

Ist die Suchthilfe in Rheinland-Pfalz interkulturell geöffnet?

Eine explorative Erhebung



Herausgeber:

Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.

IN TERRA Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge | PSZ

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung

des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz

Autorin: Michaela Bersching

März 2022



Caritasverband
Rhein-Mosel-Ahr e.V.



Koordinierungsstelle
für die interkulturelle Öffnung
des Gesundheitssystems in RLP

Abstract

In der landesweiten deskriptiven Befragungsstudie wird der Sachstand der interkulturellen Öffnung von Migrationsfachdiensten und Einrichtungen aus der Suchthilfe in verschiedenen Rubriken beschrieben und zur besseren Einordnung verglichen. Das Suchthilfesystem hat bezüglich der Verankerung interkultureller Aspekte in strukturellen Merkmalen, wie denen des Leitbildes, des Qualitätsmanagements oder der Mitarbeitenden, ein größeres Defizit als die Migrationsfachdienste. Des Weiteren ist die Sprachmittlung in den Migrationsfachdiensten besser ausgebaut und wird häufiger genutzt. Die Suchthilfe hat einen geringeren Bedarf und greift weniger oft auf externe Sprachmittlung zurück, meist aus mangelnder Verfügbarkeit. Die Dunkelziffer der Geflüchteten mit problematischem Konsum wird von beiden Seiten höher eingeschätzt als die derzeit ankommende Anzahl an Klient:innen. Das Suchthilfesystem sieht einen noch größeren versteckten Hilfebedarf als die Akteure aus den Migrationsfachdiensten. Die Barrieren sind vielfältig und existieren meist nebeneinander. Das Fachpersonal ist sich einig, dass Angebote insgesamt besser auf die Bedürfnisse der Geflüchteten angepasst werden müssen, indem diese niedrigschwellig gestaltet werden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	02
Einleitung und Fragestellung	03
Methodische Vorgehensweise	03 — 04
Ergebnisse	05 — 14
Rubrik „institutionelle Voraussetzungen“	05 — 08
Rubrik Sprache	08 — 11
Rubrik KlientInnen	12 — 14
Diskussion	15 — 17
Einschränkungen und Ausblick	17
Fazit	17
Abbildungsverzeichnis / Tabellenverzeichnis	18
Literatur	19

Einleitung und Fragestellung

In 17 Studien mit insgesamt über 7000 befragten Geflüchteten zeigten im Durchschnitt 28% der Befragten Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (kurz: PTBS), 34% einer Depression und zwischen 19-37% einer Angststörung (vgl. Lindert et al., 2018). Bevorzugte Behandlungen bei einer PTBS ist die traumafokussierte Psychotherapie, bei der der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt (Schäfer et al., 2019). Therapeutische Angebote sind für diese Zielgruppe aufgrund der aktuellen Lebenssituation kaum zu erreichen. Einschränkungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz, fehlende Sprachmittlung, kulturelle Unterschiede, fehlende Kenntnisse über oder mangelndes Vertrauen in das Hilfesystem sind nur wenige Aspekte, mit denen die Geflüchteten konfrontiert sind. Ansätze ohne traumafokussierte Behandlung haben Studien zu Folge keine ausreichende Wirksamkeit in Bezug auf PTBS-Symptome (vgl. Nickerson et al., 2011). Nicht selten führt dieser Missstand zur Selbstmedikation mit verschiedenen Suchtmitteln. Mindestens 33 % der Menschen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung haben ebenfalls eine Substanzstörung (Kessler et al. 1995, Mills et al. 2006, Levitt & Cloitre, 2005). Zu: (Levitt & Cloitre, 2005). Temporär wird konsumbedingt eine Linderung der Belastungen erlebt, perspektivisch manifestieren sich die psychischen Beschwerden und neue Problemstellungen kommen hinzu. Akkulturationsstress, Verlust von Ressourcen, Verfügbarkeit von Substanzen im Aufnahmeland, reduzierter Zugang zu Hilfen erhöhen zusätzlich das Risiko für die Gruppe der geflüchteten Menschen, an einer Substanzstörung zu erkranken. Es scheint, dass in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe geflüchtete Patient:innen und Klient:innen dennoch kaum vertreten sind.

Passende Angebote für dieses Querschnittsthema zu finden gestaltet sich als herausfordernd. Die interkulturelle Öffnung des Suchthilfesystems für die Zielgruppe der Geflüchteten wird scheinbar aktuell nur wenig vorangetrieben. Daten zu der Sachlage in Rheinland-Pfalz sind quasi nicht vorhanden. Die folgende Erhebung soll einen Überblick über den Status Quo in Rheinland-Pfalz geben.

Methodische Vorgehensweise

Die Verteilung des Online-Fragebogens erfolgte durch den Verteiler der Landesstelle Sucht, durch den Verteiler des Referenten für Migrationsfragen des Bistums Trier und den Newsletter der Koordinierungsstelle. Informationen zum Hintergrund der Erhebung erhielten die Befragten in einem kurzen Anschreiben in einer PDF Datei. Dort wurde der Direktlink zur Befragung eingebettet. Der Fragebogen konnte im Zeitraum vom 04.05.21 bis 04.07.21 online auf der Erhebungsplattform „SoSci Survey“ beantwortet werden.

Die Erhebung beinhaltete sowohl offene als auch geschlossene Fragen, die sich in fünf Sinnabschnitte einteilen lassen:

1. Art der Einrichtung
Auswahlmöglichkeit zwischen Suchthilfesystem und Migrationsberatung
2. Institutionelle Voraussetzungen
Fragen z.B. zu Leitbildern, QM, Mitarbeitenden und Kooperationen
3. Sprache
Fragen zur Sprachmittlung und deren Finanzierung
4. KlientInnen
Fragen zu Klient:innen und Zugangshindernissen
5. Offene Eingabe
Möglichkeit, eigene Inhalte zur Sprache zu bringen

Die Fragen wurden anonym beantwortet. Es haben insgesamt 67 Personen die Erhebung vollständig beantwortet.

Warum werden im Folgenden Migrationsfachdienste und Einrichtungen des Suchthilfesystems gegenübergestellt?

Migrationsdienste haben die interkulturelle Öffnung nach innen und nach außen als festen Bestandteil in ihrem Aufgabenspektrum und können somit eine Referenz in den verschiedenen Rubriken bieten.

So kann überprüft werden, wo die potenziellen Barrieren im System liegen. Bestätigt sich die Vermutung, dass Geflüchtete durch ihre Ausgangslage ein erhöhtes Risiko zu problematischem Konsum haben und demnach stärker im System vertreten sind? Oder ist es der Gruppe aufgrund individueller und struktureller Hürden nicht möglich, adäquate Hilfe in Anspruch zu nehmen?

Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Von den 67 Personen, die an der Befragung teilgenommen haben, lassen sich 38 Personen dem Suchthilfesystem und 20 Personen den Migrationsfachdiensten zuordnen. Neun Befragte wählten die Option „Sonstiges“, wobei sich sechs Personen eher in den migrationsspezifischen Bereich, zwei in den suchtspezifischen Bereich und eine Person in der Verwaltung ansiedeln lassen. Demnach ist die Gruppe, die sich dem Suchthilfesystem zuordnen lassen, fast doppelt so groß wie die der Migrationsfachdienste. Die Gruppen werden erst gegenübergestellt, wenn sich die jeweiligen Angaben um mehr als zehn Prozent unterscheiden. Anderenfalls wird nur das Ergebnis der Gesamtgruppe dargelegt.

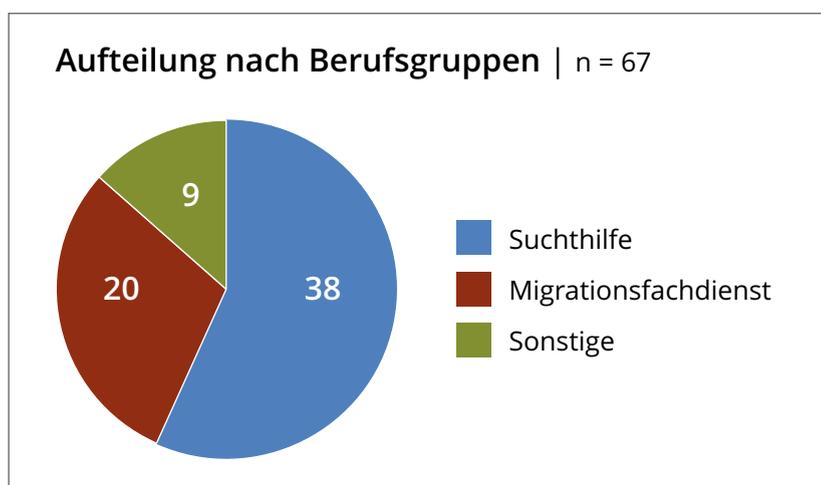


Abbildung 1

Rubrik „institutionelle Voraussetzungen“

In der Rubrik institutionelle Voraussetzungen werden die gegebenen Rahmenbedingungen der Einrichtungen abgefragt. Es wird überprüft, ob die interkulturelle Öffnung überhaupt Beachtung innerhalb der institutionellen Strukturen findet.

67% der Befragten geben an, dass in ihrer Einrichtung interkulturelle Aspekte verankert sind. Die Unterschiede zwischen den Migrationsfachdiensten und dem Suchthilfesystem sind deutlich erkennbar. 80% der Befragten aus den Migrationsfachdiensten haben diese Frage bejaht. In der Suchthilfe sind es knapp über die Hälfte (vgl. Tabelle 1).

Sind interkulturelle Aspekte im Leitbild verankert?

Gruppe	ja	nein	k.A.
Migrationsfachdienste n=20	80%	10%	10%
Suchthilfesystem n=38	55%	20%	19%
Sonstige n=9	89%	11%	11%
Gesamtgruppe n=67	67%	18%	15%

Tabelle 1

Ein ähnlicher Unterschied ist in der Frage nach der Verankerung der interkulturellen Aspekte im Qualitätsmanagement zu erkennen. Hier konnten 39% der Gesamtgruppe die Frage mit „ja“ beantworten.

Sind interkulturelle Aspekte in ihrem Qualitätsmanagement verankert?

Gruppe	ja	nein	k.A.
Migrationsfachdienste n=20	50%	20%	30%
Suchthilfesystem n=38	26%	37%	37%
Sonstige n=9	67%	11%	22%
Gesamtgruppe n=67	39%	28%	33%

Tabelle 2

Keine Unterschiede sind bei der Frage nach Projekten/Modellprojekten zum Querschnittsthema Flucht und Sucht zu erkennen. 97% der Befragten verneinten diese Frage oder konnten keine weitere Auskunft geben. Lediglich zwei Befragte gaben an, in der Einrichtung Projekte zu diesem Themenkomplex zu gestalten.

Existieren derzeit Projekte/Modellprojekte im Kontext Flucht und Sucht?

■ ja ■ nein ■ keine Angabe

Projekte zu Sucht und Flucht



Abbildung 2

Gibt es einen Migrations- oder Integrationsbeauftragten in ihrer Einrichtung?

Die Frage nach Migrations- oder Integrationsbeauftragten in der eigenen Einrichtung, bejahten ein Viertel der Teilnehmenden. Dieser stammt in den meisten Fällen aus dem Migrationsfachdienst (69% | n=13).

Gruppe	ja	nein	k.A.
Gesamtgruppe n=67	25%	58%	17%

Tabelle 3

Aus welchem Bereich stammt der Migrations- oder Integrationsbeauftragte | n = 13

Anmerkung: 17 Personen haben angegeben, einen Integrations- oder Migrationsbeauftragten in ihrer Einrichtung zu beschäftigen. Jedoch haben lediglich 13 Personen den Bereich, aus dem dieser entstammt, näher benannt.

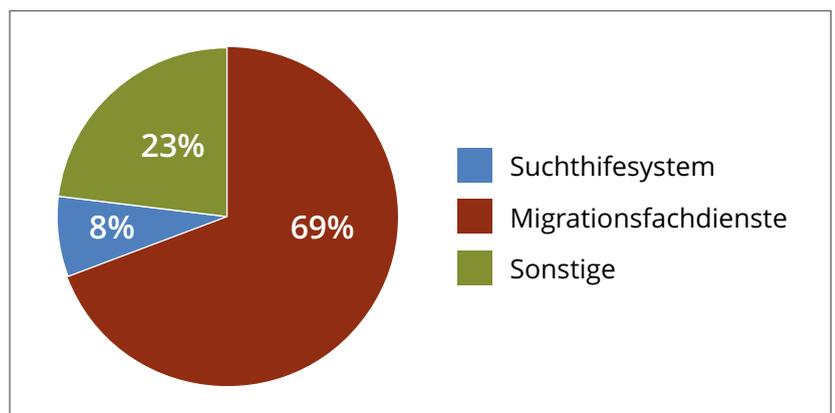


Abbildung 3

In 60% der befragten Migrationsfachdienste ist der Anteil an Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund und anderer/zweiter Staatsangehörigkeit in der Einrichtung 40% oder höher. Im Suchthilfesystem trifft dies auf 14% der Mitarbeitenden zu (Abbildung 4).

Anteil der MitarbeiterInnen mit Migrationsgeschichte oder anderer/zweiter Staatsangehörigkeit

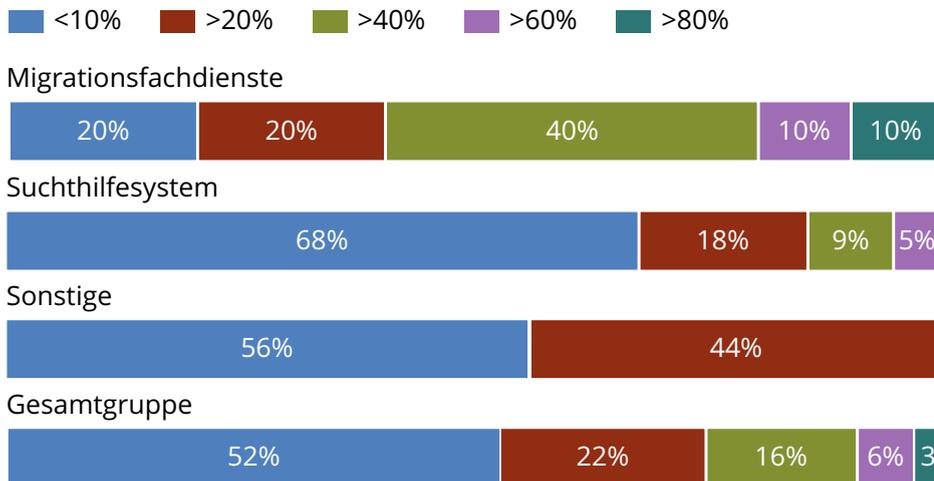


Abbildung 4

Über Dreiviertel (78%) der Gesamtgruppe werden interkulturelle Fortbildungen angeboten. Bei 61% der Befragten werden in (Fall-)Supervisionen kulturelle Aspekte beachtet.

Auf die Frage nach mehrsprachigen internen Dokumenten, wie zum Beispiel Anamnesebögen, gaben 21% der Befragten aus dem Suchthilfesystem an, diese nutzen zu können. Bei den Migrationsfachdiensten waren es fast dreimal so viele (60%).

Unterschiede bei der Nutzung von mehrsprachigem Informationsmaterial gab es kaum. 84% der Befragten gaben an, die Möglichkeit zu haben und auf diese zurückzugreifen. Es wird bevorzugt Material Dritter verwendet.

Mehrsprachiges Informationsmaterial

Anmerkung: 57 Personen haben angegeben, mehrsprachige interne Dokumente in ihrer Einrichtung zu nutzen. Jedoch haben 59 Personen die Frage nach Spezifizierung des Ursprungs beantwortet.

Es lässt sich zudem eine hohe Kooperationsrate darlegen. 81% der Befragten gaben an, mit dem jeweilig anderen Fachdienst zusammenzuarbeiten. Die häufigsten Kooperationsgründe sind dabei Weitervermittlungen, Austausch und Fallbesprechungen.

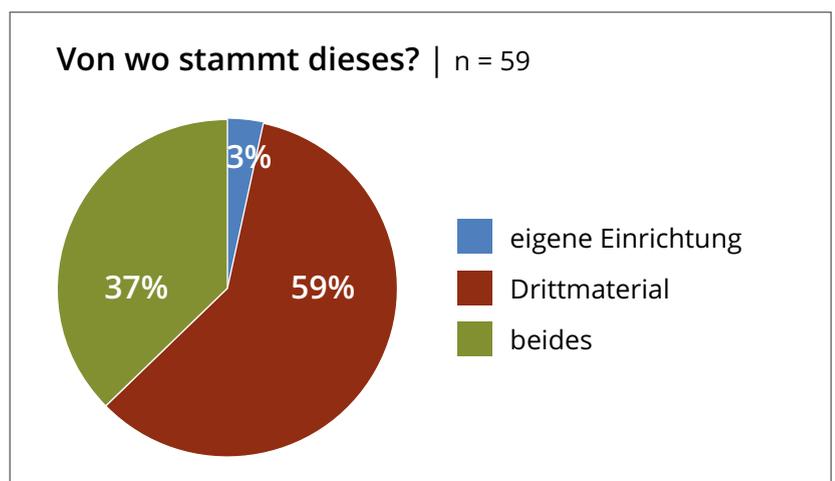


Abbildung 5

Kooperationsgründe

Anzahl | Mehrfachnennungen möglich

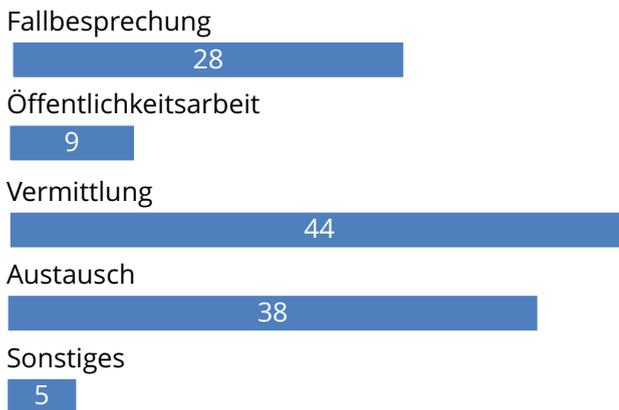


Abbildung 6

Rubrik Sprache

Sprache ist in der psychosozialen Beratung und Behandlung das wichtigste Handwerkszeug der Beratenden. Umso wichtiger, dass die Verständigung zwischen Klient:innen und Behandler:innen funktioniert. Dafür ist eine qualifizierte Sprachmittlung von enormem Vorteil. Diese zu gewährleisten, kann aufgrund fehlender rechtlicher oder finanzieller Zusicherungen ein Problem darstellen. Anderweitige Unterstützungen können kurzfristig funktionieren, sollten aber die Ausnahme bleiben. Die fortschreitende Digitalisierung eröffnet neue Möglichkeiten, die jedoch aktuell noch nicht in gleichem Maße genutzt werden.

90% der Migrationsfachdienste haben die Möglichkeit, auf externe Sprachmittler:innen zurückzugreifen. Im Suchthilfesystem ist die Zahl mit 63% deutlich geringer. Dies spiegelt sich ebenfalls in der Häufigkeit der Nutzung wieder.

Wie häufig wird auf externe SprachmittlerInnen zurückgegriffen?

■ nie ■ selten ■ häufig ■ immer ■ k.A

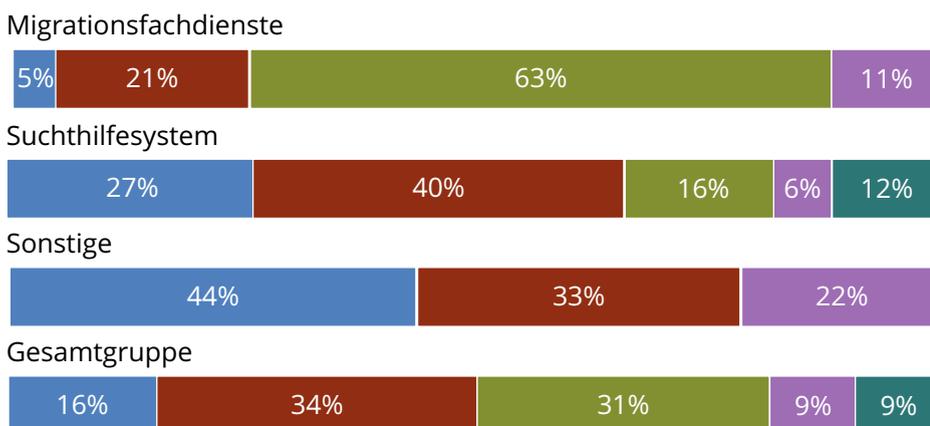


Abbildung 7

Anmerkung zur Abbildung 7 auf der vorherigen Seite: 16 Personen haben angegeben, keinen Zugriff auf Sprachmittlung zu haben oder haben die Frage nicht beantwortet. Jedoch haben 17 Personen die Frage nach Spezifizierung der Häufigkeit mit „nie“ oder „k.A.“ beantwortet.

Die geführten Gespräche wurden zum größten Teil in Präsenz durchgeführt und gleichermaßen mit internen Mitteln oder durch Dritte finanziert.

Erfolgt das Gespräch persönlich/Video/Telefon?

■ Anzahl | Mehrfachnennungen möglich

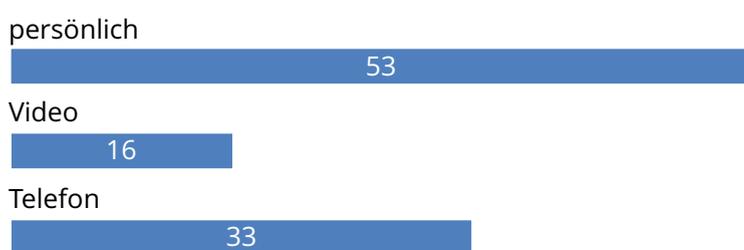


Abbildung 8

Finanzierung?

■ Anzahl | Mehrfachnennungen möglich

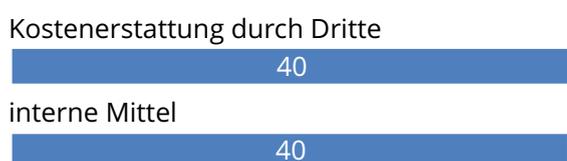


Abbildung 9

Alternativ zur Sprachmittlung können Gespräche in gemeinsam gesprochenen Sprachen geführt werden. Das ist im Suchthilfesystem in Dreiviertel der Angaben „nie“ oder „selten“ der Fall.

Gespräche in gemeinsam gesprochener Sprache

■ nie ■ selten ■ häufig ■ immer ■ k.A

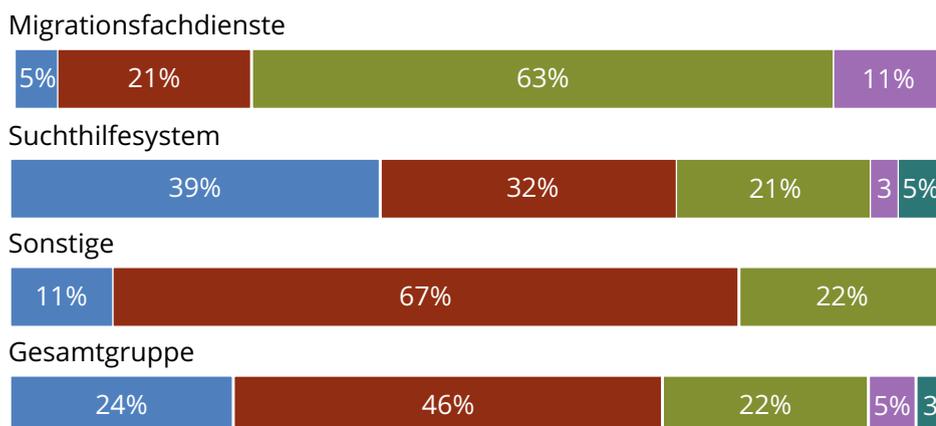


Abbildung 10

Dieses Bild setzt sich in den folgenden zwei Abbildungen fort: im Suchthilfesystem werden ebenfalls „nie“ oder „selten“ Gespräche mit Hilfe von Mitarbeiter:innen (100%, Abbildung 11) und mit Hilfe von Angehörigen geführt (69%, Abbildung 12).

Gespräche mit Hilfe von Mitarbeitenden

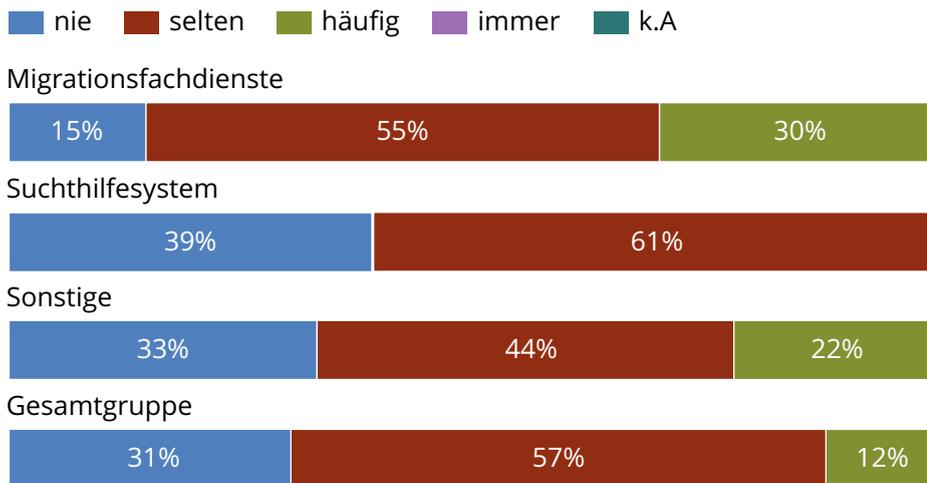


Abbildung 11

Gespräche mit Hilfe von Angehörigen

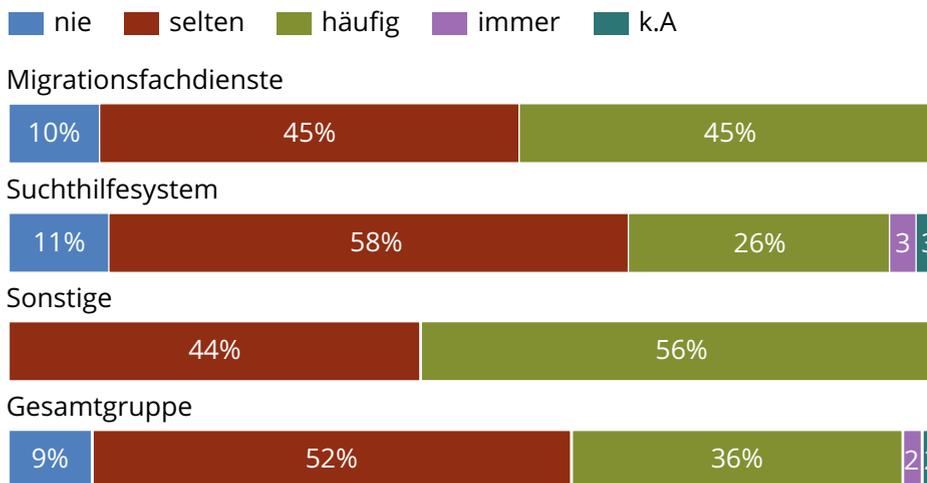


Abbildung 12

Konträr dazu unterscheiden sich zwischen den Gruppen die „Häufigkeit der Gespräche, die eigentlich mit Hilfe eines Sprachmittlers hätten übersetzt werden müssen“, nicht.

Gruppe	nie	selten	häufig
Gesamtgruppe n=67	24%	49%	27%

Tabelle 4

Die Gründe dafür wurden aufgrund der offenen Eingabemöglichkeit qualitativ ausgewertet und in fünf Kategorien unterteilt (Abbildung 13).

Aus welchen Gründen?

qualitative Auswertung | n = 21 ■ Anzahl

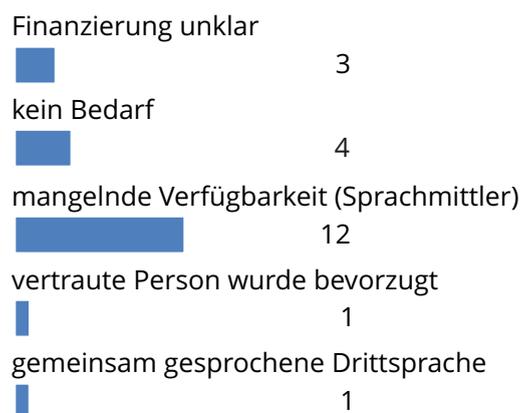


Abbildung 13

Herausstechender Grund für das Fehlen von Sprachmittlung ist die mangelnde Verfügbarkeit. Dies kann an der mangelnden Verfügbarkeit der Sprache an sich oder des Sprachmittlers liegen. Zusätzlich kann auch die Spontanität der Sprachmittlung ein Hinderungsgrund sein.

„In vielen Situationen ist auf die Kürze der Zeit kein passender Sprachmittler zu erreichen.“

„Kurzfristige Anfrage.“

„Stand der Deutschkenntnisse war nicht absehbar.“

„Sprache im Sprachmittlerpool nicht vorhanden.“

„Kein passender Dolmetscher verfügbar.“

Weitere Gründe waren ein mangelnder Bedarf an Sprachmittlung und unklare Finanzierungsmöglichkeiten.

„Es kommen keine Klienten bei uns an, die nicht Deutsch sprechen.“

„Ich spreche einfaches und verständliches Deutsch, mir fällt es nicht schwer die Menschen zu verstehen, auch die Menschen die zu uns kommen, haben keinerlei Probleme sich mit uns zu verständigen. Die Dolmetscherdienste sind wichtig, man kommt aber auch ohne die gut aus.“

*„Die finanziellen Mittel für Sprachmittler*innen sind knapp und nur für Klient*innen der MBE vorgesehen.“*

„Es stehen keine finanziellen Mittel zur Verfügung.“

Rubrik KlientInnen

Im Durchschnitt braucht ein Mensch, der alkoholkrank ist, 10-12 Jahre um im Hilfesystem anzukommen. Der Weg der Klient:innen mit Fluchthintergrund ist, wie eingangs beschrieben, von zusätzlichen Unsicherheiten und Hürden geprägt. Im Folgenden werden diese Aspekte näher betrachtet.

Die Staatsangehörigkeit der Klient:innen wird von 96% der Befragten der Gesamtgruppe erhoben.

Der Unterschied zwischen dem gezählten oder geschätzten Anteil der Geflüchteten mit problematischem Konsum liegt deutlich unter der vermuteten Dunkelziffer dieser Gruppe (vgl. Abbildung 14).

Vergleich des gezählten oder geschätzten Anteils der Geflüchteten mit problematischem Konsum in den Einrichtungen versus der vermutete Dunkelziffer | n = 67

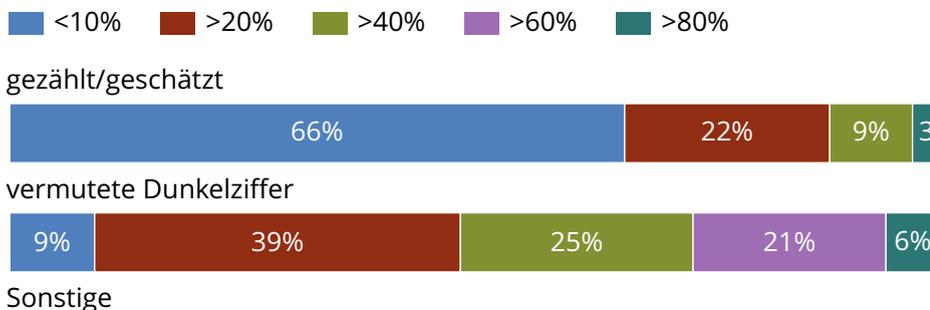


Abbildung 14

Schaut man differenzierter hin, schätzt das Suchthilfesystem die Situation deutlich prekärer ein als die Migrationsfachdienste (Abbildung 15 versus Abbildung 16).

Wie hoch ist der (gezählte oder geschätzte) Anteil der Geflüchteten mit problematischem Konsum in Ihrer Einrichtungen? | n = 67

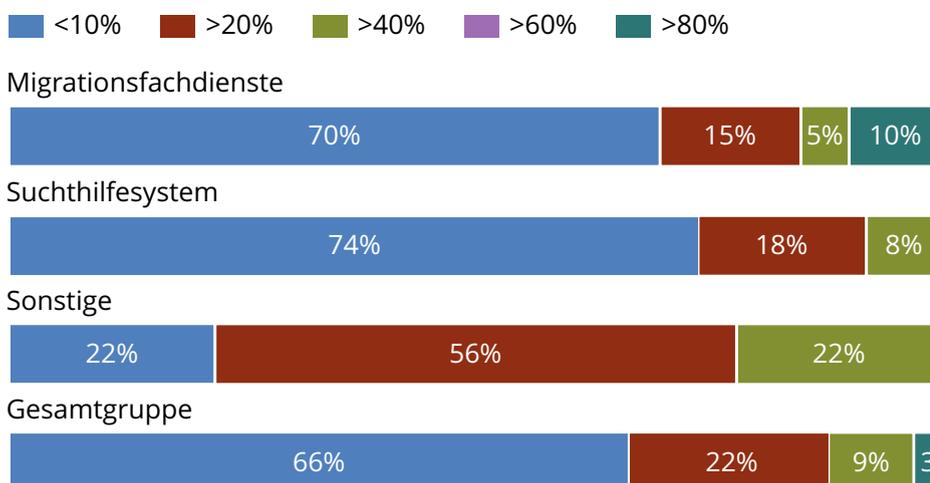


Abbildung 15

Wie hoch ist die Dunkelziffer an Geflüchteten mit problematischem Konsum, die NICHT im Hilfesystem ankommen? | n = 67

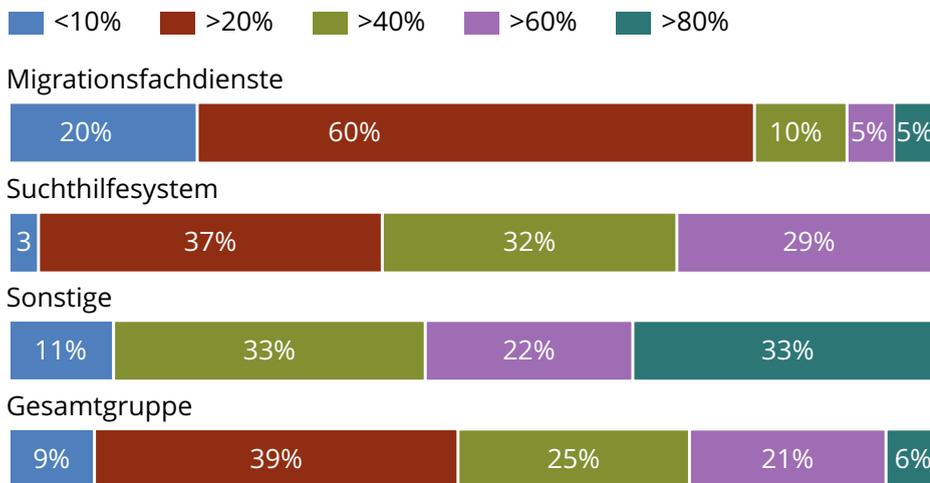


Abbildung 16

Einen Anstieg an Beratungen bei Geflüchteten mit problematischem Konsum sieht jedoch nur ein Viertel der Gesamtgruppe (25%).

Die Auswertung zeigt, dass nicht eindeutig ein Zugangshindernis heraussticht, sondern alle Faktoren gleichermaßen zu beachten sind (vgl. Abbildung 17).

Zugangshindernisse | n = 67

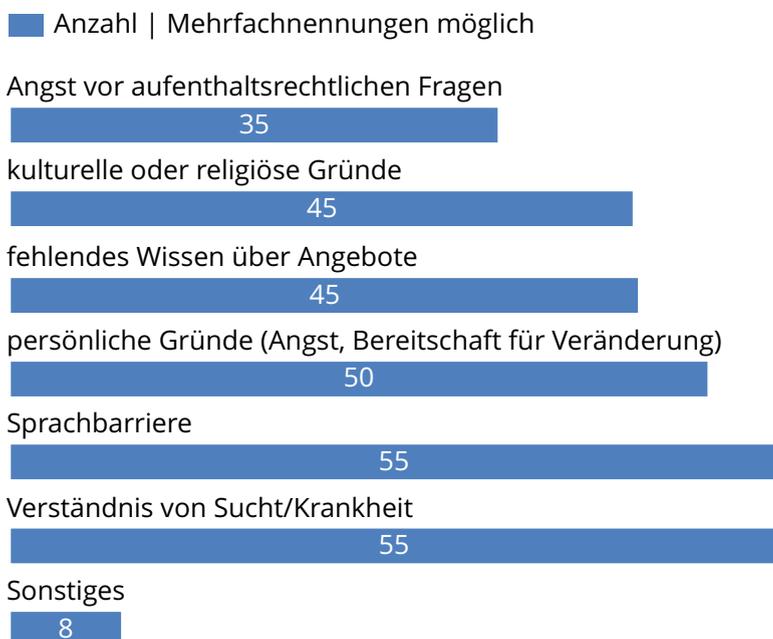


Abbildung 17

Aussagekräftig beantwortet ist die offene Frage nach Handlungsbedarfen in der interkulturellen Suchthilfe. Ausgewertet wurden die Kommentare von 47 Personen, die teilweise mehrere Aspekte in ihrer Ausführung benannt haben (Abbildung 18).

Wo sehen Sie Handlungsbedarf? | n = 47 ■ Anzahl | Mehrfachnennungen möglich

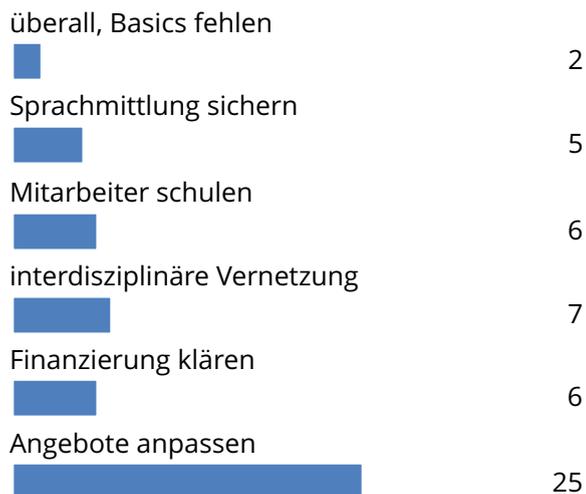


Abbildung 18

Handlungsbedarf ist vor allem in der Anpassung der Angebote gewünscht.

„Niedrigschwellige Zugänge schaffen: Kontakt schaffen zur Zielgruppe, Enttabuisierung von Sucht durch Info und Wissen; Gesundheitsförderung (Bewegung, Ernährung, Entspannung etc.) sowie speziell zu Sucht und Suchtprävention (Rauchen, Alkohol, Drogen, Medikamente, Umgang mit Medien und Mediensucht bei Kindern, Jugendlichen und Familien; Traumaberatung)“

„Die interkulturelle Suchthilfe sollte niederschwellige Angebote vorstellen, die vielleicht erstmal nichts mit Sucht zu tun haben. Damit kann der Kontakt zu der Suchthilfe hergestellt werden, ohne dass der Mensch sein Suchtproblem offen aussprechen musste und sich ggf. unwohl fühlt.“

„Niedrigschwellige Beratungsangebote in den Lebensräumen der geflüchteten Menschen z.B. Flüchtlingsheime, Sprachkurse“

Beispielsweise sollte der Zugang erleichtert werden und ein grundsätzliches Verständnis des hiesigen Suchtbegriffs durch Aufklärungsarbeit geschaffen werden.

„Für viele Ratsuchende ist das Konzept der Suchtberatungsstellen fremd, häufig werden Ärzte erwartet und Medikamente. Die Ratsuchenden sind enttäuscht, dass sie diese nicht erhalten. Es werden BeraterInnen vor Ort in den Aufnahmeeinrichtungen benötigt, die kontinuierlich Kontakt halten oder zur Suchtberatung begleiten, damit die Gespräche regelmäßig stattfinden können.“

Aber auch die Finanzierung von Hilfeangeboten sollte langfristig gesichert sein.

„Finanzierung für qualifiziertes Personal mit verschiedenen Sprach- und Fachkenntnissen“

Mitarbeiter:innen müssten zudem in kulturellen Besonderheiten geschult werden, als auch bei der Zusammenarbeit mit Sprachmittelnden.

Diskussion

Die Ergebnisse der Erhebung geben den Hinweis, dass das Querschnittsthema Sucht und Flucht auf institutioneller Ebene noch nicht ausreichend verankert ist. Nur etwa die Hälfte der Teilnehmenden aus dem Suchthilfesystem konnte die Frage nach interkulturellen Aspekten im Leitbild mit „ja“ beantworten. In Bezug auf das Qualitätsmanagement sind es nur rund ein Viertel. Fehlende strukturelle Verankerungen im Grundsatz der Einrichtungen schaffen eine schwierige Ausgangssituation für Mitarbeitende, um interkulturell zu handeln. Die dauerhafte Implementierung kann zudem nur Top-Down erfolgen. Zum einen kann nur so verhindert werden, dass mit Wechsel des Personals vergangene Bemühungen ins Leere laufen. Zum anderen ist ein wichtiger Gelingensfaktor das Engagement der Führung, um das Thema auch nachhaltig voranzubringen. Hilfreich zur Sicherung der interkulturellen Öffnung ist ein Migrations- oder Integrationsbeauftragter in der Einrichtung. 25 % der Teilnehmer:innen aus Suchthilfe und Migrationsfachdiensten beschäftigen einen solchen in ihrer Einrichtung. Von 13 Personen, die den Beschäftigungsbereich des Beauftragten näher angegeben haben, waren neun der Integrationsbeauftragten aus dem Migrationsfachdienst, drei aus sonstigen Diensten und einer aus der Suchthilfe.

(Modell-)Projekte im Kontext Flucht und Sucht sind in nahezu keinem der Dienste vorhanden. Lediglich drei Prozent (n=2) konnten angeben, ein Querschnittsprojekt in ihrer Einrichtung anzubieten. Dies könnte zum einen daran liegen, dass sich bereits bestehende Projekte aus der Vergangenheit soweit etabliert haben, dass diese ins Regelsystem aufgenommen wurden. Ein anderer Erklärungsansatz deutet darauf hin, dass es durch die geringe ankommende Personenanzahl mit problematischem Konsum zu keiner Notwendigkeit projektbasierter Arbeit zum Thema Flucht und Sucht kommt.

Es arbeiten mehr Menschen mit Migrationsgeschichte oder anderer/zweiter Staatsangehörigkeit in den migrationsspezifischen Fachdiensten als in den suchtspezifischen Fachdiensten. Dies wirkt sich auch auf die Sprachmittlung aus. So werden mehr Gespräche in gemeinsam gesprochener Sprache oder mit Hilfe von Mitarbeitenden geführt. Generell ist die (semi)professionelle Sprachmittlung in Migrationsfachdiensten besser ausgebaut und wird häufiger genutzt. Dies ist durch den originären Arbeitsauftrag der Migrationsfachdienste nachzuvollziehen. Als logische Konsequenz der bisherigen Ergebnisse nutzt das Suchthilfesystem demnach häufiger das Dolmetschen durch Angehörige. Dies gilt als problematisch, da nicht nur Befangenheit und Emotionen wie Scham der Informationsweitergabe im Wege stehen könnten, auch eine unvollständige oder fehlerhafte Verdolmetschung kann zu Missverständnissen und Fehlkommunikation führen. Zu erwarten wäre, dass sich die Verteilung von der „Häufigkeit der Gespräche, die eigentlich mit Hilfe eines Sprachmittlers hätten übersetzt werden müssen“ ebenfalls unterscheidet. Dies ist aber nicht festzustellen. Bedarfsgerechte Sprachmittlung scheint auch in der Suchthilfe ein immerwährendes Problem. So lange die Kostenübernahme nicht rechtlich verankert ist, werden Finanzierungsfragen Hürden in Beratungs- und Therapieprozessen bleiben.

Ein bemerkenswerter Unterschied ist zwischen dem *gezählten oder geschätzten Anteil an Geflüchteten mit problematischem Konsum* und der *vermuteten Dunkelziffer* wahrzunehmen. Zweidrittel (66%) der Befragten gaben an, dass die Anzahl der geflüchteten Klient:innen mit problematischem Konsum in ihrer Einrichtung bei 10% oder niedriger liegt. Die Dunkelziffer wird jedoch als deutlich höher eingeschätzt: 39% der Befragten vermuten den Anteil an Geflüchteten mit problematischem Konsum bei mehr als 20%, 25% der TeilnehmerInnen bei mehr als 40%, 21% bei mehr als 60% und 6% bei mehr als 80% (vgl. Abb. 14). Betrachtet man die Aufteilung genauer, schätzt das Suchthilfesystem die Situation deutlich schwerwiegender ein (vgl. Abb. 15 und 16). Dies kann zur Ursache haben, dass Klient:innen, die bei den Migrationsfachdiensten beraten werden, vordergründig andere Bedürfnisse und Nöte haben: der Aufenthalt muss gesichert werden, Anträge gestellt, Wohnungen und Arbeitsstellen gefunden, das Hilfesystem verstanden werden. Erst wenn alle Grundbedürfnisse befriedigt sind, was durchaus einige Monate oder Jahre dauern kann, haben die Klient:innen Zeit, sich mit der Reflexion eigener Verhaltensweisen auseinanderzusetzen.

Die zu überwindenden Hindernisse in das Suchthilfesystem sind der Auswertung nach vielfältig und addieren sich oftmals. Geflüchtete, die konsumieren, befürchten, dass sich die Behandlung negativ auf ihren Aufenthalt auswirkt und als Abschiebegrund dienen kann, zumal viele Süchte mit rechtswidrigen Handlungen verbunden sind. Nicht selten docken Klient:innen und Patient:innen erst an die Suchthilfe an, wenn Sie durch Delinquenz aufgefallen sind und richterliche Auflagen erhalten haben. Konsum wird in verschiedenen kulturellen und religiösen Kontexten ebenfalls sanktioniert und der:die Konsument:in riskiert „das Gesicht“ in der eignen Community „zu verlieren“. Aber auch das fehlende Verständnis von Sucht oder dem Problembewusstsein dazu erschweren den Weg ins Hilfesystem. Das deutsche Hilfesystem ist vielschichtig. Das garantiert den Hilfesuchenden eine bedarfsorientierte Beratung oder Behandlung, kann aber gleichermaßen auch ein erschwerender Faktor bei fehlendem Wissen über dessen differenziertes Angebot sein. Erst wenn der Leidensdruck durch strafrechtliche, finanzielle, soziale oder gesundheitliche Konsequenzen zu hoch wird, sind Klient:innen gezwungen zu handeln. Wie bei Suchtkranken ohne Migrationshintergrund, bewegen meist erst externe Faktoren zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtverhalten.

Die Befragten sehen den größten Handlungsbedarf in der Anpassung der Angebote für die Zielgruppe. Möglichst niedrigschwellige Angebote dienen als Türöffner, um Berührungängste abzubauen. Die Komm-Struktur, die in den meisten Hilfen vorausgesetzt wird, kann durch aufsuchende Arbeit ergänzt werden. In der Vergangenheit bewährte sich das Key-Person Konzept, um Informationen vertrauensvoll weiterzugeben, psychoedukativ zu arbeiten und die Zielgruppe zu erreichen. Eine Überwindung ist nur möglich, wenn hindernde Faktoren auf beiden Seiten beachtet werden. Nicht nur Klient:innen müssen sich auf neue Wege vorbereiten. Es gilt auch für das Fachpersonal, sich konzeptionell mit interkulturellen Öffnungsprozessen und den dazugehörigen Themen, wie den eigenen Ängsten, Vorurteilen und Ethnozentrismus auseinanderzusetzen.

Viele notwendige Faktoren für eine erfolgreiche Beratung oder Behandlung sind jedoch bereits vorhanden: Traumabehandlungen gibt es auch in der Sucht und lassen sich zum Beispiel mit Hilfe des integrativen Ansatzes kombinieren (mehr dazu www.sucht-und-flucht.de).

Interkulturelle Öffnung bleibt ein versorgungspolitisches Thema, das umfassende Anpassungen im Versorgungssystem benötigt. Leitbilder, Qualitätsmanagement und die Mitarbeiterentwicklung müssen nachhaltig angepasst werden. Öffentlichkeitsarbeit in Sprachkursen, Peergroups oder in muttersprachlichen Medien lassen neue Klient:innen auf Angebote aufmerksam werden. Voraussetzung für das Gelingen der Beratung und Behandlung ist die Deckung der entstandenen Bedarfe.

Einschränkungen und Ausblick

Die Auswertung zur Erhebung der interkulturellen Öffnung des Suchthilfesystems erfolgte deskriptiv. Korrelationen und Kausalitäten lassen sich nicht abschließend ermitteln. Es ergeben sich lediglich Hinweise auf bestehende Zusammenhänge. Zudem geht aus der Datenlage nicht hervor, ob Einzelpersonen oder Teams an einem Fragebogen gearbeitet haben. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind zudem die ungleichen Gruppengrößen zu beachten.

Weiteren Befragungen ist es möglich an verschiedenen Punkten anzuknüpfen. Beispielsweise könnte die Art des Suchtmittels näher betrachtet werden, um etwaige Prävalenzen abzubilden. Eine qualitative Untersuchung würde zudem tiefergehende Informationen zu den in diesem Bericht angedeuteten Barrieren liefern.

Fazit

Resümiert man die Gesamtheit der Ergebnisse, erlangt man zu vielfältigen Hinweisen, dass die interkulturelle Öffnung der Suchthilfe noch nicht ausreichend vorangeschritten ist. Wie in vielen anderen Regeldiensten findet die Zielgruppe der Geflüchteten noch keine ausreichende Beachtung. Ziel muss es sein, die derzeitigen Barrieren für Klient:innen durch die Anpassung der Angebote abzubauen und den Mehraufwand für Behandler:innen und Berater:innen zu mindern. Andere Bundesländer und Projekte, wie das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (www.sucht-und-flucht.de) oder die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (www.nls-online.de), können durchaus als Wegweiser für Rheinland-Pfalz dienen. Es gilt, unter Einbeziehung aller Akteure, präventiv zu handeln und die Weichen für zukünftige Anfragen zu stellen.

Abbildungsverzeichnis / Tabellenverzeichnis

Abb. 1	Aufteilung nach Berufsgruppen	05
Tabelle 1	Sind interkulturelle Aspekte im Leitbild verankert?	05
Tabelle 2	Sind interkulturelle Aspekte im Qualitätsmanagement verankert?	06
Abb. 2	Existieren derzeit Projekte/Modellprojekte im Kontext Flucht und Sucht?	06
Tabelle 3	Gibt es einen Migrations- oder Integrationsbeauftragten in ihrer Einrichtung?	06
Abb. 3:	Aus welchem Bereich stammt der Migrations- oder Integrationsbeauftragte?	06
Abb. 4:	Anteil der Mitarbeiter mit Migrationsgeschichte oder anderer (...)	07
Abb. 5:	Mehrsprachiges Informationsmaterial	07
Abb. 6	Kooperationsgründe	08
Abb. 7	Wie häufig wird auf externe SprachmittlerInnen zurückgegriffen?	08
Abb. 8	Erfolgt das Gespräch persönlich/Video/Telefon?	09
Abb. 9	Finanzierung?	09
Abb. 10	Gespräche in gemeinsam gesprochener Sprache	09
Abb. 11	Gespräche mit Hilfe von Mitarbeitenden	10
Abb. 12	Gespräche mit Hilfe von Angehörigen	10
Tabelle 4	Häufigkeit der Gespräche, die eigentlich mit Hilfe eines Sprachmittlers (...)	10
Abb.13	Aus welchen Gründen?	11
Abb. 14	Vergleich des gezählten oder geschätzten Anteils der Geflüchteten (...)	12
Abb. 15	Wie hoch ist der (gezählte oder geschätzte) Anteil der Geflüchteten (...)	12
Abb. 16	Wie hoch ist die Dunkelziffer an Geflüchteten mit problematischen (...)	13
Abb. 17	Zugangshindernisse	13
Abb. 18	Wo sehen Sie Handlungsbedarf?	14

Literatur

Lindert, J., von Ehrenstein, O., Wehrwein, A., Brähler, E., Schafer I. (2018). Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme, Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag KG.

Nickerson, A., , Bryant, R., Silove, D., Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees, *Clin Psychol Rev.*, 31(3), 399-417.

Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., Wöller, W. (2019). Leitlinie S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Berlin Heidelberg: Springer.

Levitt, J. T., Cloitre, M. (2005). A Clinician's Guide to STAIR/MPE: Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), 40–52.

KONTAKT

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung
des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz
Ludwig-Hillesheim-Str. 3 | 56626 Andernach

Tel. 02632 — 25 02 20

Fax 02632 — 25 02 10

koordinierungsstelle@caritas-rma.de

www.interkulturell-gesundheit-rlp.de

Die Koordinierungsstelle wird gefördert durch das
Land Rheinland-Pfalz, Ministerium für Familie,
Frauen, Kultur und Integration, und durch die
UNO-Flüchtlingshilfe.



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR
FAMILIE, FRAUEN, KULTUR
UND INTEGRATION

