollten sich präventiv auf diese Entwicklung einstellen. Die Konzepte, Methoden und Praxismodelle der »Interkulturellen Suchthilfe« können dabei helfen. In den vergangenen Jahren wurden dafür viele praxisrelevante, effektive und kostengünstige interkulturelle Konzepte und Ansätze entwickelt. Diese sollten in der Zukunft stärker miteinander vernetzt und breit übertragen werden. Jede Investition in diesen Bereich, insbesondere in die Prävention, wird helfen, Suchtkarrieren zu vermeiden, und wird dazu beitragen, dass die Migration für alle Seiten ein Erfolg wird.

Abmet Kimil, Psychologe und Psychotherapeut, ist 1971 in Hamburg geboren. Er arbeitet seit 2001 im Ethno-Medizinischen Zentrum e. V. in Hannover. Als Projektleiter ist er zuständig für die Projekte »Interkulturelle Suchthilfe: Prävention und Beratung für Migranten« und MiMi-Nordrhein-Westfalen. Wichtige Veröffentlichung: Kimil, A. u. a. (2009): Mental health services: improving access to socio-psychiatric care for immigrants (regional analysis). In: The European Journal of Public Health, Suppl. 19, S. 36 ff. Kontakt: ethno@onlinehome.de.

Angaben zu Ramazan Salman finden sich auf der Seite 215.