



IBB

Internationales
Bildungs- und
Begegnungswerk

Inklud:Mi - Netzwerktagung

05.06.2018

Sucht und psychische Erkrankung:

„Health Empowerment“ für Geflüchtete/ Migrant*innen



Tagungsdokumentation zur

Abschlussstagung im Projekt

„DoKuMente - Dortmunder Interkulturelle Mentor*innen“



Gefördert durch:



Bundesministerium
des Innern

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Vorwort

*Den Abschluss unseres Projektes „DoKuMente - Dortmunder Interkulturelle Mentor*innen“, gefördert vom Ministerium des Inneren bildet unsere Tagung „Sucht und psychische Erkrankung: Health Empowerment für Geflüchtete/Migrant*innen.“*

*Sie reiht sich ein in die jährliche Netzwerktagung zum Thema „Inklusion und Integration von Migrant*innen“, jeweils mit einer fachlichen Spezialisierung und gefördert von unterschiedlichen Zuschussgebern. Es hat sich bewährt, das Thema langfristig und nachhaltig immer wieder mit einer breiten Öffentlichkeit zu diskutieren und Haupt- und Ehrenamtliche aus dem Unterstützungssystem für Zugewanderte und Geflüchtete zu Austausch und Vernetzung zusammen zu bringen.*

Jährlich, seit 2015 schon und so auch 2018 werden dabei Nischenthemen angesprochen, die nicht immer sofort im Blick von Politik und Gesellschaft sind, für die Betroffenen aber große Herausforderungen bedeuten und auch Handlungsbedarf für den Inklusionsprozess mit sich bringen. Zunächst fokussierten wir allgemein auf Behinderung von Zugewanderten, längst schon ist das Themenfeld aber erweitert und spezialisiert worden: Traumatisierung, gehörlose oder sehbehinderte Zugewanderte, die Berücksichtigung besonders vulnerabler Gruppen wie Kinder und Jugendliche oder allein reisende Elternteile auf der Flucht standen schon im Zentrum von Fachreferaten, Workshops und Gesprächen.

*In diesem Jahr stellen wir die Frage, wie Health - Empowerment, also die (Selbst)befähigung von Migrant*innen,- insbesondere, aber nicht nur von Geflüchteten - erreicht werden kann. Wie können sie am Gesundheitssystem möglichst selbständig partizipieren und auch vorsorgende psychosoziale und somatische Gesunderhaltung und Krankheitsprophylaxe praktizieren? Wer unterstützt sie mit welchen Materialien und Angeboten dazu?*

*Da sich die Zahl Ratsuchender mit Suchtproblematik unter den Geflüchteten mehrt, informieren wir über die Notwendigkeit kultursensibler Suchthilfe und zur Problemlage suchtgefährdeter Migrant*innen in und aus Afghanistan. Praxisorientiert stellen wir Berliner und Dortmunder (Selbsthilfe) Angebote wie die Info.- APP Guidance für Suchtgefährdete, eine Peer- to Peer Ausbildung und Gruppenangebote für unbegleitete minderjährige Geflüchtete mit Suchterfahrung vor. Ein neues Manual vom Wissenschaftsteam der Dortmunder LWL Klinik „Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung“ wird mit Haupt- und Ehrenamtlichen auf Praxistauglichkeit als Nagelprobe überprüft.*

So können nicht nur die Teilnehmenden der Fortbildungsmodule im Projekt „DoKuMente“ von den Ergebnissen und Erkenntnissen aus unserem Projekt profitieren. Auch viele Menschen in der Unterstützungsarbeit von Zugewanderten und die Geflüchteten und Migrierten selbst können und sollen zum Diskussionstand in der Debatte um soziale Inklusion aller Menschen in Deutschland beitragen. Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

*Das Tagungsteam im Fachbereich Beruf International und Migration im IBB e. V., Dortmund
Hildegard Azimi- Boedecker, Nicole Büth, Dejan Ivastanin, Dr. Katja Sündermann*

Inhalt Tagungsablauf/Berichte

Vormittags

Begrüßung	4
1. Bericht aus dem Projekt DoKuMente 2015 – 2018: Dr. Katja Sündermann, Hildegard Azimi-Boedecker, IBB e.V.	6
2. Impulse zu Fachfragen	
2.1 Sucht und Flucht aus transkultureller Perspektive/Prävention: Ahmet Kimil, Ethnomedizinisches Zentrum e.V., Hannover	10
2.2. Substanzkonsum am Beispiel afghanischer Geflüchteter: Hildegard Azimi-Boedecker, IBB e.V.	17

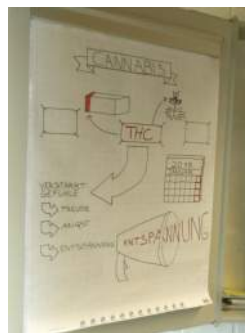
Nachmittags

3. Themenworkshops

3.1. Nachsorge, Psychoedukation, Unterstützung: Das Manual „Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung“ Tatjana Kaaz, LWL Klinik Dortmund	28
3.2. Sucht und Flucht - Peer to Peer, Apps, Selbsthilfe, Beratung Methoden und Schwerpunktthemen in der Beratung geflüchteter Menschen mit Substanzkonsum Andrea Piest, Notdienst für Suchtmittelgefährdete-und abhängige Berlin e.V.	41
3.3. Angebote für junge Geflüchtete in Dortmund, Lea Würzinger, Feedback, Fachstelle für Jugendberatung und Suchtvorbeugung, Christoph Köhler, DROBS, Dortmund	45
Impressum...	49

Annex

PPT Workshop 2, Flyer



Begrüßung

Hildegard Azimi– Boedecker,

Internationales Bildungs- und Begegnungswerk e.V., (IBB e.V.) in Dortmund

Heute begrüße ich Sie hier in Dortmund sehr herzlich im Namen des IBB e.V. zum diesjährigen Inklud:Mi Fachtag. Das Internationale Bildungs- und Begegnungswerk e.V. als Träger der Erwachsenen-, der Politischen und der Jugendbildung ist lokal, (über)regional und international auch in den Feldern Migration, Flucht und Inklusion mit Weiterbildungsangeboten und Projekten aktiv.

Inklud:Mi- der Name ist inzwischen schon quasi als Marke bekannt, weil dieser für die Inklusion von Migrant*innen steht. Inklud:Mi wurde über ein Programm des BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) zur Gemeinwesen orientierten Arbeit realisiert, 2014 wurde ein einjähriges Projekt bewilligt mit Fortbildungsangeboten zum Thema „Migrant*innen mit Behinderung/Beeinträchtigung und aus diesem Programm ist als ein Element die Veranstaltung eines Fachtages zu diesen Fragen hervorgegangen. Was zunächst als einmaliger Fachtag vorgesehen war, hat sich inzwischen in weiteren Projekten verstetigt - dieser Tag findet schon zum vierten Mal statt, denn es gibt noch viele unbearbeitete „Baustellen“.

Er ist immer ein thematisch spezieller Tag und wir freuen uns sehr, dass so viele Menschen gekommen sind. Städte und Kommunen können meist für die oft numerisch kleine Gruppe von Geflüchteten mit Beeinträchtigung, Behinderung oder Spezialbedarf weder entsprechende Angebote entwickeln noch die Betroffenen in das Regelsystem bringen. Es ist aber – auch im Sinne der UN-Konvention - angebracht, sich auch mit dieser Bedarfslage zu beschäftigen.

In der vergangenen Woche tagte das Flüchtlingsforum hier in Dortmund, ein großes Netzwerk ehrenamtlicher Helfer*innen und Unterstützer*innen. Dort haben wir gehört, dass viele Grundlagen für die Unterstützung Geflüchteter geschaffen worden sind, wie z.B. Unterkünfte und vielerlei erste Integrationsversuche. Es bleiben jedoch weitere Herausforderungen für die ca. 9000 Geflüchteten in Dortmund bestehen. So geht es nun um Zugänge um und Teilhabe an der Stadtgesellschaft aber auch um Gesundheit und Psychohygiene. Da heute zugleich der Diversity-Tag 2018 ist, wollen wir entsprechend ausdrücklich auf die gleichen Rechte und Zugänge für alle Menschen unabhängig von Alter, Geschlecht, Religion, Herkunft oder Weltanschauung hinweisen. Dass Gleichheit noch nicht hergestellt ist, wissen die Beteiligten aus den Feldern Migration und Behinderung, aber auch die betroffenen Migrant*innen.

Nicht alle Dienste sind entsprechend vorbereitet, es fehlt teilweise an Hintergrundwissen, zu eventuell vorhandenen speziellen Bedarfslagen, Informationen zur großen Heterogenität von Menschen mit Migrationsgeschichte, es fehlt an Mehrfach-Sprachkompetenzen oder an einladenden Strukturen. Und obwohl schon viel verändert wurde, ist noch lange nicht genug erreicht, insbesondere im Zugang zur Suchtkrankenhilfe.

„Health Empowerment“ am Beispiel von Suchterkrankung und Suchtgefährdung ist daher unser Subthema heute. Wie können wir psychische und somatische Gesundheit für Zugewanderte und

insbesondere für Geflüchtete erreichen?

Und vor allem: Was können die Migrant*innen selbst dazu beitragen, wie können wir sie ermächtigen zu eigener Vorsorge und zu Selbsthilfe?

Dazu haben wir Expertinnen und Experten eingeladen, Frau Piest und Herrn Kimil, die zu uns aus Berlin und Hannover gekommen sind. Sie werden uns Modelle und Konzepte vorstellen, die vielleicht eine gute Anregung auch für uns in Dortmund sein können. Kolleg*innen aus Dortmund, Frau Kaaz und Frau Würzinger, stellen Material und Arbeitsweisen zum Thema in Dortmund vor.

Zum Unterstützer*innen - Netzwerk für Geflüchtete und Zugewanderte mit gesundheitlicher oder körperlicher Beeinträchtigung gehören immer auch Mentor*innen- und Pat*innenprogramme, die es in Dortmund, aber auch bundesweit gibt. Der IBB e.V. hat schon mehrere solcher Projekte durchgeführt bzw. ist aktuell auch dabei, dies weiter zu führen.

Unser Projekt DoKuMente - Dortmunder Interkulturelle Mentor*innen schließt nach drei Jahren heute mit dieser Tagung ab. Vor unseren Fachimpulsen und den nachmittäglichen Workshops möchten wir Ihnen daher nun zu Anfang einen kurzen Abschlussbericht zu DoKuMente geben. Er beschreibt den Zeitraum 2015 - 2018 mit Kernthemen, Rückmeldungen von Pat*innen aus ihrer Arbeit, besondere Bedarfe etc. Auch wir haben versucht, von Beginn an inklusiv zu arbeiten: Proportional zu ihrem Anteil an der Stadtgesellschaft hatten wir in unseren Veranstaltungen immer 30 - 40% aktive Migrant*innen mit dabei, die wichtige Impulsgeber*innen und Akteur*innen waren.

1. Das Projekt DoKuMente - Dortmunder interkulturelle Mentor*innen

Fortbildungsprogramm für Unterstützer*innen in der Arbeit mit neu Zugewanderten und Geflüchteten Bericht und Erfahrungen 2015 bis 2018

Dr. Katja Sündermann, freie interkulturelle Trainerin im Projekt DoKuMente
Hildegard Azimi- Boedecker, Projektleiterin DoKuMente des IBB. V.in Dortmund



Das dreijährige Projekt „DoKuMente“ - Dortmund Interkulturelle Mentor*innen - wurde vom Internationalen Bildungs- und Begegnungswerk, IBB e.V.in Dortmund zunächst 2013 konzipiert, als Europa noch stark unter den Konsequenzen der Weltwirtschaftskrise litt.

Viele junge Menschen aus Süd-Europa kamen seinerzeit nach Deutschland, oftmals Arbeitslose aus Griechenland oder Spanien, die in ihren Heimatländern keine berufliche Inklusion fanden und in Deutschland eine Ausbildung machen wollten. Außerdem erwartete man noch einen starken Zustrom aus Südost- Europa aufgrund der EU- Freizügigkeit für die jüngsten EU- Länder Bulgaren und Rumänen, sogenannte „EU2-Staatler“.

Um diesen neuen Zuwander*innen (indirekt) zu helfen, wurde das Fortbildungsprojekt DoKuMente als Qualifizierung für ehrenamtliche Mentor*innen, die nach erfolgter Schulung neue Zuwander*innen aus den o.g. Ländern unterstützen sollten, konzipiert. Allerdings wurde das Projekt erst 2015 vom BAMF (Bundesamt für Migration und Zuwanderung) bewilligt und zu diesem Zeitpunkt gab es durch die verstärkte Flüchtlingssituation nun ganz andere Migration z.B. aus Syrien und anderen nahöstlichen Ländern, aus Afghanistan, aus Nord-, West,- und Ostafrika und der von der Politik bisweilen befürchtete „Zustrom“ aus Südost- Europa blieb ziemlich aus. Die Projektverantwortlichen mussten daher die Projekteinhalte von DoKuMente in Absprache mit dem BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) auf andere bzw. zusätzliche Zielgruppen hin anpassen, dies wurde aber relativ offen gelassen, damit so viele Zuwander*innen wie möglich erreicht werden konnten.

2015, zu Anfang des Projektes mit Laufzeit bis August 2018 wurde die Projektkoordination von Ehrenamtlichen, die mit Flüchtlingen arbeiten wollten, fast „übrannt“. Einige fühlten sich unsicher im Umgang mit dieser Gruppe, andere suchten Anschluss an eine Organisation, mit der sie als Ehrenamtliche zusammen arbeiten konnten.

Der Anfang wurde zunächst mit 35 Personen im ersten Durchgang gemacht, die Trainings fanden im Zwei -Wochen Rhythmus an 10 Abendterminen statt. Als Ergänzung kamen noch drei Kompaktseminare an Samstagen zu etwas komplexeren Themen hinzu wie z.B. Aufenthalts- und Asylrecht sowie Supervisionstermine, auf denen sich Teilnehmende zu Problemen und Fragen austauschen konnten.

Bei der Laufzeit für diesen Schulungsdurchgang gingen wir zunächst ungefähr von einem halben bis ¾

Jahr aus mit den Themen: Migrationssoziologie zur Einführung, Hintergrundinformationen zu den einzelnen Herkunftsländern, Minderheitenfragen, Religionen, Familien und Gesellschaftsstrukturen, Kulturelles. Auch praktische Informationen wie z.B. zur Wohnsituation, zu Ernährungsgewohnheiten, Freizeit usw. wurden ausgetauscht. Dazu kam die Vermittlung von Informationen über Deutschland, insbesondere zur rechtlichen Situation, Integration in Kita und Schule, Ausbildung und Arbeit, Ablauf von Sprachkursen usw. Hierzu erklärten sich Kolleg*innen des hauptamtlichen und freiwilligen Unterstützungssystems aus Dortmund bereit, beratend in die Seminare zu kommen, zugleich eine gute Vernetzungschance.

Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit, Behinderung und Traumatisierung wurde sehr ausführlich in einem Kompaktseminar angesprochen, ebenso das Thema interkulturelle Kommunikation.

Im Laufe des Projektes gab es parallel in Dortmund einen Wandel in der Migrationsarbeit. Viele Geflüchtete erhielten Bleibeperspektiven, viele haben die Einrichtungen verlassen und leben auf sich selbst gestellt in Wohnungen, oft überfordert und umso mehr auf ehrenamtliche Hilfe angewiesen. Ähnliche Erfahrungen machten neu Zugewanderte ohne Familienanschluss. Das Mentor*innen System bildete eine ideale Hilfe für diese neuen Situationen. Die Gründung neuer Dortmunder Unterstützungsvereine folgte, deren Mitglieder sich gerne im Rahmen des IBB Projektes qualifizieren ließen. Die Themen änderten sich ständig, von anfänglichen Fragen zur ersten praktischen Hilfe ging es sehr bald mehr in die Tiefe, es tauchten immer mehr inhaltliche Fragen auf z.B. zu vermeintlichen oder tatsächlichen kulturellen Unterschieden, zu Systemunterschieden in Herkunftsländern etc. Auch die Geflüchteten bzw. neu Zugewanderten selbst benötigten (u.a. durch die Mentor*innen) immer mehr Informationen (z.B. wie funktioniert die Schule?, wie ist das Verhältnis zum Lehrenden?, Genderfragen wie das Zusammenleben von Männer und Frauen, usw.).

Am Ende des ersten Schulungsdurchganges stand für Interessierte eine Abschlussprüfung zum Erhalt eines Zertifikates. Der Fokus lag jedoch nicht nur auf dem Abschluss, sondern auch auf der Netzwerkarbeit unter den Teilnehmenden selbst, also die Möglichkeit, Kontakte für die Arbeit zu knüpfen und sich auszutauschen.

Aufgrund des großen Erfolges wurde relativ schnell klar, dass weitere Schulungsrunden (im Gegensatz zur geplanten einmaligen Durchführung) stehen mussten, sodass ein weiterer kompletter Durchgang 2017 und dann im ersten Halbjahr 2018 noch ein Durchgang mit diversen Einzelveranstaltungen durchgeführt wurden.

Auffällig war: In der dritten Runde gab es deutlich weniger Interessierte an der Langzeitfortbildung als in den vorherigen zwei Runden, insbesondere erfolgte weniger Nachfrage von Ehrenamtlichen an einer Teilnahme. Es war bekannt, dass das Projekt auslief, aber auch die Anzahl der Ehrenamtlichen ist parallel wahrscheinlich zu dem Zeitpunkt etwas gesunken. Viele sind nun auch bereits geschult und irgendwo angedockt. Die Zahl der Zuweisungen bzw. Neuankünfte Geflüchteter ging zudem in Dortmund stark zurück, die Zahl sonstiger Immigration und Re-Migration war relativ ausbalanciert. Auf der anderen Seite ist das Interesse von Hauptamtlichen nach Schulung bzw. nach Einsatz an Ehrenamtlichen und eigenen Schulungen für diese Gruppen (Train the-Trainer) stark angestiegen.

Dementsprechend wurden die Angebote angepasst und Zusatzseminare wurden in den verschiedenen Einrichtungen auch nachgefragt und in Anspruch genommen. Die berufliche

Zusammensetzung der Teilnehmenden war unterschiedlich. Manche kamen aus sozialen Berufen, andere auch aus anderen Feldern.

Die Evaluation und die Rückmeldungen aus den Gruppen zeigten, dass das Projekt sehr sinnvoll war und für die Teilnehmenden eine Stütze in ihrer Arbeit bedeutete:

- Hintergrundinformation zu den einzelnen Ländern, Religionen und ihren Menschen wurden als sehr wichtig erachtet.
- Viele gaben an, dass sie mehr Sicherheit mit den Zielgruppen gewonnen haben, aber auch im Umgang mit den Behörden oder im Dialog mit gesellschaftlichen Gruppen
- Die oben erwähnte Möglichkeit zum Austausch untereinander erfuhren eine sehr große Wertschätzung.
- Das erworbene Wissen wurde großflächig genutzt z.B. in Sprach-Cafés oder anderen Gruppen
- Einige Teilnehmende haben gleichzeitig mehrere Familien betreut und somit wurden viele Menschen durch diese Schulungen (indirekt) erreicht, es liegt dazu jedoch keine valide Zahl vor.
- Die Supervisionstermine wurden allerdings weniger stark nachgefragt, der Grund dafür ist nicht ermittelbar.

DoKuMente ist nun abgeschlossen - wie geht es weiter?

Das Projekt DoKuMente schließt zum August 2018 nach dreijähriger Durchführungsphase überaus erfolgreich ab.

Insgesamt wurden statt der geplanten 25-40 Personen in den Langzeit- Schulungsdurchgängen 63 Menschen, in den Einzelveranstaltungen nochmals 77 Teilnehmende sowie mit dieser Abschlussstagung über 50 am Thema Interessierte erreicht. In der Summe heißt dies, dass wir über 190 Menschen für diese Thematik gewinnen konnten, die ja zum großen Teil auch als MultiplikatorInnen weiter wirken werden.

Aktuell sind einige Projekte im Antragsverfahren bzw. in der Bewilligung des BAMF und des AMIF (Asyl- und Migrationsfonds der EU). Diese Projekte sind ähnlich strukturiert und richten sich wieder an die sogenannte „Aufnahmegesellschaft“ mit dem Ziel, Inklusion und Integration neu Zugewanderter in Gesellschaft, in Arbeitsprozesse und in das Wohnumfeld durch aktive Unterstützungsarbeit zu forcieren.

Wieder sollen Sensibilisierung, Wissensvermittlung, Reflektion und Vernetzung innerhalb der „Aufnahmegesellschaft“ zur „Förderung des gesellschaftlichen Zusammenhalts“ (so die Förderlinie im AMIF) erfolgen. Dies soll mit Schulungseinheiten und digitalen Lernmethoden sowie durch Curriculum- Entwicklung realisiert werden.

Geplant ist aktuell zudem noch das Projekt „SupportMI“, bewilligt bereits das Projekt „fokus3“ bis 2020.

Viele, die in der Arbeit mit den Zugewanderten tätig sind, wissen bereits, dass es große Probleme zum einen bei der Anerkennung ausländischer Schul –und Berufsabschlüsse, aber auch bei der Ausbildung- oder Wissensvermittlung gibt gerade auch für nicht--akademisch Berufe Insbesondere im Gesundheitsbereich liegen aber u. E. große Chancen auch für Neu – Zugewanderten inklusive der Geflüchteten.

So wurde mit dem Dortmunder St.-Johannes- Hospital gesprochen mit der Idee, erneut - nun in Kooperation - Mentor*innen oder Pat*innen auszubilden, die Menschen begleiten, die in eine Pflege- oder Pflegehilfausbildung gehen wollen. Dieser Prozess an sich ist kompliziert genug. Die Ausbildung selbst bringt für neu Zugewanderte Schwierigkeiten mit sich, u.a. auch durch die fehlenden Grund- und Fachsprachkenntnisse. Bekannt ist, dass es noch immer relativ hohe Abbruchquoten in den verschiedensten Ausbildungssektoren gibt. Viele Geflüchtete schaffen die Berufsschule nicht oder scheitern im Berufsalltag am Erwerb der fachsprachlichen Kenntnisse, so auch im Pflegebereich. Auch die komplizierten Ausbildungswege- und Gänge sind für Viele eine unüberbrückbare Hürde auf dem Weg in einen Beruf. Hier könnte aktive, vorbereitende Unterstützung durch die Pat*innen erfolgen, idealerweise haben diese ebenfalls Migrationserfahrung und/oder einen medizinischen oder pflegerischen Berufshintergrund. Zu denken ist aber auch an attraktive Berufe, die auch für Geflüchtete eine Perspektive darstellen (zur Berufsausübung hier oder für mögliche Rückkehrer) und die einen hohen Identifizierungsgrad haben könnten.

Diese Berufe könnten Geflüchteten schlüssig erscheinen, weil sie unmittelbaren Nutzen erkennen, zugleich sind diese Berufe in den Heimatländern zwar bekannt aber oftmals noch nicht flächendeckend oder in moderner Ausgestaltung verbreitet wie zum Beispiel Hörgeräte- Akustiker, Orthopädietechniker oder ähnliche Berufe. Sie werden aber hier wie auch dort zunehmend benötigt auch auf Grund der vielen behinderten Menschen mit Kriegsverletzungen (Beinamputationen, Ertaubung usw.). Zugleich könnte dies auch eine große Hemmschwelle nehmen. Anstelle der erträumten „white collar Karriere“ könnte das Interesse an für im Heimatland eher unbeliebten, statusniedrigen „blue collar jobs“, also handwerklichen Berufen geweckt werden. Auch hier wäre zur Motivation der Geflüchteten/neu Zugewanderten die Unterstützung durch muttersprachliche oder ebenfalls migrierte Menschen von großem Vorteil. Interessentinnen für Schulungen oder zur Patinnenausbildung können sich ab sofort beim IBB melden.

Impuls 2.1 Zusammenfassung

Sucht und Flucht aus transkultureller Perspektive und Modelle zur Prävention

Dipl.-Psychologe/ Psychologischer Psychotherapeut **Ahmet Kimil, (VT), Leiter des Projektes „Interkulturelle Suchthilfe“ beim Ethnomedizinischen Zentrum Hannover**

Abstract:

Die Beschäftigung mit der psychosozialen Lage der Geflüchteten und Zugewanderten ist kein neues Phänomen. Bereits in den 1990er Jahren wurde durch die Zuflucht von Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien aufgrund der Bürgerkriege und durch Zuwanderung der Arbeitsmigrant*innen u.a. aus Osteuropa auch das Thema „Suchtabhängigkeit und psychische Erkrankung“ präsent. Die Zahl der Zugewanderten mit dieser Problematik in den ambulanten Beratungen ist unterrepräsentiert und steigt bei Unterbringung, vor allem in der Forensik. Auffallend ist die Häufigkeit von Spielsucht und Suchtproblematik bei sehr jungen Zugewanderten bzw. Geflüchteten und verstärkter Konsum von Opiaten und Kokain. Viele Flüchtlinge kennen z.B. PTBS und ihre Symptome nicht kennen oder haben andere Krankheitskonzepte. Zugänge zu medizinischer und therapeutischer Hilfe ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt und z.T. eingeschränkt.



Diplom-Psychologe Ahmet Kimil stellte Konzepte, Modelle, Hintergründe „guter Praxis“ zum Thema „Sucht und Flucht“ und die Verbreitung von Suchterkrankungen unter Migrant*innen allgemein vor. Herr Kimil, langjährig leitend tätig beim Ethnomedizinischen Zentrum in Hannover befasst sich schwerpunktmäßig mit Gesundheit, Prävention, Sucht aus migrationsspezifischer Sicht. Das Zentrum

existiert seit 1991 und ist heute bundesweit und international tätig.

Die Arbeit des Ethnomedizinischen Zentrums fokussiert auf Netzwerkarbeit, Compliance im Bereich von Gesundheit und Prävention sowie Verständnis mit Blick auf Verbesserung der Gesundheitschancen von Zugewanderten. Hinzu kommen Fachkräfteausbildungen und Konzepte für die Arbeit von Fachkräften. Ziel ist, Migrant*innen und Fachkräfte gleichermaßen zu befähigen, bessere Ergebnisse zu erzielen zur Nachhaltigkeit und Beseitigung von Zugangsbarrieren und Hürden im Gesundheitssystem.

Zunächst erfolgte eine Einführung zu „Sucht und Drogenabhängigkeit bei Migrant*innen und Flüchtlingen“ und eine Übersicht zur aktuellen Lage. Ahmet Kimil verdeutlichte:

Sucht ist nicht nur ein migrationsspezifisches Problem, sondern ein gesamtgesellschaftliches Phänomen und Flüchtlinge sind ebenfalls davon betroffen. Die zunehmende Globalisierung hat viele Verwerfungen und Krisen zu Folge. Diese erleben wir auch in der Europäischen und ebenso in der Deutschen Gesellschaft.

Migration verläuft, so die Erkenntnisse der Migrationssoziologie in Phasen: nach anfänglicher Euphorie, verstärkt dadurch, dass die Gesellschaft in Deutschland Flüchtlinge willkommen heißen hat, setzt dann langsam Ernüchterung bei den neu Angekommenen ein.

Es wird durch viele Maßnahmen versucht, Geflüchtete mit Bleibeperspektive in die Gesellschaft zu integrieren, auch mit der Frage: Wie können Geflüchtete mit Suchtproblemen in die Angebote der Suchthilfe bzw. in das Gesundheitssystem integriert werden?, wobei Asylbewerber nur eine Gruppe unter den Menschen mit Migrationshintergrund (in Deutschland ist das fast jeder vierte – ca. 18 Mio. Menschen) sind.

Eine Besonderheit bei der Migrant*innen Population ist, dass diese im Durchschnitt jünger und kinderreicher ist und der Anteil der älteren Menschen ist (noch) geringer als bei der Vergleichsgruppe der Herkunftsdeutschen. Dieser ganz kurze erwähnte Aspekt spielt auch eine Rolle für das Thema Sucht, weil Sucht ein Thema ist, welches eher jüngere Menschen und Heranwachsende betrifft.

Nach dem großen Zulauf von Asylanträgen in den vergangenen Jahren sind wir mit einer Situation konfrontiert, in der diese Zahlen eher abebben. Die gegenwärtige Tendenz ist, dass die Anzahl von Flüchtlingen bis Ende 2018 nicht die Zahl von 200 000 übersteigen wird.

Die Frage ist nun: Wie hängt die Suche nach Zuflucht mit der möglichen Suchtproblematik zusammen?

Zunächst kann gesagt werden, dass auch die Fluchtwege an sich viel mit der Sucht zu tun haben. Wenn Menschen nach Europa/Deutschland kommen, bringen sie auch immer ihre Biografien mit, auch ihre Krankheiten, ihre Konzepte von Gesundheit und Krankheit, was eine große Bedeutung im Zusammenhang mit dem Thema Sucht hat. So ist nämlich damit zu rechnen, dass ein Teil der Geflüchteten bereits bei Ankunft an einer Suchterkrankung leidet. Es ist aber auch wahrscheinlich, dass eine Anzahl „X“ von Menschen erst hier in Deutschland Suchtmittel kennenlernt und ggf. erwirbt.

Ein weiterer Aspekt: Die Flüchtlinge, die beispielsweise aus dem Nahen Osten in Europa über den Landweg angekommen sind, mussten viele Länder durchqueren, die allesamt unterschiedliche Gesundheitssysteme haben.

Auch stellt sich die Frage der kulturellen Aspekte von Sucht unter Geflüchteten, aber auch der Risikofaktoren (bezogen auf Deutschland), die eine Sucht begünstigen könnten.

Menschen mit Migrationsgeschichte sind in der Statistik der Suchtkrankenhilfe eher unterrepräsentiert, es gibt Widersprüche und eine valide Datenlage und Aussagen hierzu sind daher schwierig zu erhalten.

Statistiken der Deutschen Suchthilfe zufolge liegt der Anteil von Männern und Frauen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung um 18% bzw. 17,6 %, die DSHS (Deutsche Suchthilfe Statistik) wirft für diese Gruppe Prozentzahlen von 13,2 bzw. 9,1 % Betroffenen aus. Auffällig ist statistisch der Konsum von Opiaten und Kokain- Konsum bei Männern. Dies sind die Problembereiche, die auch durch diese Statistiken deutlich werden.

Es gibt jedoch einzelne Auswertungen aus Befragungen z.B. der Arbeitsgruppe Psychiatrie und

Migration der Bundesdirektorenkonferenz von 2003 und 2006. Befragt wurden 350 Psychiatrische Kliniken in Deutschland (Quelle Koch et.al 2008). Danach sind Menschen mit Migrationshintergrund im Maßregelvollzug in der Abteilung für Forensik mit 27,2% überrepräsentiert. Dieser Anteil nimmt ab, je weiter man sich Richtung Abteilungen für stationäre Suchterkrankungen und Behandlungen (21,8%), Allgemeinpsychiatrie (18,4%) , Suchtrehabilitationen (11,4%), Gerontopsychiatrie (9,2 %) und Psychosomatik/ Psychotherapie (4,5%): bewegt.

Bei den hochschwelligen Angeboten im Bereich der Psychosomatik, wo es um individuelle Behandlungen einer psychischen Störung geht (dazu gehören auch Substanzabhängigkeiten) ist der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund relativ niedrig. Dies hat unterschiedliche Folgen und Ursachen. Auch wird deutlich, dass der Anteil von Migrant*innen in psychologischen **ambulanten** Diensten und Beratungsdiensten noch weiter sinkt (auf bis zu 2%).

Ahmet Kimel ergänzte weiter: 2011 wurde eine PAGE-Studie zur Spielsucht durchgeführt. Die Ergebnisse (Quelle: Rommel und Köppen 2014) verdeutlichen, dass ca. 65% der in die Studie einbezogenen Klient*innen Migrationshintergrund hatten. Neben Alkohol-Abhängigkeit und dem Konsum von Kokain bzw. Opioiden (30,4% bzw. 32,0%) ist demnach Spielsucht mit ca. 38,6% der häufigste Grund von Leistungsanspruchnahme bei Migrant*innen.

Auch bei Flüchtlingen wird der Aspekt „Trauma-Folgestörungen“ diskutiert. Nach Review von Lindert et al 2008 ergibt sich folgendes Bild: Während der Anteil von Prävalenz für PTBS bei Migrant*innen ca. 30,4 % beträgt, liegt der Prozentsatz bei Geflüchteten sogar zwischen 4%-68%. Ebenso ist der mögliche Spitzenwert für Prävalenz bei Depression (59%) und Angstzuständen (47%) bei Migrant*innen niedriger als bei Geflüchteten (Depression 81% bzw. Angstzustände 90%). Davon betroffen sind insbesondere Menschen mit Kriegserlebnissen, wobei es hierzu zurzeit noch keine Studie gibt, die spezifisch Geflüchtete in den Fokus der Untersuchung nimmt. Allerdings wird die Praxis damit konfrontiert, ebenso wie mit der Frage, wie Menschen mit Migrationshintergrund an die Angebote der Suchthilfe gelangen können.

Es gibt unterschiedliche Gruppen unter den Migrant*innen denen die Angebote der Suchthilfe zugänglich gemacht werden müssten. Zum einen sind dies klar junge Migrant*innen, es besteht aber durchaus auch Bedarf bei den Nachkommen der ersten Zugewanderten, also bei der dritten oder vierten Generation von Migrant*innen.

Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 16 - 50 Jahren werden am häufigsten auffällig, wenn es um Drogen wie Cannabis, Nikotin, Opium Alkohol usw. geht. In bestimmten sozialen Milieus werden auch härtere illegale Drogen konsumiert. Der Konsum bzw. die Wahl bestimmter Suchtmittel kann auch kulturbedingt sein, bspw. wird ja in islamischen Ländern Alkohol eher nicht (offen) konsumiert.

Hinzu kommen auch kulturspezifische Rollen – und Geschlechterbilder: Jungen Männern werden mehr Freiräume eingeräumt, während Mädchen oder Frauen stärker und mehr kontrolliert werden. Dies bringt Implikationen für die Entstehung einer Sucht und sowie den Umgang mit der Sucht mit sich.

In den vergangenen Jahren, als der Zustrom von Spätaussiedlern seinen Zenit erreicht hatte, war das Hauptproblem mit Heroinkonsum am stärksten ausgeprägt. Schwerpunktthemen dieser

Gruppen waren Folgekrankheiten von Suchtmittelkonsum, (HIV-Infektionen, Hepatitis etc.), spezielles Gruppenverhalten, falscher Ehrenkodex usw. Aktuell steht die Gruppe der Spätaussiedler nicht mehr so sehr im Fokus wie früher, aber diese Gruppe hat auch weiterhin großen Unterstützungsbedarf. Sie darf nicht vergessen werden und muss weiterhin im Hilfeprozess mitgenommen werden. Im Moment stehen die diversen Gruppen der Neuzugewanderten deutlich stärker im Blickfeld.

Dies ist ein sehr komplexes Thema: Bei den Geflüchteten ist es so auch immer wichtig, sich den gesamten Fluchtcontext und die Erlebnisse der einzelnen Klient*innen anzuschauen. Die Biografien Geflüchteter können durch viele schwerwiegende Erlebnisse geprägt sein: von häuslicher Gewalt bis zu sehr starken Traumata.

Hinzu kommt auch der Behördendruck nach der Ankunft in Deutschland, d.h. Auseinandersetzung mit den gesetzlichen Vorschriften für eine Bleibeperspektive, aber auch der biografische Druck (Erwartungen von der Familie zu finanzieller Unterstützung, Erwartungen an sich selbst, divergierende Bilder von „westlichen“ Gesellschaften, wie ergeht es mir im Westen? usw.) können bei psychischen Erkrankungen eine Rolle spielen. Häufig ist auch, dass viele Flüchtlinge z.B. PTBS und ihre Symptome nicht kennen oder dies wird nicht als eine Krankheit verstanden. („Verrücktheit“ als Interpretationsmodell). Dasselbe gilt auch für Sucht -und Drogenabhängigkeit, die oft eher als eine „Charakterschwäche“ angesehen werden.

Bei Geflüchteten wird in den letzten Jahren folgendes Phänomen beobachtet: Heroinabhängigkeit tritt häufiger bei Menschen aus Afghanistan, Irak und Iran auf sowie problematischer Gebrauch von Alkohol (viele Jugendliche aus diesen Kulturen haben keine Erfahrungen mit Alkohol und kennen die Grenzen beim Alkoholkonsum nicht). Bei jungen Geflüchteten (z.B. aus Syrien) wird ein inhalativer Konsum von Opioiden beobachtet, sowie von Methamphetaminen- und Amphetaminen. Dabei ist Neugier ein großes Problem, aber auch Selbstmedikation und Drogenkonsum, um andere Symptome (z.B. bei PTBS) zu lindern.

Wenn man die letzten 50 Jahre rückverfolgt, so ist das nicht die erste „Flüchtlingskrise“ in Deutschland. So erinnern wir uns daran, dass auch Flüchtlingszuwanderung durch den Bürgerkrieg im ehemaligen Jugoslawien verursacht worden ist. Während des Krieges aber auch danach sind viele Flüchtlinge vom Balkan nach Deutschland gekommen. Nach dem Ende des Krieges ist ein Teil dieser Flüchtlinge in seine Länder zurückgekehrt. Herr Kimil berichtete, dass er noch 2001 im Bereich der Psychiatrie am Ethnomedizinischen Zentrum in Hannover mitbekommen hat, wie ein Teil von schwersttraumatisierten Bosnischen Frauen in der niedersächsischen Psychiatrie Wunsdorf behandelt wurden. Dort wurden auch zum ersten Mal moderne Verfahren erprobt, z.B. Telefondolmetschen, Videodolmetschen, Trauma- Behandlungen usw. Dies sind die Bereiche gewesen, die die Arbeit des Ethnomedizinischen Zentrums sehr tangiert haben. Ein Zeitsprung bringt uns zum Arabischen Frühling und zu den Ursachen der jetzigen Flüchtlingskrise bzw. der Zuwanderung vieler Geflüchteter aus Syrien, Irak, Afghanistan usw.

Das System im Iran scheint etwas entwickelter zu sein. Dort werden Menschen z.T. erfolgreich mit Substitutionsmitteln behandelt. Substitutionsbehandlung hat sich im Iran besonders auch in den Gefängnissen als erfolgreich erwiesen, d.h. hier beobachten wir Patienten, die schon substituiert nach Deutschland gekommen sind und häufig bestimmte Medikamente benötigen.

Im Irak ist es schwieriger, weil es keine Behandlungsmöglichkeiten mit Substitutionsmitteln dort gibt,

es werden oft nur „Kaltentzüge“ vorgenommen. Im Moment brauchen wir, so Ahmet Kimil, Syrien in diesem Zusammenhang nicht zu erwähnen, weil das Gesundheitssystem in Syrien beinahe komplett zerstört ist. In der Türkei wird zwar auch Substitutionsbehandlung praktiziert, Geflüchtete haben aktuell aber keinen Zugang zu den Behandlungen. In Griechenland, Italien und Spanien als wichtige Transitländer für Geflüchtete auf dem Weg nach Europa ist auch das Gesundheitssystem durch die dortigen Krisen erschüttert. Es herrscht auch eine hohe Jugendarbeitslosigkeit und Spanien hatte schon vor 10 Jahren sehr hohe Quoten von Drogenabhängigen unter spanischen Jugendlichen zu verzeichnen. Das führte dazu, dass das Suchthilfesystem dort erstmals mit quasi „eigenen“ Problemen Einheimischer konfrontiert wurde und Flüchtlinge an letzter Stelle bedacht werden.

Weitere Länder, die auf den Flüchtlingsrouten liegen, sind die Balkanländer. Dort ist die Situation ähnlich. Viele Länder des Westbalkans sind Schwellenländer, wo das Gesundheitssystem nicht vergleichbar zu Westeuropa entwickelt ist. Viele Flüchtlinge sind daher erst in Österreich mit der westlichen Suchthilfe in Kontakt gekommen. In Deutschland ist eine rechtliche Barriere im Gesundheitswesen durch das Asylbewerberleistungsgesetz vorhanden. Mit dem „Notfallschein“ käme eine Entzugsbehandlung zwar in Frage, aber der Standard, eine abstinenzorientierte, stationäre Behandlung steht Flüchtlingen rechtlich in der Regel nicht zu Verfügung. Die Ausnahmen sind NRW, (vereinzelte Kommunen) Hamburg, Bremen und Berlin. Sie haben die Gesundheitskarten für Geflüchtete schon vor Ablauf von 15 Monaten eingeführt. D.h. diese erhalten ggf. früher die Möglichkeit, Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen, dies ist jedoch im Falle von Behinderung/psychischer Erkrankung zumeist jeweils Ermessenssache, die reduzierte Gesundheitsfürsorge bleibt in den meisten Kommunen oder Bundesländern trotz Karte, nur der Weg zum Sozialamt entfällt. Allerdings muss man auch berücksichtigen, dass die abstinenzorientierte, stationäre Behandlung teilweise eine Leistung der deutschen Rentenversicherung ist und nicht der Krankenversicherung, fraglich also, ob Geflüchtete im frühen Stadium des Verfahrens überhaupt zum Antrags berechtigten Personenkreis gehören.

Einschub: Entwöhnungsbehandlung und Zuständigkeiten Kostenträger

Quelle www.betanet.de/entwoehnungsbehandlung.html, 2018

Bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und/oder Drogen kann eine **Entwöhnungsbehandlung** als ambulante oder stationäre Therapie gewährt werden. Die Entwöhnungsbehandlung zählt zur Medizinischen Rehabilitation und wird von der Kranken- oder der Rentenversicherung übernommen. Sie dauert bis zu 16 (Alkohol) bzw. 26 (Drogen) Wochen. Zur praktikablen Abgrenzung der Zuständigkeit bei Drogenkrankheiten gibt es eine spezielle Suchtvereinbarung:

Die Krankenversicherung

ist zuständig für die Entzugsbehandlung (im Krankenhaus), d.h. für die Akutbehandlung toxisch bedingter Versagenszustände (drohende komatöse Zustände, Delirgefahr, psychiatrische Komplikationen) und bei der freiwilligen Entzugsbehandlung von Suchtkranken.

Die Rentenversicherung

ist zuständig für die Entwöhnungsbehandlung in Reha-Einrichtungen, die auf die Entzugsbehandlung folgt, z.B. Alkohol-Entwöhnungsbehandlung, Behandlung psychisch bedingter Sprachstörung.

Entwöhnungstherapie von Medikamentensucht, Drogen-Entwöhnungstherapie.

Aufenthalt von Suchtkranken in sozialtherapeutischem Übergangsheim.

Werden die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Rentenversicherungsträgers vom Versicherten nicht erfüllt, dann ist die Krankenkasse auch für die Entwöhnungsbehandlung zuständig.

Zum Abschluss stellte Herr Kimil weitere Projekte und Modelle aus seiner Arbeit vor.

Ein Beispiel ist das Projekt des Ethnomedizinischen Zentrums „Interkulturelle Suchthilfe“. Es werden Versuche zur Aufklärung über Suchtmittel und zur Prävention in verschiedenen Sprachen unternommen und Menschen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen zur Verfügung gestellt. Das zentrale Ziel ist, ihnen die Verantwortung für ihre Gesundheit selbst zu übertragen. Dieses Modell basiert auf vier Bausteinen:

Es werden gut integrierte Menschen mit Migrationshintergrund geschult, die die deutsche Sprache gut beherrschen und die eine Brückenfunktion zwischen ihren Landsleuten und Angeboten der Suchthilfe in Deutschland einnehmen können. Diese Mediatoren (Gesundheitsmediatoren, Suchtmediatoren, Suchtlotsen) nehmen an einer Kampagne nach abgeschlossener Schulung teil. Die Kampagne wird mit mehrsprachigem Material unterstützt und evaluiert.

Die Hauptthemen des Mediatoren- Konzeptes, das bereits 1996 erstmalig ausprobiert wurde sind: Sucht in der Familie, unterschiedliche Vorstellungen von Sucht und die Aufklärung der Betroffenen zu den Standards in Deutschland. Vorläufer war ein Konzept zur Frauen/ Müttergesundheit aus dem Jahr 1992.

Im Bereich der Suchtprävention wird mit den Fachkräften aus dem Bereich der Suchthilfe zu einer Reihe von Themen gearbeitet:

- Was ist Sucht?
- Was sind Ursachen und Bedingungen?
- Stoffkunde und Alkoholprävention sowie medizinische Aspekte
- Aufbau der Suchthilfe in Deutschland - Wie funktioniert eine stationäre Behandlung?
Erfahrungen von Migrant*innen mit dieser Problematik,
- Drogenpolitik und asylrechtliche Aspekte der Drogenabhängigkeit.

Stadt und Region Hannover und das ethnomedizinische Zentrum verfolgen dieses Thema sehr konsequent, letzteres hat als erste Einrichtung in Deutschland 1996 mit der Suchtprävention begonnen. Sie führen diese Trainings noch heute durch. Jedes Jahr werden zu diesem Thema ca. 20 Teilnehmende geschult. Es gibt einen größeren Anteil von Frauen die sich für das Thema interessieren, sowie in den vergangenen Jahren auch viele russischstämmige und türkischstämmige Menschen. Allerdings nehmen seit drei bis vier Jahren zunehmend Arabisch- und Farsi sprechende Menschen am Programm teil, aber auch Menschen aus Osteuropa. Mediator*innen führen nach abgeschlossener Schulung bis zu 25 Veranstaltungen in der Lebenswelt von Migrant*innen durch. Mit dieser Methode wurden schon über 11 000 Migrant*innen in Hannover erreicht. Hannover unternimmt große Anstrengungen im Bereich der Suchthilfe, weil dort in den 1990er Jahren eine große Drogenszene existierte und die Stadt geographisch an den Achsen Amsterdam-Moskau und Italien-Skandinavien liegt. Dieses Modell wurde auch bundesweit und international übertragen (Bayern, Hamburg, Leipzig sowie in sechs Europäische Länder). Einige Settings werden in kulturellen Migrant*innenvereinen, religiösen Migrant*innenvereinen, Bildungseinrichtungen, Jugendeinrichtungen, Flüchtlingsunterkünften usw. durchgeführt.

Das MiMi- Programm steht für „Mit Migrant*innen für Migrant*innen“, was im Kern diesen Mediator*innen-Ansatz hat und neben 20 anderen verschiedenen Themenkomplexen besonders Gesundheitsförderung beinhaltet. Im Rahmen dieses Programms wurden auch entsprechende Handbücher (z.B. Trauma-Folgestörungen-Wegweiser) entwickelt. Momentan begleitet das Ethnomedizinische Zentrum schwerst- traumatisierte Frauen und Mädchen aus dem Irak in

Niedersachsen. Es wird sich zunehmend mit Vorsorge- und Versorgungsfragen auseinandergesetzt und Fachkräfte werden entsprechend geschult. Weiterhin hat das Ethnomedizinische Zentrum eine eigene Buchreihe zum Thema Gesundheit-Integration-Migration veröffentlicht.

Medizinische Rehabilitation spielt eine große Rolle im Zusammenhang mit Suchterkrankung. Dazu hat das Ethnomedizinische Zentrum ein Forschungsprojekt mit der Medizinischen Hochschule Hannover von 2013-2016 durchgeführt, um die Zugangsbarrieren für Migrant*innen zur medizinischen Versorgung zu untersuchen. Hier sind auch umfangreiche Materialien entstanden, es wurden auch Kampagnen durchgeführt (ähnlich wie zum Thema Suchthilfe) wodurch auch zahlreiche Materialien entstanden sind (siehe: Bestellportal <https://www.mimi-bestellportal.de/>). In diesem Rahmen wird in 10 Bundesländern ein Projekt zur Gewaltprävention durchgeführt und durch Schulungen und Kampagnen zum Schutz vor Gewalt und Gewaltprävention bei geflüchteten Frauen und Mädchen unterstützt. Im Kern geht es um die sexualisierte Gewalt, der Frauen und Mädchen insbesondere in den Konfliktregionen begegnen.

Kontakt:

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Königstraße 6

30175 Hannover +

Tel. 0511/168-41020

Fax 0511/457215

Email: info@ethnomed.com

<http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de>

Einstellungen und Problematik von Substanzkonsum am Beispiel afghanischer Geflüchteter

Diplom Sozialwissenschaftlerin Hildegard Azimi - Boedecker, Fachbereichsleitung Beruf international und Migration im IBB e.V., Dortmund

Abstract:

Eine mögliche Suchtproblematik bei Geflüchteten in Deutschland könnte entstehen oder verschlimmert werden durch die bekannten Vorerfahrungen PTBS/ Sonstige Traumatische Erlebnisse, Druck, Angst Schuldgefühle, Isolation und Perspektivlosigkeit durch lange Asylverfahren. Hinzu kommen ggf. vorhandene Suchterfahrung im Heimatland (eigene oder familiäre) oder sogar bestehende Abhängigkeit oder Affinität. Diese kann hier, unterwegs oder zu Hause erworben worden sein. Ein wahrscheinliches Risiko ist auch, dass Geflüchtete oftmals keine oder falsche Informationen über Gefährdung durch Alkohol oder sonstige Rauschmittel haben und die Gefahr des Abrutschens in Drogenkreise besteht. Geflüchtete können zu Konsumenten, Dealern oder zu beidem werden. Afghanische und iranische (zumeist männliche und junge) Geflüchtete scheinen – möglicherweise nicht zuletzt auf Grund der Situation im Heimatland - besonders gefährdet oder betroffen zu sein. Die multiple Selbstmedikation bei Frauen und der vermehrte Konsum von Crystal Meth/ Ice oder anderen synthetischen oder Designerdrogen sollte ebenfalls nicht aus dem Blick geraten. Es existiert noch keine valide Datenlage.

Aus einer Fallstudie beim BAMF Mai 2018

Name: Sher Ali (Name geändert) K., 18 Jahre, Afghane der Bevölkerungsgruppe der Hazara. Er ist im Iran aufgewachsen, als UMF (Unbegleiteter Minderjähriger Flüchtling) mit 15 aus dem Iran geflüchtet über die Balkanroute, wurde vor 2 Jahren beim Kleinhandel mit Drogen erwischt, ein Verfahren läuft. Sher Ali ist sonst sozial eher unauffällig, verschlossen. Der Fluchtgrund blieb zunächst diffus („Situation im Iran war unerträglich...“), es erfolgte Anhörung beim BAMF mit afghanischem Dolmetscher.

Sher Ali berichtete, im Iran habe er sich unter starkem Druck gefühlt (er musste den Lebensunterhalt für die Familie sichern).

Im Gespräch kam es erstmals zur Öffnung durch einen sensiblen, muttersprachlichen afghanischen Dolmetscher: Dabei kam glaubhaft ein lange gehegtes Tabu und Familiengeheimnis heraus: Sher Ali wurde als Kind im Alter von 6 Jahren vom Vermieter über zwei Jahre lang sexuell missbraucht. Im Iran gab es keine Hilfen, es waren auch keine Gespräche weder mit externen Personen noch in der eigenen Familie dazu möglich (gesellschaftliches und persönliches Tabu). Der Zugang zu Drogen war und ist im Iran leicht, (siehe weiter unten), sodass auch er schon früh regelmäßig Cannabis und Opium konsumierte. Seine Strategie hieß: das (Über) Leben durch Drogen erträglich machen.

In Deutschland ist er dann nach Einreise ebenfalls in entsprechende Kreise geraten, Gefahr von Umstieg auf weitere Drogen besteht. Im Clearing-Verfahren wurde die Suchtproblematik nicht entdeckt (Sprachproblem und Scham verhinderten dies.) Bislang erhielt er dazu daher auch keine therapeutische oder soziale Unterstützung z. B. durch die Jugendhilfe, die Gefühle von Scham, Schuld, Perspektivlosigkeit bestehen weiterhin.

Diese Fallstudie führt zu der Frage:

Gibt es eine besondere Vulnerabilität und Prävalenz der afghanischen Geflüchteten für Suchtproblematik



- aufgrund der hohen Flüchtlingszahl?
- durch Zufall, durch andere Faktoren?
- aus Unkenntnis im Umgang mit legalen/illegalen Drogen?
- Wegen der Bedingungen oder Einstellungen im Heimatland?
- Aufgrund der schwierigen Aufenthaltslage hier?

Die Datenlage ist dürftig- es gibt jedoch Tendenzen und Annahmen

Thesen:

1. (Junge) Geflüchtete als Teil der Gesellschaft haben proportional auch Suchtprobleme
2. Muslimisch zu sein ist kein „Schutz“ vor Konsum
3. Drogen, Alkoholkonsum (auch in der Heimat) sind z. T. „Tabus“, aber dennoch Realität
4. Afghanische Geflüchtete sind hier besonders betroffen u.a. wegen der großen Drogenproblematik in Afghanistan und im Iran und fehlender Vor-Ort -Interventionen

Suchtmittelgefahr und ggf. Konsum bestehen grundsätzlich **vor, während und nach der Flucht**

Die Suchtforschung sagt: „PTBS kann selbstmedikamentösen Suchtmittelkonsum begünstigen“

Einschub ICD-10 GM 2018 F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über

Dazu Berichte und Stimmen aus der Praxis:

Workshop der Bayerischen Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis (BAS). Professor Felix Tretter, Vize-Vorsitzender der BAS:

"In allen Stadien besteht traumatisierender Stress und demzufolge das Risiko, dass durch Einnahme von Alkohol,

Tabak, Benzodiazepinen, Amphetaminen, Cannabis und auch Opiode eine Selbstmedikation erfolgt.“

Beobachtungen KBO - Isar-Amper-Klinikums München:

„Das Gros der Patienten entwickelt Abhängigkeit erst im dritten Abschnitt der Migration, also in Europa.“

Rabee Mokhtari Nejad, Migrationsambulanz der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie LMU München:

*„Der Bedarf ist groß, 60 % der Patient*innen stammen aus Afghanistan.“*

„UMF konsumieren in erster Linie Alkohol“

„Unter afghanischen Frauen sind Polypharmazie und Benzodiazepine in Zusammenhang mit affektiven Störungen und Traumata als Selbstmedikation weit verbreitet. (Kopf)schmerzmittel werden vielfach eingesetzt.“

Tim Pfeiffer-Gersche, IFT Institut für Therapieforschung München:

„neben dem „traditionellen“ Konsum von Opium und Cannabis gibt es einen Anstieg bei Stimulanzien, da Flucht anstrengend ist“

Weltrogenbericht 2013:

„In Syrien wird steigender Konsum des Amphetamin-Derivats Captagon beobachtet“

Außerdem ein Problem: Klebstoffe gegen die Angst. „Schnüffeln“ von Farb- oder Klebstoffen ist ein weltweites Phänomen unter Straßenkindern. In Marokko sollen beispielsweise 98% inhalieren, ebenso in Kenia, Somalia“, es existieren jedoch auch schon Berichte über Flüchtlingskinder in der z.B. in der Türkei, aber auch in Hamburg.

Einschub: Abhängigkeit von Lösungsmitteln / Klebstoff / Lackverdünnern etc.

(Quelle: <http://web4health.info/de/answers/add-abhaengigkeit-loesungsmittel.htm>)

Häufigkeit der Abhängigkeit von Lösungsmitteln:

Zunehmend mehr Jugendliche bzw. Erwachsene entwickeln als eine Art Einstiegsdroge eine Abhängigkeit von flüchtigen Lösungsmitteln bzw. Klebstoff-verdünnern, Lackverdünnern etc. Das Schnüffeln von Lösungsmitteln kann dabei zu ganz erheblichen Gesundheitsproblemen beitragen. Man schätzt heute, dass etwa 10 Prozent der Jugendlichen Erfahrungen mit Schnüffeln von Lösungsmitteln / Klebstoffverdünnern etc. machen. Genauere Angaben zur Suchtentwicklung sind aber schwierig.

Merkmale:

Typische Merkmale sind ein aromatischer/süßlicher Geruch in der Atemluft oder auch an der Kleidung. Zusätzlich sollte man auf Hautveränderungen bzw. Hautreizungen im Bereich der Nase bzw. des Munds achten. Symptome bei einer Abhängigkeit / Sucht von Klebstoffen / Lösungsmitteln: In der akuten Phase des Missbrauchs bzw. dem Konsum fällt eine Erregung bzw. Unruhe auf. Die Klienten wirken unruhig, aber auch euphorisch. Es kann aber eben auch zu einer Verkennung der Realität bis hin zu Halluzinationen kommen.

Folgen:

Bei längerem Missbrauch kommt es dann zu einer zunehmenden körperlichen Schädigung mit Appetitveränderungen, Gewichtsabnahme oder Schlafstörungen. Aber auch Krampfanfälle sind relativ häufig möglich. Als Folgestörungen des Lösungsmittelmissbrauchs beschreiben Forscher Schäden an der Leber und der Niere, aber auch Sehstörungen (Optikusatrophie) bzw. eine Zerstörung des Knochenmarks bzw. Gefühlsstörungen (Polyneuropathie) an den Beinen oder Armen. Letztlich kommt es zu schweren Schädigungen im Gehirn mit einem Abbauprozess durch Zerstörung der Hirnzellen. Als "sudden sniffers death" beschreibt man den plötzlichen Herztod durch die Lösungsmittel. Daneben ist auch ein Ersticken beim Schnüffeln aus der Plastiktüte möglich.

Kriterien der Abhängigkeit von Lösungsmitteln:

Von einer Abhängigkeit bzw. Sucht spricht man, wenn drei der folgenden Kriterien innerhalb der gleichen Zeit gleichzeitig nachweisbar sind:

1. Starker Drang bzw. Zwang die Substanz zu sich zu nehmen

2. Verminderte Selbstkontrolle hinsichtlich des Beginns, der Menge bzw. auch Beenden des Schnüffeln von Lösungsmitteln (Kontrollfähigkeit vermindert bzw. aufgehoben)
3. Körperliche Entzugserscheinungen sind nachweisbar
4. Toleranzentwicklung, d.h. es werden größere Mengen bzw. kürzere Zeiträume benötigt
5. Vernachlässigung anderer Aktivitäten oder Pflichten, um die Substanz zu beschaffen bzw. zu sich zu nehmen
6. Anhaltender Konsum trotz bekannter negativer Folgen

Allerdings existiert bis heute keine valide Datenlage, zu wenig wurde erforscht, zu heterogen ist die Gruppe der Geflüchteten und zu schwierig ist es die Lebensgeschichte Geflüchteter im Herkunftsland einzubeziehen. Jedoch gibt es Erfahrungsberichte, Experteninterviews und systematische Erfassungen von Jugendhilfeträgern und aus Beratungsstellen.

Danach gelten afghanische Jugendliche im Vergleich zu syrischen & eritreischen Jugendlichen als Risikogruppe. So sagen Mitarbeitende aus Beratungsstellen:

„Wir merken aber, dass die eritreischen Jugendlichen nicht so sehr zum Konsum neigen wie die afghanischen. Die trinken vielleicht auch mal, aber auffälliges Verhalten gab es von denen nicht in der Form. Auch nicht von den syrischen Jugendlichen und wenn man weiter zurück guckt, hatte man auch eine größere Gruppe von somalischen Jugendlichen, von denen wir das auch nicht kannten. Der Schwerpunkt lag also klar bei den afghanischen Jugendlichen“

Erste Erfahrungsberichte dazu gibt es beispielsweise von Condrops München mit einer Untersuchung zu Suchtrisiko und Migration - Praxiserfahrungen aus der Versorgung suchtmittelkonsumierender geflüchteter Menschen.

24 Einrichtungen für (UMFs / UMAs) und Einrichtungen für erwachsene Geflüchtete und ihre Kinder (Schwerpunkt Frauen und Familien) werden unterhalten.

Das Ergebnis:

- Ca. 1/3 der UMF konsumieren anfangs stark
- Schwerpunkte waren Alkohol und Cannabis überwiegend in Verbindung mit PTBS
- Der Konsum nahm ab mit zunehmender Integration und Teilhabe
- Nach Beendigung therapeutischer und betreuender Maßnahmen zeigten über 80% keinen oder unauffälligen Konsum
- Durchschnittliche Dauer der Betreuung waren 22 Monate

Erwachsene Geflüchtete sind ebenfalls betroffen

- Ca. 1/3 konsumierte anfangs auch stark
- Schwerpunkte waren Alkohol und Cannabis
- es erfolgte auch Konsum von Opiaten
- bei Frauen wurde starke Medikamenteneinnahme (multiple Selbstmedikation) und insgesamt bei dieser Gruppe eher Zunahme von Konsum beobachtet.

Auf dem 30. Heidelberger Kongress 2017 wurden "Ethische Fragen in der Suchtbehandlung" vom „Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.“ mit Ergebnissen vorgestellt.

Der Konsum wurde erfasst, Suchtanamnese, ICF/ psych. Diagnostik durchgeführt.

- Auffallend war der hohe Prozentsatz des Migrationshintergrundes erstbetreuter Klienten/innen in Hessen (Frankfurt: 46% Großstadt: 39% Land: 29%). In den 1990er und 2000er Jahren spielten schon Migranten/innen aus der ehemaligen Sowjetunion eine

bedeutende Rolle.

- Die Suchthilfe wurde mit einem anderen Suchtverständnis und anderen Suchtverläufen als den bisher bekannten konfrontiert (z.B.: Intensiver Konsum, schnelle Abhängigkeit)
- Jedoch ist Vorsicht angesagt. Es gilt immer nachzufragen: Was ist jugendspezifisch und was ist kulturspezifisch? Sind Phänomene wirklich kulturtheoretisch oder entwicklungspsychologisch zu erklären?
- 90,2 % der Jugendlichen sind männlich, zwischen 14 und 17 Jahre alt,
- Straffälligkeit vor Hilfebeginn bestand bei 25,7% (hoher Anteil von BtmG-Delikten)

	%
Afghanistan	59,6%
Syrien	11,2%
Eritrea	10,7%
Somalia	5,9%
Guinea	3,2%
Pakistan	1,6%
Iran	1,1%

Je ein Jugendlicher kommt aus den Ländern Armenien, Türkei, Libanon, Sudan, Albanien, Gambia, Elfenbeinküste und Äthiopien

Erfassung der Klient*innen nach Nationalität (Quelle: Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.“).

Interventionsbedürftige Problemlagen:

- Soziale Unsicherheit 31,8%,
- Schlafprobleme 27,4%
- Depressive Verstimmungen 22,9%
- Aggressives Verhalten 19,0%
- **Alkohol/Drogen/Medikamentenmissbrauch 30,7%**

Konsumierte Substanzen waren:

- bei Abhängigkeit: Nikotin 20%, Cannabis 7,8 %, Alkohol 3,4 %
- bei unkontrolliertem Konsum: 4.5% Alkohol, 3.4% Nikotin, 2.2% Cannabis, 2.8% Amphetamine
- Restliche: gelegentlicher oder kontrollierter Konsum (Selbstaussage) oder keine Infos

Experteninterviews ergaben:

Es gibt Schwierigkeiten in der Arbeit mit Jugendlichen/ mit ihrer Öffnung durch kulturell anderes Suchtverständnis:

- Suchtproblematik existiert in den Herkunftsgesellschaften, ist aber ein absolutes, kulturell erlerntes Tabu
- Es gibt meist keinerlei Sozialisation oder Aufklärung zum Thema Konsum/Sucht:
- Es existiert meist ein rein somatisches Krankheitsverständnis

- Angst vor „Gesichtsverlust“,
- Probleme im religiösen Kontext,
- Unklarheit über den Status der Beratungsstelle,
- die Befürchtung, Autoritäten zu enttäuschen,
- Angst vor „Verrat“ an Behörden kommen oft vor

Diese Zusammenfassung aus diversen Praxiserfahrungen wirft die Frage auf:

Warum also scheinen ausgerechnet Afghanen so gehäuft Suchtproblematik aufzuweisen und was muss in Anamnese und Beratung und Betreuung berücksichtigt werden?

Es muss an dieser Stelle nochmals ausdrücklich betont werden: Es gibt keinerlei verlässliche oder valide Gesamtaussage, nur Einzelbeobachtungen die sich aber auffallend ähneln, allerdings ohne jede wissenschaftliche Grundlage.

Ein Mosaik in der Erklärung kann unter Umständen auch die vor Ort Erfahrung im Heimatland sein, daher lohnt sich ein Blick auf die Situation in Afghanistan und im Iran.

Opium, Cannabis und Alkohol in der afghanisch- iranischen Tradition

In Stichworten:

- Opiumanbau bzw. Konsum ist Tradition in der östl. Mittelmeerregion, aber auch in China, in Zentralasien, Afghanistan, im Iran.
- In der Antike (vorchristliche/vorislamische Zeit) war bereits Berauschendes durch vergorene Getränke bekannt
- Ägypten kannte bereits Opium, ebenso Griechenland, auch für kultische Zwecke
- Hippokrates (460-377 v.Chr.) nutzte es schon medizinisch
- Später erfolgten Mohnanbau und Gewinnung von Opium besonders in der Medizin oder zum Genuss (röm. Imperatoren)
- Araber/Perser (Ibn Sina/ Avicenna 980 und auch schon Paracelsus (um 1530) nutzen Opium zur Schmerztherapie/Schlaftherapie
- Das Alkaloid Morphin und das Folgeprodukt Heroin wurden erst im 19. Jh. entdeckt
- Opium war als Genussmittel und zur Erheiterung in China lange bekannt
- Opium wurde exzessiv in den Salons in Europa im 19. Jh. konsumiert, Resultat: viele Abhängige
- Später wurde es daher verboten, in Deutschland erst vor 80 Jahren!
- Im Iran hat es lange Tradition („ab 14:00“ konsumierte man offen im Bazar)
- Weinproduktion in der Türkei (auch heute) oder Opiumkonsum der Sultane sind belegt
- Ähnlich: Kat im Jemen, z.T. Marokkosind auch heute gesellschaftsfähig und gehören zum Alltag (männlich und auch z.T. weiblich genutzt)

Einschub: Islam, Rauschmittel und Alkoholgenuss im Laufe der Geschichte (Quelle Wikipedia)

Zwar sind Cannabais, Opium oder sonstige Rauschmittel im Koran nicht explizit genannt, allerdings wird Alkohol oder – etwas unschärfer „Berauschendes“, genannt, auch existieren zahlreiche Fatwas zum Thema Drogenkonsum. Die Praxis und die Rechtsprechung in den islamischen Ländern und unter den Muslimen sind durchaus unterschiedlich: vom absoluter Ablehnung weil „haram“, also strikt verboten und staatlicherseits sogar mit harten Strafen belegt bis zur Umschiffung, Duldung oder Ausnahmen ist hier vieles möglich.

Wie aus der vor- und frühislamischen Dichtung bekannt ist, wurden bei den vorislamischen Arabern Wein und alkoholische Getränke geschätzt, Betrunkensein jedoch geächtet. Auch in der Frühzeit des Islam wurde der Weingenuss scheinbar nicht komplett verurteilt. Dattel-, Trauben-, Honigwein, sowie alkoholische Getränke aus Weizen, Gerste und Hirse waren in frühislamischer Zeit wohl im gesamten arabischen Raum bekannt, Weinschenken wurden gerne besucht und auch Glücksspiel war verbreitet und zunächst nicht sanktioniert. In einem frühen Text benennt der Koran ausdrücklich die „Weinstöcke“ als Schöpfung Gottes: „Er ist es, der aus den Wolken Wasser herniederkommen lässt ... Damit lässt er das Getreide wachsen, und die Ölbäume, Dattelpalmen und Weinstöcke.“ (16,10-11). Den Gläubigen werden im Paradies nicht nur Früchte (Granatäpfel, Trauben und Datteln; 55,68) und Fleisch versprochen, sondern auch „Ströme von Wasser, Milch, Wein und Honig“ (47,15). Korankommentatoren haben allerdings hervorgehoben, dass der Wein des Paradieses nicht berauscht machen werde.

Dazu heißt es in verschiedenen übereinstimmenden Analysen, dass das Weinverbot in der Frühzeit des Islam streng beachtet und mit dem festgesetzten Strafmaß bestraft wurde, aber die ersten Kalifen und insbesondere einige Umayyadenkalifen des 8. Jahrhunderts diese Bestimmungen in der Praxis auflockerten. So gab es wohl Zeiten der rigiden Handhabung des Weinverbots ebenso wie Zeiten der Duldung des Weinhandels (vor allem durch Juden und Christen) und -konsums, da dieser für Herrscher auch hohe Steuereinnahmen bedeutete. Nicht nur in vorislamischer, sondern auch in islamischer Zeit gibt es zudem eine Weinpoesie mit Preisung des Weins und seine positiven Wirkungen, allerdings oft in allegorischer Bedeutung: Islamische Mystiker haben das Berauscht sein von der Liebe Gottes in der Ekstase mit dem durch Alkohol verursachten Rausch verglichen. Das stufenweise erfolgte Verbot des Alkoholkonsums vom mekkanischen Vers 16:67 bis zum spätmedinischen Vers 5:90 stellt die Koranexegese in der oben geschilderten Chronologie der Offenbarung dar

Dazu Auszug aus Wikipedia:

„Vier Koranverse (aya) befassen sich explizit mit dem Alkoholkonsum bzw. -verbot:

16:67 : und (wir geben euch) von den Früchten der Palmen und Weinstöcke (zu trinken), woraus ihr euch einen Rauschtrank macht, und (außerdem) schönen Unterhalt. Darin liegt ein Zeichen für Leute, die Verstand haben.“

–

2:219: „Man fragt dich nach dem Wein und dem Losspiel. Sag: In ihnen liegt eine schwere Sünde. Und dabei sind sie für die Menschen (auch manchmal) von Nutzen. Die Sünde, die in ihnen liegt, ist aber größer als ihr Nutzen. Und man fragt dich, was man spenden soll. Sag: Den Überschuss (von dem, was ihr besitzt)! So macht Gott euch die Verse klar. Vielleicht würdet ihr nachdenken.“–

4:43: Ihr Gläubigen! Kommt nicht betrunken zum Gebet, ohne vorher (wieder zu euch gekommen zu sein und) zu wissen, was ihr sagt“

5:90 Ihr Gläubigen! Wein, das Losspiel, Opfersteine und Lospfeile sind (ein wahrer) Greuel und Teufelswerk. Meidet es! Vielleicht wird es euch (dann) wohl ergehen.

Alkoholgenuss in Notsituationen

Die für die islamische Jurisprudenz spezifische Rechtskategorie der Darūra/Idtirar اضطرار / ḍarūra, idtirār, d. h. die Beachtung der Zwangslage, in der Verbotenes für erlaubt erklärt werden kann, ist im Zusammenhang mit dem koranisch verbotenen Alkoholgenuss schon sehr früh diskutiert worden. Wann jedoch die Überschreitung einer Rechtsnorm und die Ignorierung des Verbotes möglich ist, wird in den islamischen Rechtsschulen unterschiedlich beurteilt. Diese Rechtskategorie ist schon im Frühislam im Zusammenhang mit der Heilung von Krankheiten angewendet worden; ihre Gegner griffen dabei auf die angebliche Aussage des Gefährten Mohammeds Abd Allah ibn Mas'ud zurück, der gesagt haben soll: „Gott hat eure Genesung nicht in einem (Mittel) bestimmt, was er euch verboten hat.“

Dies könnte somit ggf. auch die Toleranz von Cannabis, Opium etc. zu Heilungszwecken erklären, zudem ist sicherlich die Jahrhunderte alte gesellschaftliche Praxis oder die Übung hausragender klerikaler oder sonstiger Persönlichkeiten oft Beispiel gebend für die Gläubigen.

In der Praxis bedeutet dies:

- Christliche und jüdische Minderheiten (im Iran) hatten immer Ausnahmegenehmigungen zum Weinkeltern
- Moderater Anbau von Opium war in Afghanistan üblich, wurde verstärkt in Afghanistan seit der Sowjetzeit auch als Kriegs- und Destabilisierungsmittel

- Die 68er Hippiezeit führte viele Europäer*innen nach Afghanistan zum Haschisch- Konsum.
- Ihr Verhalten „im Rausch“ führte dazu, das Haschisch weniger angesehen wurde als das vergleichsweise von der einheimischen Bevölkerung kontrolliert konsumierte Opium.
- In islamischen Ländern ist vielfach nur Alkohol als „haram“ verboten und es erfolgt Ausweichung auf andere, nicht ausdrücklich benannte berauschende Substanzen.(siehe Einschub oben)
- Opium ist gender- und altershierarchisch teil-legitimiert im privaten Bereich („Schmerzlinderung“), Cannabis eher verpönt , (siehe zur religiösen Begründung im Einschub oben)
- Alkohol war und ist zwar eigentlich verboten (im Iran und anderen Ländern z. T. per Gesetz), wird aber oft -besonders in gehobenen Schichten oft im Geheimen konsumiert
- Die „westliche Lebensweise“ wird hier oft durch „Hartes“ wie Whisky oder Brandy oder Wodka kopiert, eine „Bierkultur“ mit Wissen um alkoholische Wirkung bei starkem
- Konsum ist weniger bekannt, Bier gibt es oft nur als Einzelflasche, niemals in Kästen zu kaufen und wird eher wie „Limo“ gesehen.
- Beispiel: die Ital. Weinfabrik in Afghanistan (wegen der Trauben) in den 70ern. Einheimische fragten dort nach Brandy, nicht nach Wein

Ähnliche Haltungen zu Alkohol –und Drogenkonsum existieren in den muslimischen Gesellschaften auf Grund ähnlicher Strukturierung der Lebensbereiche:

- Innenwelt und Außenwelt existieren dort und Offizielles und Inoffizielles – mit der Folge, dass
1. Tabus existieren d.h. bestimmte Dinge, Handlungen etc. nicht öffentlich oder sogar nicht gegenüber Dritten generell erwähnt werden.
 2. Handlungen (wie auch gelegentlich Alkohol/ Drogenkonsum) innerhalb des quasi geschützten privaten „Innenbereiches“ vorgenommen werden
 3. Stillschweigen aller Beteiligten eingehalten wird
 4. Dies dann zwar als unehrenhaft angesehen, aber dennoch in gewissen Grenzen toleriert wird (was ich nicht weiß...)
 5. Die Gefahr von Denunziation und Konsequenzen für Entdeckte nach verbotenen Handlungen groß ist
 6. Die soziale Kontrolle durch Nachbarschaft, rel. Gemeinde etc. extrem stark ausgeübt wird

Der stille Tsunami: zur aktuellen Drogen- und Alkoholproblematik in Afghanistan/Iran

Internationalen Beobachtungen zufolge ist die Drogenlage in Afghanistan - von der Weltöffentlichkeit auf Grund der täglichen Berichte über Selbstmordanschläge etc. weitgehend unbeachtet - hochalarmierend.

„Die Drogenabhängigkeit fordert mehr Leben in unserem Land als die bewaffneten Konflikte und der Krieg. Die Drogenabhängigkeit ist ein stiller Tsunami, ein unerklärter Krieg gegen unsere Bevölkerung. Dieser Krieg ist gefährlicher als der echte, weil dabei unsere Kinder sterben“ (Salamat Azimi, afghanische Ministerin für Drogenbekämpfung)

Cannabis, Qat (vor allem im Jemen konsumiert) und Opium sind grundsätzlich unterschiedliche Pflanzen. Cannabis, der weiblichen Teil der Hanfpflanze wird vor allem zu Rauchmitteln verarbeitet oder zu Ölen etc. extrahiert, Marihuana, Gras, Haschisch sind die bekanntesten Rauschmittel.

Medizinalhanf (*Cannabis sativa* L.) wurde schon immer medizinisch genutzt, aktuell vor allem in der westlichen – und östlichen Schmerztherapie.

Aus dem Kapselsaft der Mohnpflanze hingegen wird Rohopium gewonnen, dieses wird dann ggf. noch weiter verarbeitet zu Opiaten u.a. für medizinische Zwecke. Die wirksamen Hauptbestandteile des Opiums sind die Alkaloide Morphin, Codein und Thebain. Das halbsynthetische Diacetylmorphin, allgemein als Heroin bekannt, ist das am weitesten verbreitete illegale Morphin-Derivat

Mit den Taliban begann seit 2001 massiver Ausbau der Opiumfelder besonders in den Regionen Helmand (Süden) und Nordafghanistan für Verkauf, Zwischenhandel, Schutzgelderpressung und für Waffenkäufe.

Dadurch entstanden in Afghanistan ebenso wie im Iran landesweit massive Drogenprobleme:

- 2015 stammten rund 75 % des weltweit gehandelten Opiums aus Afghanistan, (zuvor 92%, Tendenz steigend)
- Aktuell wird in diesem Land Schlafmohn auf einer Fläche von über 200 000 Hektar angebaut.
- Der Großteil des Profites wird außerhalb des Landes erzielt (Mafia)
- Die Haupthandelsrouten verlaufen über die Nachbarstaaten nach Europa oder nach Russland und neu: China Topimporteur
- Alternativprogramme oder Brandrodung sind nicht erfolgreich,
- Rosen-, Granatapfel, Safran oder Weizenanbau, z. T. durch ausländische Geberländer oder Projekte initiiert greifen (noch) nicht ausreichend, da die Preise nicht stimmen und stärker subventioniert werden müssten. Opium ist attraktiver für die Bauern oder wird per Druck weiter angebaut

Besonders Frauen und Kinder sind betroffen, die (ärztliche) Verabreichung oder die Selbstmedikation mangels anderer Medikamente führt schnell in die Drogensucht. Es gibt viele zerstörte Familien, viele Kinder sind bereits süchtig. Die Sucht entsteht oft aus und auf der Binnenflucht, wird aus den Lagern in Iran oder Pakistan nach Afghanistan mitgebracht, viele Menschen ertragen die Lebenssituation ohne festen Wohnsitz nicht.

Insbesondere Witwen sind betroffen, sie sind häufig wie andere Frauen Opfer von Gewalt, haben keinen Zugang zum Gesundheitssystem und bekämpfen Schmerzen oder psychische Ausnahmesituationen mit Opiaten jeglicher Art. Dasselbe gilt für die vielen Straßenkinder: Alle haben grundsätzlich relativ leichten Zugang zu Cannabis, Opium und Heroin.

Es wird ein Anstieg der Drogenabhängigkeit von harten Drogen beobachtet. Mit 90 Beratungsstellen und Kliniken im Land, die zum Teil nicht ausreichend ausgestattet sind, bekommt Afghanistan die Situation nicht in den Griff. Vielfach kann auch hier nur ein kurzer kalter Entzug angeboten werden (z. B. für alleinstehende Frauen mit Kindern), die dann nach spätestens 14 Tagen ohne weitere Versorgung die Ambulanzen oder Kliniken verlassen müssen und nur den Rat nach „kalter Dusche als Ersthilfe bei Entzugserscheinungen“ bekommen. Opium und Cannabiskonsum sind in Afghanistan heute zumeist direkt oder indirekt in Armut begründet.

Nach UNODC - Bericht (United Nations Office On Drugs and Crime 2017) ist die Zahl der Konsumenten besorgniserregend steigend:

- Ca. 1 Million der 15- bis 64-jährigen Afghanen ist drogenabhängig
- Innerhalb von fünf Jahren hat sich die Zahl der Heroin-Konsumenten auf 120.000 zu verdoppelt
- Fast 3 Millionen konsumieren andere Substanzen wie Opium/Cannabis, davon
- sind 20% Frauen und Kinder
- Der Bevölkerungsanteil ist mit 8% – doppelt so hoch wie der Welt-Durchschnitt.
- 50 % der drogenabhängigen Eltern verabreichen ihren Kindern Drogen
- Die Mehrheit der drogenabhängigen Kinder leben in Nordafghanistan, Grund: viele (alleinstehende, verlassene oder verwitwete) Frauen arbeiten 12 - 14 Stunden täglich in Teppichknüpfereien, Mütter konsumieren Opium zur besseren Konzentration und verabreichen es ihren Kindern, damit diese schneller einschlafen.
- Ein Kreislauf der Abhängigkeit beginnt, ganze Suchtfamilien entstehen
- Heroin und neue Drogen wie Crystal Meth sind in Afghanistan und Iran stark auf dem Vormarsch.
- **Achtung:** „shisheh“ oder „sisa“ wird Crystal Meth hier oft genannt, das kann ggf. zu Verwechslung mit dem hier populären Begriff „shishah“ für Wasserpfeife führen

Irans Drogenproblem ist ebenfalls hoch:

- 3.000 Drogentote beklagt das Land jährlich (Vergleich Deutschland:1200)
- Offiziell mindestens 2,2 Millionen Iraner abhängig, hohe Dunkelziffer, weitere 2,8 Millionen konsumieren gelegentlich
- zu 90 % sind dies Männer, der Frauenanteil wächst
- hinzu kommen mindestens 200.000 Alkoholiker
- Endlich wurden landesweit Kliniken/Zentren eröffnet – zuvor war dies ein großes Tabu weil der Konsum jeglicher Rauschmittel streng gesetzlich verboten ist.
- Auch „Underground- Partydrogen“ und bei Studenten zur Stressreduktion sind weit verbreitet und beliebt,
- Im Iran ist dies auch ein Problem der Studenten und Oberschicht, anders als Afghanistan wird nicht (nur) aus der Armut heraus konsumiert
- Drogen dienen oft der Alltagsflucht (Stichworte: keine öffentliche Freizeitinfrastruktur, Genderapartheid, Situation im Land etc.), es gibt das geflügelte Wort „Alte nehmen Opium, Junge nehmen Meth“
- Die Routen für Opium und Crystal Meth/Crank oder Ice gehen zwischen beiden Ländern hin und her mit Laboren und Transport- Infrastruktur bis hin nach Pakistan
- Tramadol- als Schmerzmittel wird oft konsumiert
- Methadon ist öfters ohne Rezept in sogenannten „Naturkostläden“ im Iran erhältlich

Fazit:

Ausgehend von diesen Fakten sollte auch im Hilfe- und Unterstützungssystem eine mögliche Suchtgefährdung zwar nicht antizipiert werden, dennoch lohnt es sich behutsam bei Anamnese, Bericht zur Flucht- und Heimatgeschichte oder bei unerklärlichem Verhalten, eine solche Problematik mit anzudenken, insbesondere um medizinische, psychologische oder beratende Hilfen anzustoßen oder mögliche Probleme im aufenthaltsrechtlichen Bereich rechtzeitig zu

erkennen. Augenmerk sollte auch auf gefährdete andere Gruppen wie z. B. „sans-papiers“-
„Papierlose“ gelegt werden. (In Dortmund sind dies z.B. auch die unter der Selbstbezeichnung
„Amadou“ aus Guinea lebenden Geflüchteten, die in der Geflüchteten- Hierarchie meist relativ weit
unten stehen und daher möglicherweise schnell Opfer der Drogenlogistiker werden).

Kontakt:

Internationales Bildungs- und Begegnungswerk e.V., (IBB e.V.)

Bornstraße 66

44149 Dortmund

FB Beruf international & Migration

Tel: 0231952096- 25

info@ibb-d.de

www.ibb-d.de

Das Manual „Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung“

M. Sc. Psychologin Tatjana Kaaz., Wissenschaftsteam der LWL-Klinik Dortmund



Im Workshop stellte Frau Kaatz das „Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung“ der LWL – Klinik Dortmund vor, das zusammen mit Arbeitsmaterialien auf Türkisch und Arabisch 2018 erscheinen ist. Es reiht sich ein in ein ganzes Bündel von Maßnahmen und Veröffentlichungen zur besseren psychiatrischen und psychosozialen

Versorgung von Migrant*innen. Es erhält nochmals Brisanz durch die große Zahl aktuell zugewanderter Geflüchteter. Das Manual wurde konzipiert, die Nagelprobe im Praxistest steht jedoch noch aus. Somit wurde hier die Gelegenheit genutzt, das Manual mit Praktiker*innen der Migrationsarbeit zu diskutieren.

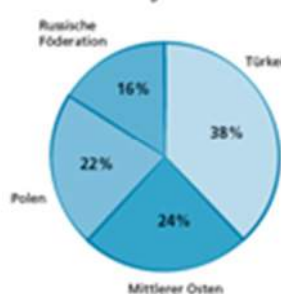
Zunächst wurden einige Hintergrundinformationen zur Situation von Menschen mit Migrationserfahrung vermittelt.

Hintergrund

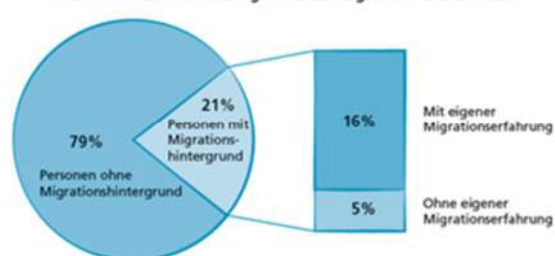
Datenlage Statistisches Bundesamt 2015:

- 17,1 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland
- 21 % der Gesamtbevölkerung
- deutlicher Zuwachs durch Flüchtlingskrise (4,4 % zum Vorjahr)

Herkunftsländer von Migranten in Deutschland



Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland



Mögliche Folgen der Migration sind:

- Veränderung in sozialem Niveau
- Arbeitslosigkeit
- Finanzielle Schwierigkeiten
- Sprach- und Verständigungsprobleme
- Aus- und Abgrenzung
- Identitäts- und Rollenkonflikte
 - ▶ persönliche und seelische Belastungen können entstehen

Folgen der Migration

Migration birgt **Belastungen**, die häufig **Auswirkungen auf das gesundheitliche Befinden** haben

- 25 % der in Deutschland lebenden Flüchtlinge leiden an einer psychischen Störung (Schneider et al., 2017)

Risikofaktoren (nach Koch, 2009; Assion & Koch, 2012) sind:

- Das Asylverfahren
- Vertreibung
- Subgruppenzugehörigkeit

Wie erfolgt die Inanspruchnahme von Angeboten durch Migrant*innen?

Es existieren Barrieren im Gesundheitssystem (nach Schouler-Ocak, 2015)

- Verringerte Aufklärung über vorhandene Gesundheitsangebote
- Reduzierte Inanspruchnahme therapeutischer und präventiver Maßnahmen
 - ▶ Migranten nehmen seltener Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsprogramme wahr (Assion, 2005)

Fazit: Es besteht die **Notwendigkeit der Überarbeitung und Anpassung der Versorgungsangebote für Patienten mit Migrationshintergrund!**

Die Inanspruchnahme von Angeboten

- Die Akzeptanz ist erhöht bei kulturell angepassten Angeboten (nach Koch, 1997)
- Auf Migrationshintergrund zugeschnittene Angebote (z.B. Psychoedukation) tragen bei
 - zur besseren Aufklärung
 - zu verbesserter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Frau Kaatz erläuterte, wie unterstützt durch das interkulturelle Manual in psychoedukativen Gruppen mit Patient*innen / Klient*innen gearbeitet werden kann:

Einleitung

Vorzüge psychoedukativer Gruppen sind:

- Das Selbsthilfepotenzial von Patienten und Angehörigen wird professionell gefördert
- Bereits im klinischen Alltag sind etablierte Konzepte vorhanden
- Besondere Patientengruppen sind Menschen mit Migrationshintergrund

Eine Modifikation psychoedukativer Angebote ist notwendig z. B. durch:

- Einfache Sprache mit kurzen Sätzen
- Viele Bilder und Symbole
- Einbezug von Dolmetschern
- Sensibilisierung der Therapeuten für kultur- und migrationsspezifische Aspekte:
Ziel: → Patienten aktivieren sowie Angst und Scham nehmen
- In Muttersprachen übersetzte Arbeitsmaterialien (entwickeln bzw. anwenden)

Ziel

Entwicklung eines kultursensiblen Angebots zur Steigerung der Versorgungsqualität für Personen/Patienten mit Migrationshintergrund

- An Wünsche und Bedarfe angepasste Themen
- Modular aufgebaut
- Form: Psychoedukation

Fragestellungen sind z.B.:

- Steigerung der Zufriedenheit mit Behandlung?
- Sind die Inhalte auch noch im Alltag nützlich?

Zur Durchführung

Rahmenbedingungen:

- Es handelt sich um „offene“ psychoedukative Gruppen
- 5-12 ist die optimale Teilnehmer*innengröße

Gruppen:

- sind heterogen in Geschlecht, Sprache und Diagnose
- Ein Therapeut/Educator (Arzt, Psychologe, Pfleger oder Sozialarbeiter)
- Die Gruppe findet in deutscher Sprache statt
- Arbeitsmaterialien sind zusätzlich in türkischer und arabischer Sprache vorhanden

Einschlusskriterien:

- Alter 18 – 65 Jahre
- Beide Geschlechter können teilnehmen
- Personen mit Migrationshintergrund

- Es ist keine deutsche Sprachkompetenz bei Personen mit türkischem bzw. arabischem Migrationshintergrund notwendig
- **Es herrscht Akkulturationsbedarf** des potenziellen Gruppenteilnehmers
- Ausreichende Deutschkenntnisse bei Personen anderer Ethnizität sind vorhanden
- Studieninhalte und -ablauf wurden verstanden und eine Einverständniserklärung wurde unterschrieben

Ausschlusskriterien:

- Eine akute schwere psychische Erkrankung (Fremd- oder Eigengefährdung)
- Akut psychotische, suizidale, delirante und demente Personen
- Mangelnde Gruppentauglichkeit
- Mangelnde Deutschkenntnisse bei Personen ohne **türkischen oder arabischen Migrationshintergrund**
- Personen ohne Möglichkeit einer eigenverantwortlichen Zustimmung
- Schwere Abhängigkeit, Einnahme von Substanzen
- Hörprobleme

Psychoedukationsgruppe	Kontrollgruppe
<ul style="list-style-type: none"> • nach Manual 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeut hat möglichst abstinente Haltung (offene Fragen) • Ähnlich einer Selbsthilfegruppe • Themen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Familie 2. Kontakte zur Heimat 3. Zukunftsvorstellungen 4. Freizeitgestaltung 5. Lebensumfeld

Struktur der Sitzungen (Psychoedukation) - Komposition der Module

Migration

- Individuelles Kennenlernen der einzelnen Teilnehmer

Integration und soziale Kontakte

- Vermittlung der Wichtigkeit sozialer Kontakte und möglicher Anlaufstellen

Gesundheitssystem in Deutschland

- Informationen zum deutschen Gesundheitssystem

Vorsorge und Rückfallschutz

- Wissensvermittlung zur Etablierung eines neuen Gesundheitsbewusstseins

Psychische Erkrankungen

- Aufklärung über verschiedene psychische Erkrankungen

Struktur der Sitzungen – Zeitlicher Ablauf und Struktur

Dauer einer Sitzung: 60 bis 90 Minuten

- Nicht jedes Modul kann in einer Sitzung abgehandelt werden

Ablauf

- Jede Sitzung startet mit den Gruppenregeln
- Vorstellungsrunde
- Thematik des Moduls (Arbeitsblätter zur Unterstützung)
- Abschlussrunde

Die einzelnen Module

Modul 1: Migration

Ziel:

- Überblick über Thematik und Rahmenbedingungen der Gruppe
- Erfassung von Erwartungen
- Individuelles Kennenlernen der Patienten

Hintergrund:

- Migranten sind eine heterogene Gruppe (Albornoz, 2010)
- Migrationsprozess besteht aus mehreren Phasen (Albornoz, 2010) und ist individuell für jede Person (Breckner, 2009)
- Psychoedukation nur durch vertrauensvolle Beziehung gut (Pitschel-Walz & Bäuml, 2016)

Arbeitsblätter/Inhalte:

- Gruppenregeln
- Erwartungen und Ziele
- Migration
- Hintergrundwissen
- Selbstfindung im Migrationsprozess

Mögliche Probleme:

- Die Gruppe ist zu groß
- Gruppe ist sehr klein / zurückhaltend
- Gruppe ist sehr heterogen

Modul 2: Integration und soziale Kontakte

Ziel:

- Vermittlung der Wichtigkeit sozialer Beziehungen sowie von Angeboten zur einfacheren Integration
- Gruppenteilnehmer sollen lokale Angebote und Stellen kennenlernen

Hintergrund:

- Integration ist eine Anpassungsleistung (Geißler, 2004; Schröder, 2013)
- Soziale Kontakte im Einwanderungsland erleichtern Integration (Haug & Pointer, 2007)

Arbeitsblätter/Inhalte:

- Integration und soziale Kontakte
- Kommunale Angebote
- Hilfsangebote
- Freizeitangebote

Mögliche Probleme:

- Soziales Umfeld sehr klein
- Soziale Isolation

Modul 3: Gesundheitssystem in Deutschland**Ziel:**

- Gesundheitssystem in Deutschland näher bringen
- Vermittlung informativer Inhalte
- Kennenlernen von Möglichkeiten und Rechten

Hintergrund:

- Zugang zu Gesundheitssystem für Personen mit Migrationshintergrund oft schwierig (Knipper & Bilgin, 2009)
- Seltener Nutzung von Präventionsprogrammen (Nationaler Integrationsplan der Bundesregierung, 2007)
- Überdurchschnittlich hohe Nutzung von Notfallambulanzen (Borde et al., 2005)
- Unterversorgung ambulanter Psychotherapie bei Migranten (5 %; Koch, 2005)

Arbeitsblätter/Inhalte:

- Gesundheitssystem in Deutschland
- Leistungen der Krankenkasse
- Der Arztbesuch
- Das Krankenhaus
- Psychiatrische Versorgung

Mögliche Probleme:

- Gesundheitssystem im Herkunftsland war anders
- Versorgungsmöglichkeiten unbekannt

Modul 4: Vorsorge und Rückfallschutz**Ziel:**

- Selbst zur Gesundheit beizutragen

- Intensive Auseinandersetzung mit gesunder Ernährung, Schlafhygiene und Stressbewältigung
- Wissensvermittlung und Umsetzung im Alltag

Hintergrund:

- Heterogenität in Umgang mit Gesundheitsthemen (Berrut et al., 2006)
- Wenige auf Migranten zugeschnittene Präventionsprogramme (Schouler-Ocak & Aichberger, 2015)
- Information sollte zielgruppenorientiert gestaltet sein (Zeeb et al., 2004)

Arbeitsblätter/Inhalte:

- Vorsorge und Rückfallschutz /
- Gesunde Ernährung
- Schlafhygiene
- Stressbewältigung

Mögliche Probleme:

- Teilnehmer haben andere Meinung
- Umsetzung im Alltag schwierig
- Zu hohe Ziele führen zu Frustration

Modul 5: Psychische Erkrankungen

Ziel:

- Aufklärung über verbreitete psychische Erkrankungen
- Informationsvermittlung zum Umgang mit psychischen Erkrankungen
- Abbau von Angst und Unsicherheiten

Hintergrund:

- Migrationsprozess und Erfahrung im Einwanderungsland können starken Einfluss auf psychisches Befinden haben (Carbello & Nerukar, 2001)
- Ambulante Angebote werden seltener genutzt (Baune et al., 2004) aufgrund von Misstrauen (Wittig et al., 2004) oder fehlendem muttersprachlichem Personal (Kirkcaldy & Siefen, 2002)

Arbeitsblätter/Inhalte:

- Psychische Erkrankungen
- Depression
- Schizophrenie
- Angststörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Sucht

Mögliche Probleme:

- Zu wenig Zeit für zu viel Stoff

- Gruppe zu heterogen
- Falsches Verständnis von psychischen Erkrankungen

Beschreibung zum Studienablauf der zugehörigen Begleitstudie mit Evaluation

1. Screening:

- Vorgespräch
- Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien
- Patienteninformation/ -einwilligung + Chiffreerstellung
- Anamneseerhebung inklusive Migrationsfragebogen und Migrationsstressorenbogen
- Erhebung des Selbstwirksamkeitserlebens (SWE)
- Fragebogen: Offenheit über Probleme zu sprechen
- Ermittlung des Funktionsniveaus (PSP)
- Randomisierung zu einer der beiden Gruppen

2. Verlaufsdiagnostik nach jeder Sitzung:

- Fragebogen zur Patientencompliance von Therapeut auszufüllen
- Feedbackbogen von Patient auszufüllen (informierter fühlen etc.)
- beide Fragebögen erhalten darüber hinaus ein Item zum Sprachverständnis des Patienten

Wie gut konnten Sie die Sitzung sprachlich verstehen?



3. Abschlussvisite und 4. Follow-Up-Messung (3 Mon nach Postmessung):

Erwartete Ergebnisse

- Gesteigerte Patientenzufriedenheit mit der Behandlung
- Gesteigerte Therapieadhärenz
- Informationsgewinn
- Abbau von Ängsten und Unsicherheiten
- Steigerung der Lebensqualität
- Steigerung der Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit psychischen Erkrankungen
- Frühzeitige Inanspruchnahme von Unterstützung

<p style="font-size: small; margin: 0;">Arbeitsblatt 5</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small; margin: 0;">Modul 1: Migration 21</p> <h3 style="color: #0070C0; margin: 10px 0;">Selbstfindung im Migrationsprozess</h3> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">(Bitte Fragebogen ausfüllen!)</p> <p>1. Wie alt war ich, als ich nach Deutschland gekommen bin?</p> <p>_____</p> <p>2. In welcher Generation ist meine Familie nach Deutschland gekommen?</p> <p>_____</p> <p>3. War meine Familie der Grund dafür, nach Deutschland zu kommen?</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>4. Wer aus meiner Familie ist zuerst nach Deutschland gekommen?</p> <p>_____</p> <p>5. Mit wem bin ich nach Deutschland gekommen?</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)</p> <p><input type="checkbox"/> alleine</p> <p><input type="checkbox"/> Familie</p> <p><input type="checkbox"/> andere: _____</p> <p>6. Aus welchem Land stammt meine Familie?</p> <p>_____</p> <p>7. Aus welchem Land bin ich nach Deutschland gekommen?</p> <p>_____</p>	<p style="font-size: small; margin: 0;">Modul 3: Gesundheitssystem in Deutschland</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small; margin: 0;">42</p> <p style="text-align: right; font-size: small; margin: 0;">Arbeitsblatt 11</p> <h3 style="color: #0070C0; margin: 10px 0;">Leistungen der Krankenversicherung</h3> <p>Warum ist es wichtig, krankenversichert zu sein?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Es besteht in Deutschland eine ...</p> <div style="border: 1px solid #0070C0; border-radius: 10px; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Allgemeine Krankenversicherungspflicht</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">Versicherung gegen das Risiko einer Erkrankung und ihrer Folgen</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; font-size: x-small;">Ohne Zuzahlung</th> <th style="width: 50%; font-size: x-small;">Mit Zuzahlung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top; font-size: x-small;"> <ul style="list-style-type: none"> Behandlung im Krankenhaus Behandlung bei einem Arzt/Psychologen/ Psychotherapeuten Vorsorgeuntersuchungen (z. B. regelmäßige Kontrollen beim Zahnarzt oder Frauenarzt) Rehabilitation Heime/Pflegeheime </td> <td style="vertical-align: top; font-size: x-small;"> <ul style="list-style-type: none"> Medikamente Zahnersatz Vorsorgeuntersuchungen (z. B. für Augen, Lunge, Hirnleistung) Heilmittel (z. B. Physiotherapie, Prothesen) </td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 10px;">Welche Leistungen habe ich bereits in Anspruch genommen?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	Ohne Zuzahlung	Mit Zuzahlung	<ul style="list-style-type: none"> Behandlung im Krankenhaus Behandlung bei einem Arzt/Psychologen/ Psychotherapeuten Vorsorgeuntersuchungen (z. B. regelmäßige Kontrollen beim Zahnarzt oder Frauenarzt) Rehabilitation Heime/Pflegeheime 	<ul style="list-style-type: none"> Medikamente Zahnersatz Vorsorgeuntersuchungen (z. B. für Augen, Lunge, Hirnleistung) Heilmittel (z. B. Physiotherapie, Prothesen)
Ohne Zuzahlung	Mit Zuzahlung				
<ul style="list-style-type: none"> Behandlung im Krankenhaus Behandlung bei einem Arzt/Psychologen/ Psychotherapeuten Vorsorgeuntersuchungen (z. B. regelmäßige Kontrollen beim Zahnarzt oder Frauenarzt) Rehabilitation Heime/Pflegeheime 	<ul style="list-style-type: none"> Medikamente Zahnersatz Vorsorgeuntersuchungen (z. B. für Augen, Lunge, Hirnleistung) Heilmittel (z. B. Physiotherapie, Prothesen) 				



<p>84 Modul 5: Psychische Erkrankungen Arbeitsblatt 19</p> <h2>Depression</h2> <p>Was ist eine Depression?</p> <p style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">Ich bin sehr oft und über eine lange Zeit niedergeschlagen, ohne dass ich es mir erklären kann.</p> <p>Meine Gedanken, Gefühle und mein Handeln verändern sich, sodass ich darunter leide. Sogar körperliche Vorgänge können sich verändern. OHNE professionelle Hilfe kann ich NICHT gesund werden!</p> <p>Wie entsteht eine Depression?</p> <p>Eine Depression entwickelt sich spiralförmig, wobei Handeln, Gefühle und Gedanken sehr eng miteinander verbunden sind.</p> <p>a) <i>Depressionsspirale</i></p>	<p>Arbeitsblatt 8 Modul 2: Integration und soziale Kontakte 31</p> <h2>Hilfsangebote</h2> <p><i>(vom Therapeuten auszufüllen)</i></p> <p>Welche Hilfsangebote gibt es in der Nähe?</p> <p><i>Sprachkurse:</i> Name/Adresse: _____ Internet: _____ Bemerkungen: _____</p> <p><i>Weiterbildungskurse:</i> Name/Adresse: _____ Internet: _____ Bemerkungen: _____</p> <p><i>Frauenhaus:</i> Name/Adresse: _____ Internet: _____ Bemerkungen: _____</p> <p><i>Jugendamt:</i> Name/Adresse: _____ Internet: _____ Bemerkungen: _____</p>
---	--

Kritische Anmerkungen, Fragen und Ergänzungen

Im Anschluss an die Vorstellung des Programms zur Psychoedukation erfolgte im Workshop eine Auseinandersetzung und Diskussion mit beteiligten Praktiker*innen zur Machbarkeit dieses Modells. Dabei wurden die entsprechenden Seiten des Manuals einer kritischen Prüfung unterzogen. Die folgenden Anmerkungen entstanden in der Diskussion zwischen Workshopteilnehmer*innen und den Ersteller*innen des Manuals und beziehen sich auf die jeweiligen im Workshop vorgestellten Passagen im genannten Manual.

Zu Seite 9 im Manual:

Angedacht sind Kultur- und sprachverschiedene Teilnehmende. Sehr heterogene Gruppen könnten tatsächlich Probleme mit sich bringen auf Grund ggf. vorhandener

- interkultureller Differenzen oder
- geschlechterspezifischer Differenzen

Eine Problematik könnte ggf. zudem in der Übermittlung von Inhalten in der deutschen Sprache liegen, da nur bedingt fremdsprachliche Materialien zur Verfügung gestellt werden können und hier

auch eine Ungleichbehandlung der Klient*innen/Patient*innen aus den unterschiedlichen Sprachräumen zu befürchten ist. Bislang liegen nur türkische und arabische Materialien vor.

Zu Seite 10 im Manual:

Hier wurde ein Widerspruch erkannt. Das Angebot richtet sich an Menschen, die noch nicht hinreichend integriert sind. Diese haben in der Regel jedoch noch mangelnde Deutschkenntnisse, dennoch ist der Einsatz von Dolmetschern nicht möglich bzw. nicht vorgesehen.

Zu Seite 13 im Manual:

Bei starken Sprachdefiziten bzw. Sprachbarrieren erscheint ein individuelles Kennenlernen schwierig umsetzbar zu sein.

Zu Seite 14 im Manual:

Aus der Praxis kam der Einwurf, dass Sitzungen mit 60 Minuten Dauer grundsätzlich als viel zu kurz angesehen werden. 60 Minuten mit An- und Auslauf ist danach ein deutlich zu kleines Zeitfenster. Auch die Idee zum Einsatz wechselnder Ansprechpartner (es kommt immer der/ die Vertreter(in) des LWL, der/die gerade Zeit hat) wurde hier kritisch gesehen. Zielführender sei ein(e) ständige(r) Gesprächspartner(in).

Zu Seite 16 im Manual - Elemente aus Modul 1:

Modul 1 enthält u.a. Abfragen zum Ablauf der Flucht. Dies wird als problematisch gesehen, weil nicht abzusehen ist, ob ggf. Trauma Folgereaktionen (Flashbacks usw.) auftreten können. Es fehlt die Beschreibung, wer sich in diesem Fall um den /die Patienten/ Patientin kümmert bzw. auch um die anderen Teilnehmenden in der Gruppe. Sehr heikle Fragen, auch im Zusammenhang mit persönlichen Verlusten etc. sind ein sehr sensibles Thema und eignen sich u. U. nicht zur Kommunikation in großen oder (noch) nicht vertrauten Runden.

Dringlich zu beachten sind nach Meinung der Workshop-Teilnehmenden künftig auch:

- mögliche Feindseligkeiten von Angehörigen bestimmter Länder in dieser Gruppe (Türken Kurden usw.)
- der Genderaspekt: Es ist in der aktuellen Fassung nicht geklärt, ob eine weibliche oder ein männlicher Vertreter(in) des LWL die Gruppen leitet bzw. wie hier die Auswahl von wem stattfindet (Zufallsprinzip, Zeitvakanz?). Auch hier kann es zu einem Barriereverhalten kommen, da das „Sich Öffnen“ vor dem anderen Geschlecht häufig nicht in Frage kommt. Insbesondere gilt dies im Zusammenhang mit auf der Flucht erlittener physischer oder psychischer Gewalt oder nach sexuellen Übergriffen. Denkbar sind aber auch kulturelle Hemmnisse in der Genderfrage.

Zu Seite 20 im Manual - Elemente aus Modul 3:

Das Modul 3 findet fast uneingeschränkt Zustimmung. Die Praktiker*innen bestätigten, dass Unwissenheit bei Migrant*innen zu Zurückhaltung (auch in der Inanspruchnahme des Hilfs- und Unterstützungssystems) führt und Geflüchtete Zuständigkeiten oft nicht kennen oder nicht zu

differenzieren wissen. Beschreibungen von z. B. Anlaufstellen in einfacher Sprache sind absolut notwendig u.a. weil die Erfahrungen aus den jeweils eigenen, bekannten Gesundheitssystemen (soweit überhaupt vorhanden) nicht auf die deutsche Versorgung übertragen werden können.

Zu Seite 22 im Manual:

Auch die hier angeschnittene Thematik fand positive Resonanz in der Workshop Gruppe. Allerdings wird zu Bedenken gegeben, dass „Selbstvorsorge“ und „Umsicht/ Achtsamkeit“ bei Migrant*innen oft schwer zu etablieren sind. Auch hier gibt es nach Meinung der erfahrenen Teilnehmenden geschlechterspezifische Dissonanzen. Als Beispiel wurde angeführt, dass sich Frauen häufig aufopfern und über alle Maßen an bzw. über ihre Grenzen gehen, dies aber dennoch als Pflicht der Familie bzw. dem Mann gegenüber sehen.

Zu Seite 23 im Manual - Elemente aus Modul 5:

Die Elemente aus Modul 5 wurden sehr kontrovers in der Workshop Gruppe diskutiert. Viele Teilnehmende berichteten von Erfahrungen, wonach eine Auseinandersetzung der Patient*innen oder Klient*innen mit einer vermeintlich psychischen Erkrankung gemeinhin fast unmöglich erscheint. Psychische Erkrankungen gelten bei ihnen als stigmatisierend oder aber als Ausdruck dafür, „verrückt“ zu sein. Wer sich in die Behandlung begibt, ist innerhalb der Familie oft nicht mehr akzeptiert was dazu führt, dass Erkrankte dies vor Dritten oder vor sich selbst niemals benennen oder zugeben würden. Das gilt dann auch oder sogar besonders für Situationen „vor“ einer Gruppe. Die „Veröffentlichung“ eines solchen Krankheitsbildes ist wahrscheinlich nur unter sehr vertrauten Bedingungen möglich, die aber in der Kürze und dem Intensitätsgrad der Gruppensitzungen nur schwer vorstellbar erzeugt werden können.

Ein Hinweis bezog sich auch auf den Veranstaltungsort für die Gruppensitzungen. Die Empfehlung war, diesen außerhalb des Klinikums zu suchen, weil sich die Migrant*innen (wie viele andere Menschen möglicherweise auch) nicht gern in der Nähe des Klinikums aufhalten, um dort nicht gesehen und ggf. stigmatisiert zu werden.

Fazit:

Die kultursensible Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen mit Migrations- oder Fluchterfahrung ist ein sehr diffiziles Feld. Das psychosoziale Manual für die Arbeit mit psychisch erkrankten Migrant*innen soll ein Review mit Überprüfung und ggf. Überarbeitung erhalten. Berücksichtigt werden sollen darin die Bedenken und Anmerkungen u. a. aus dieser Workshop- Gruppe.

Insbesondere sollen:

- die Zeiteinheiten für die Gruppensitzungen,
- das inhaltliche Volumen im Verhältnis zur verfügbaren Zeit,
- die Konzentration auf nur wenige, aber kontinuierlich verbindliche Verantwortliche,
- die hohen Erwartungen an Öffnung und Vertrautheit,
- die kulturelle Heterogenität und die Genderfragen,
- die Wahl des Ortes für die Gruppen-settings

überprüft bzw. berücksichtigt werden, um dann das Manual entsprechend anzupassen und praxistauglich zu gestalten.

Kontakt:

Das beschriebene Manual ist hier erschienen und gegen Gebühr erhältlich hier

<https://www.socialnet.de/rezensionen/23603.php> .

Assion HJ, Überberg B, Kaaz T (Hrsg.) Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung. Online: Arbeitsmaterialien auf Türkisch und Arabisch. Schattauer, Stuttgart, 2018



Psychoedukation für Menschen mit Migrationshintergrund –

Ein Angebot der LWL-Klinik Dortmund

Die Vermittlung von Informationen und der Austausch mit Anderen führen zu einem Kenntniszugewinn und können helfen Ängste und Unsicherheiten abzubauen.

Im Rahmen eines **Forschungsprojektes der LWL-Klinik Dortmund** bieten wir Ihnen **Gruppensitzungen speziell für Menschen mit Migrationshintergrund** an. In insgesamt fünf Sitzungen erhalten Sie Informationen zu den Themen

- Migrationsprozess/mögliche resultierende Belastungen
- Integration und soziale Kontakte
- Gesundheitssystem in Deutschland: soziale Einrichtungen..
- Prävention: Vorsorge und Rückfallschutz
- Psychische Erkrankungen

und können sich mit Anderen mit ähnlichen Erfahrungen austauschen.

Bei Interesse schreiben Sie uns gerne eine E-Mail an:

bianca.ueberberg@lwl.org



LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Workshop 2 Zusammenfassung

Sucht und Flucht Methoden und Schwerpunkthemen in der Beratung geflüchteter Menschen mit Substanzkonsum

Andrea Piest, Einrichtungsleitung Notdienst für Suchtmittelgefährdete- und abhängige Berlin e. V.

Frau Piest stellte im Workshop sehr eindrucksvoll die Arbeit des Berliner Notdienstes für Suchtmittelgefährdete– und abhängige Berlin e. V. und das aktuell laufende Projekt „**GUIDANCE**“ vor. Es bekommt keine Regelfinanzierung, jedoch Zuwendungen aus dem Masterplan für Integration und Sicherheit und ist angebunden an die überregionale Beratungsstelle Drogennotdienst. Die Ausstattung sieht 2 Sozialarbeiter*innen und 2 Sprachmittler*innen vor.

Inhalte und Ziele sind:

- das Peer Projekt und
- die App „Guidance“
- Beratung und Vermittlung
- Netzwerkaufbau
- Ermöglichung von Zugängen für Betroffene
- Erkennung und Kommunizierung von Bedarfen



Das seit Juli 2016 laufende Projekt ist im Drogennotdienst auf Grund der hohen Bedarfslage angesiedelt und arbeitet überregional, 365 Tage, mit langen Öffnungszeiten und ist 24h erreichbar. Die Ausrichtung ist zentral, niederschwellig, etabliert, schnell und unbürokratisch.

Zur Projektbegründung:

In Berlin beobachtet man seit geraumer Zeit einen Anstieg von Hilfesuchenden aus dem Bereich der Geflüchteten.

Die Zahlen für 2017 sagen aus, dass insbesondere Heroinkonsum von Jugendlichen überproportional vorkommt. Allerdings ist auch hier die Gesamtdatenlage nicht valide.

In die Angebote kommen sehr gehäuft Afghan*innen und Iraner*innen bzw. Afghan*innen aus dem Iran, die dort länger gelebt haben sowie Iraker*innen. Mit zusammen 30,9% stellen Iraner*innen und Afghan*innen) die größte erfasste Gruppe.

Auch in Berlin sind es zum überwiegenden Teil männliche Suchterkrankte oder Suchtgefährdete, oftmals recht junge Klient*innen.

Aus der Erfahrung heraus, dass viele Geflüchtete Hemmschwellen haben, ein Beratungs- oder Hilfsangebot in einem Büro aufzusuchen, wurden alternative Modelle entwickelt und erprobt. So werden Gefährdete im Quartier bzw. auf dem Gelände der Unterkünfte gezielt angesprochen oder aber der Notdienst kooperiert mit anderen Partnern oder Bildungsträgern, die von Geflüchteten aufgesucht werden. Besonders effektiv sind auch öffentliche Aktionen wie ein „Rauschparcours“, der mittels einer Rauschbrille in die Lage eines Betrunkenen versetzt. (Eine solche Übung hatte auch das IBB schon sehr erfolgreich mit türkischen Jugendlichen

im Rahmen einer internationalen Austauschmaßnahme 2016 gemeinsam mit der DROPS Dortmund erprobt. Im Anschluss bestätigten die Jugendlichen eine sehr beeindruckende persönliche und auch erstmalige Erfahrung und schon hierdurch erfolgte die Veränderung der Einstellung).

Die Hauptzielgruppe im Berliner Projekt sind mit über 30% 15 - 19 Jährige, mit über 37% 20 - 29 Jährige mit den Problemlagen:

- Bislang wenig pädagogische Betreuung der Minderjährigen
- „harter“ Übergang bei Volljährigkeit
- Überforderung der Jugendämter und Vormünder*innen
- Kaum spezifische Angebote
- Fehlende kulturelle Aufklärung/Integration
- (Vor-) Fluchterfahrungen, aktuelle Situation, Bleibeperspektive
- Normale Entwicklungs- und Abgrenzungsprozesse
- Kulturschock

Die Zugänge zum Beratungsangebot erfolgten laut Statistik des Drogennotdienstes:

- als Zuweisung durch Unterkünfte (ca. 53%)
- durch Selbstmelder*innen
- durch Ärzt*innen
- über Interkulturelle/Transkulturelle Projekte
- vom LAF/BAMF
- durch Jugendämter/Sozialpädagogische oder Kinder-und Jugendpädagogische Dienste
- **und sehr wichtig: durch das gesprochene Wort**

Im Berliner Projekt wurden seit 2017

371 Klient*innen, davon 126 Einmalkontakte, 245 Betreuungen, davon

98,1 % männlich

84,4 % mit Sprachmittlung

55,2 % aus Notunterkünften/Gemeinschaftsunterkünften

6,6% Wohnungslose

erreicht,

(Vergleich: in 2016 erfolgten 71 Betreuungen in ca. 6 Monaten)

Dies zeigt, dass tatsächlich ein großer und wachsender Bedarf an diesem kultur- und sprachsensiblen Angebot besteht

Frau Piest empfahl, die zahlreichen guten vorhandenen Materialien für die eigene Arbeit zu nutzen, beispielsweise bietet die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** einen ganzen Material- und Methodenkoffer zum Thema an, der auch für die Arbeit mit Zugewanderten genutzt werden kann. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass viele der betroffenen Geflüchteten nicht über einen hohen

Bildungsstand bzw. Gesundheitsbildung oder ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, entsprechend niederschwellig sollte das Angebot dann auch sein.

Hinzu kommt, dass die neu Zugewanderten auf eine „Trinkkultur“ in Deutschland treffen, in der es Regeln und Normen sowie Abweichungen davon gibt. Hier ist legal, was in vielen Gesellschaften tabu

oder sogar gesetzlich verboten ist, etwa der Besitz auch von Rauschmitteln oder der öffentliche Genuss von Alkohol. Die Einschätzung dazu oder auch der Gebrauch z. B. von Alkohol müssen eingeübt und verstanden werden.

Peer Education

Eine Besonderheit ist die Ausbildung von sogenannten „Peers“ für die Kontaktaufnahme zu und Beratung von Süchtigen oder Suchtgefährdeten, also Personen aus der eigenen Herkunftscommunity. Sie haben in der Regel besondere Hintergrundinformationen und Empathie. Auch die Peer-Education arbeitet bezirksübergreifend (Tempelhof-Schöneberg, Kreuzberg-Friedrichshain, Neukölln) und wird ebenfalls mit Mitteln aus dem Masterplan für Integration und Sicherheit realisiert. Hier erfolgt Kooperation von 3 Drogenberatungsstellen und Berliner Bezirksämtern.

Nach Akquise werden Intensivschulungen mit relevanten Inhalten für Menschen mit eigener Zuwanderungsgeschichte angeboten. Dabei werden Informationen zu Suchterkrankungen und Suchtfolgen ebenso wie Schulungen zum Hilfesystem etc. vermittelt. Die Peers kommen anschließend in unterschiedlichen Institutionen: Unterkünften, Willkommensklassen, Community Projekten etc. zum Einsatz.

Auch und besonders die präventive Arbeit wird groß geschrieben. So besuchen die Peers Schulen und Auffang- oder Willkommensklassen, zumeist zu viert und mehrsprachig, um über die Gefahren von Drogen inklusive der „Genussmittel“ Nikotin und Alkohol zu informieren.

Additiv finden monatliche bzw. quartalsmäßige Austauschrunden mit den Peers bzw. mit den beteiligten Netzwerkpartnern zu fachlichen Besprechungen und zur eigenen Psychohygiene statt.

Auch hier zeigt sich wieder, wie wichtig und gut eine ausgeprägte Netzwerkarbeit im Quartier und im gesamten Stadtgebiet für Synergieeffekte und für die Erreichung von Betroffenen gleichermaßen ist.

Frau Piest betonte, dass die Peers je nach Qualifikation und Konzept auch niederschwellige Gruppen mit „Selbsthilfekonzent“ – z.B. Väter- oder Müttergruppen unterstützen können, also ggf. quasi eine Train - the Trainer Funktion innehaben. Ihre Arbeit als „Bridge -Ppersons“ ist außerordentlich wichtig und auch erfolgreich, da sie in der Regel kultursensibel bzw. kultur- und religionserfahren und entsprechend gleichsprachig zur Klientel sind.

App GUIDANCE

Frau Piest stellte im Anschluss auch die App „Guidance“, ebenfalls ein Projekt des Notdienstes in Berlin vor, die sich Geflüchtete kostenlos auf das Handy laden können. In ihrer Sprache können sie im gesamten deutschen Handynetz relevantes zum Thema „Sucht und Suchtgefahr“ erfahren, zudem finden sie für die Region Berlin Anlaufstellen und Ansprechpartner. Dort finden Ratsuchende mehrsprachige Informationen über die rechtliche Situation im Zusammenhang mit Drogen, Substanzen, das Gesundheitssystem und Hilfs- und Unterstützungsangeboten in Berlin.

Andrea Priest bestätigte, dass die App auch schon als Türöffner für die weitere Beratungsarbeit fungierte. Denkbar ist auch, beim technischen App - Entwickler gegen Gebühr die Nutzung in anderen Regionen zu vereinbaren und entsprechende regionale Beratungsangebote dort einzupflegen.

Die ausführliche Präsentation von Andrea Piest finden Sie mit freundlicher Gestattung der Autorin dem Script angehängt.

Kontakt:

Notdienst für Suchtmittelgefährdete und abhängige Berlin e.V.

Genthiner Straße 48

10787 Berlin

T: 030 233 240 100

F: 030 233 240 101

(030) 19237 Soforthilfe

info@notdienstberlin.de

Workshop 3

Junge Flüchtlinge in Dortmund

M.A. Sozialarbeit Lea Würzinger, FEEDBACK Dortmund - Fachstelle für Jugendberatung und Suchtvorbeugung Dortmund

Christian Köhler, Drogenberatungsstelle (DROBS) Dortmund/ Soziales Zentrum Dortmund e. V., Stellvertretende Einrichtungsleitung und Koordination der externen Drogenberatung



Frau Würzinger und Herr Köhler stellten die Einrichtung „Feedback Dortmund“ sehr ausführlich vor. Die Arbeit der DROBS (Drogenberatungsstelle) und Feedback- Fachstelle ist auf niederschwellige Angebote fokussiert. Auch in Dortmund ist das Thema Geflüchtete mit Suchtgefährdung oder Suchtkonsum bereits ein Thema mit beobachteter Zunahme. Diese Angebote richten sich vor allem auf die Arbeit vor Ort, durchgeführt durch das Kontakt Café oder durch die aufsuchende Arbeit

(Street Work).

Hinzu kommt noch die Arbeit in der Fachstelle für Suchtvorbeugung, Prävention und Beratung. Die Finanzierung des Projektes erfolgt aus Mitteln der Stadt Dortmund mit einem Konzept zur Prävention im Zusammenhang von Sucht und Flucht.

Das Projekt „Feedback“ Dortmund ist ein relativ junges Projekt, das auf Grund steigenden Bedarfes an Angeboten für Jugendliche zur Prävention von Opiat- Konsum entwickelt wurde.

Erste Schritte wurden mit fünf jungen Männern aus dem Förderzentrum des Caritas Verbandes Dortmund e.V. gemacht. Dieses Pilot-Projekt stellte sich als erfolgreich dar, sodass die Weiterentwicklung des Projektes/Angebotes erfolgte. Auch überregional wurde festgestellt, dass viele geflüchtete Menschen Probleme im Umgang mit diesem Thema haben. Zudem erwies es sich als nötig, Schwellenängste zum Thema Sucht abzubauen

Zur Unterstützung dieses Konzeptes wurden verschiedene Methoden entwickelt, angewendet und erprobt. Eine Problematik war die kulturelle und sprachliche Vielfalt der Zielpersonen, daher entschied sich das Team, die Veranstaltungen in Deutsch durchzuführen und als „Komm- Struktur“ zu realisieren:

Potentiell Gefährdete wurden auf dem Gelände der Unterkünfte gezielt angesprochen. Zudem kooperiert der Notdienst mit anderen Partnern oder Bildungsträgern, die von Geflüchteten aufgesucht werden. Die „einfache Sprache“ wurde als Kommunikationsmethode gewählt, um vereinfachte Verständigung mit den Betroffenen zu ermöglichen. Hinzu kommt noch die Verwendung von Bildmaterial während der Veranstaltungen. Außerdem bietet die Stelle offene Sprechstunden für Beratung in Suchtfragen an.

Sehr wichtig ist, den Hilfesuchenden ausführlich das Prinzip von Zeugnisverweigerungsrecht und Schweigepflicht zu erläutern, um Vertrauen zwischen beratenden und hilfesuchenden Personen aufzubauen. Bei Gruppenveranstaltungen liegt die optimale Zahl der Teilnehmenden bei 8-12 Personen pro Veranstaltung.

Im Workshop wurden einige Methoden und Modelle der Arbeit exemplarisch vorgestellt.

Methode 1 „Suchtsack“

Hierzu zieht jede/r Teilnehmer*In zieht einen Gegenstand aus einem Stoffsack und reflektiert über das Suchtpotential, das in dem gezogenen Gegenstand steckt (Zigarette, Flasche, Zeitschriften, Zucker/ Schokolade etc.). Dies führt relativ schnell zum Austausch und zur Diskussion zwischen den Gruppenmitgliedern. Dabei entstehen Fragen bei den Gruppenteilnehmer*innen wie z.B.:

- Welche Suchtmittel werden gesellschaftlich toleriert?
- Wie lange dauert es, wenn man mit dem Konsum aufhören will?
- Wie sieht die Zugangskontrolle zu Suchtmitteln für Jugendliche aus?

Die Erfahrung zeigt, dass sich Jugendliche häufig Orte aussuchen, wo wenig Augenmerk oder Kontrolle auf Alkohol- und Zigarettenkonsum bzw. Anschaffung gelegt wird wie Park, Bahnhöfe etc. (Einwurf Teilnehmende: z. B. auch an Kiosken), Zugang somit sehr leicht möglich ist.

Die Referent*innen gingen auch auf die Differenzierung zwischen Suchtmittel/ Stoff- und Verhaltenssucht ein mit dem Hinweis, dass prinzipiell jeder Mensch die Gefahr läuft, an einem der Beiden zu erkranken. Weiterhin berichteten sie von der Erfahrung, dass Kinder und Jugendliche in Familien mit Suchterfahrung(z. B. Alkoholismus) oft versuchen, die Verantwortung für die Suchterkrankungen von Familienmitgliedern bei sich als Auslösende zu suchen.

Methode 2 „grüner Koffer“

Frau Würzinger stellte diese Methode zur Prävention von Cannabiskonsum bei jungen Menschen vor. Dazu legte sie Folien mit Abbildungen von Cannabispflanzen, Joints, etc. aus und animierte die Workshopgruppe dazu, Abbildungen, mit denen sie vertraut waren auszusuchen und diese der Gruppe zu erklären. Ähnlich wird auch mit den Jugendlichen gearbeitet.

Einschub: Der grüne Koffer

Alfred, der grüne Koffer ist ursprünglich ein Projekt der Suchthilfe Essen).

Die Methode des „Cannabiskoffers“ greift die Lebenserfahrungen junger Menschen auf und lädt zum kritischen Dialog ein. Sie wendet sich an Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 22 Jahren. In einer ca. vierstündigen Schulung wird auch Lehrern, Schulsozialarbeitern und anderen Mitarbeitern der Jugendhilfe das nötige Wissen vermittelt, den Koffer in ihrem Arbeitsalltag mit Klient*innen einzusetzen. Der Koffer wird als erprobte Methode bereits von zahlreichen Suchthilfeeinrichtungen mobil genutzt.

Er enthält:

- Hintergründe zur Cannabisprävention
- Präsentation der Materialien
- Erprobung und Reflexion verschiedener Methoden
- Offene Fragen, weiterführende Hilfen

Das Team von „Feedback“ beobachtet, dass sich junge Geflüchtete sehr schnell Begrifflichkeiten einprägen, um sich das gewünschte Suchtmittel auf der Straße zu besorgen. Dies wurde auch von den anwesenden Teilnehmenden aus eigener Erfahrung bestätigt. Bei vielen jugendlichen Teilnehmenden wird ein leichter Umgang mit Cannabis beobachtet.

In den Gruppen und Beratungen fragen die teilnehmenden Jugendlichen sowohl die gesundheitliche Aufklärung als auch die Aufklärung zu körperlichen und seelischen Auswirkungen beim Konsum von Substanzen (z.B. Cannabis) nach. Gesprochen wird auch über Vorstellungen zu Vorbeugung und Auswirkungen des Konsums.

Methode 3 „Körperpuzzle“

Diese Methode, einen Körper aus Puzzeln mit entsprechenden Benennungen zusammen zu stellen, soll den jungen Geflüchteten generell zunächst Kenntnisse über die Organe des menschlichen Körpers vermitteln und sodann die Auswirkungen des Konsums von Suchtmitteln auf die Organe erläutern.

Frau Würzinger berichtete von Jugendlichen, die vor oder nach Alkoholkonsum Speiseöl tranken. Befragt nach dem Grund gaben sie an, dieses blockiere das Hinaufsteigen des Alkohols in den Kopf und man werde somit nicht „benommen“ bzw. betrunken. Dies zeige, so Frau Würzinger, dass viele Geflüchtete nicht einmal Basiswissen (z.T. auch wegen fehlender Schulbildung) über körperliche Vorgänge oder den Sitz von Organen hätten.

Neben der gesundheitlichen Aufklärung ist eine weitere Aufgabe des Projektes, die Teilnehmenden für rechtliche Konsequenzen im Zusammenhang mit Suchtmitteln zu sensibilisieren. Dazu gehört auch das Gefahrenpotential im Falle des Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz (BTMG) und die damit möglichen Auswirkungen auf das Asylverfahren. Es können durchaus negative ausländerrechtliche/aufenthaltsrechtliche Maßnahmen folgen. Frau Würzinger und Herr Köhler betonten, dass gerade die rechtlichen Besonderheiten ein Thema in allen Einrichtungen sind und es daher besonders wichtig sei, dieses Thema anzusprechen, zumal ca. 10% der Klient*innen (zumeist männlich) von „Feedback“ eine Fluchterfahrung hinter sich haben. Dies betreffe insbesondere die Flüchtlinge aus Syrien, Afghanistan und dem Irak.

Zum Schluss betonten die Referent*innen die Wichtigkeit der persönlichen Ressourcen der Betroffenen, die es hauszuarbeiten gelte, wichtig sei auch die Ausweitung von Angeboten zur Stärkung und Unterstützung der Betroffenen. Miteinbezogen werden sollen insbesondere auch Schulen und andere Einrichtungen, die mit den jungen Geflüchteten arbeiten.

Abschließend wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die personellen und finanziellen Ressourcen zur Prävention vom Suchtmittelkonsum für diese Zielgruppe trotz Bedarf zu knapp sind für eine Großstadt wie Dortmund.

Die Tagung „Sucht und Flucht“ und dieser Workshop wurden allgemein positiv bewertet als eine gute Netzwerkmöglichkeit, die in der Zukunft zur Ausweitung von Angeboten führen könnte.

Kontakt:

FEEDBACK Dortmund
Fachstelle für Jugendberatung und Suchtvorbeugung Dortmund
Kuckelke 20
44135 Dortmund
Telefon: 0231 / 700 99 29-0 Fax: 0231 / 700 99 29-1
E-Mail: info@feedback-dortmund.de

Drogenberatungsstelle (DROBS) Dortmund
Soziales Zentrum Dortmund e. V.
Schwanenwall 42
44135 Dortmund
Telefon: 0231 / 47 73 76-0 Fax: 0231 / 47 73 76-13
E-Mail: info@drops-dortmund.de

Weiterführende Websites:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.bzga.de

Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen: www.dhs.de

mindzone: www.mindzone.info

<http://www.kmdd.de/Abhaengigkeit-und-Sucht.htm>

Impressum:

Herausgeber:

Internationales Bildungs- und Begegnungswerk e.V., (IBB e.V.)

Bornstaße 66

44145 Dortmund

www.ibb-d.de

Tel: 0231952096-0

info@ibb-d.de

Text, Redaktion und Gestaltung:

Hildegard Azimi-Boedecker, Dejan Ivastanin

Referent*innen:

Hildegard Azimi-Boedecker, Tatjana Kaaz, Ahmet Kimil, Christoph Köhler, Andrea Piest, Dr. Katja Sündermann, Lea Würzinger

Protokoll/Tagungsassistenz:

Nicole Büth

Fotos:

Mechthild vom Büchel, Dejan Ivastanin, Hildegard Azimi-Boedecker

Veröffentlichung 2018

© IBB e. V. Dortmund/Referent*innen. Veröffentlichung, Nutzung und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Gestattung durch die Autor*innen

Gefördert durch:



Bundesministerium
des Innern

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Annex

Powerpoint Präsentation Andrea Piest

Tagungsflyer



Herzlich Willkommen !

Methoden und Schwerpunkthemen in der Beratung geflüchteter Menschen mit Substanzkonsum

Referentin:

Andrea Piest, Einrichtungsleitung Drogennotdienst





Vorstellung
Wünsche
Erwartungen





Wer soll konkret erreicht werden? –
Zielgruppenanalyse ?

Welche Hilfsmöglichkeiten für Geflüchtete gibt es als
„Selbsthilfe“?

Können Peer to Peer Ansätze / bridge persons
Zugänge erleichtern?

APP „Guidance“



Interkulturelle Öffnung – konzeptionelles Vorgehen

- ▶ Modell nach Barwig und Hinz- Rommel 1995 sowie Priebe et al. 2012
 - ▶ Aufsuchend
 - ▶ Vereinfachter Zugang
 - ▶ Zusammenarbeit der Träger
 - ▶ Verbreitung von Information
 - ▶ Sprach- und Kulturmittlung
 - ▶ Peerarbeit



Das Projekt

- ▶ seit Juli 2016
- ▶ keine Regelfinanzierung, Zuwendungen aus dem Masterplan für Integration und Sicherheit
- ▶ Angebunden an die überregionale Beratungsstelle Drogennotdienst
- ▶ 2 Sozialarbeiter*innen, 2 Sprachmittler
- ▶ Peer Projekt
- ▶ App Guidance
- ▶ Aufgaben:
 - ▶ Beratung und Vermittlung
 - ▶ Netzwerkaufbau
 - ▶ Zugänge ermöglichen
 - ▶ Bedarfe erkennen und kommunizieren



GUIDANCE
SUCHTBERATUNG FÜR GEFLÜCHTETE
ADDICTION COUNSELLING FOR REFUGEES
مشاور اعتیاد برای پناهندهگان | مشورة الإدمان للاجئين

www.notdienstberlin.de
030 / 233 240 200 / 201
guidance@notdienstberlin.de

Drogennotdienst
Genthiner Straße 48, 10785 Berlin

The poster features a grid of nine white icons on a green background: a cross in a circle, two band-aids, a group of people, a scale of justice, a wine glass and bottle, a graduation cap, a doctor with a plus sign, two hands shaking, and a syringe.

Warum im Drogennotdienst ?

- ▶ überregional
- ▶ 365 Tage, lange Öffnungszeiten
- ▶ 24h erreichbar
- ▶ zentral
- ▶ niederschwellig
- ▶ etabliert
- ▶ schnell und unbürokratisch
- ▶ Personalsynergien
- ▶ Sofort-Programme
- ▶ Berlinweit sehr gut vernetzt
- ▶ lange Erfahrung in der Schulung und Betreuung von Ehrenamtlichen
- ▶ 2.499 Klient*innen
- ▶ 12.713 Anrufe über bundesweite Sucht- und Drogenhotline
- ▶ 10.307 Konsumutensilien wurden ausgegeben



Statistik – wurde erreicht, wer nicht

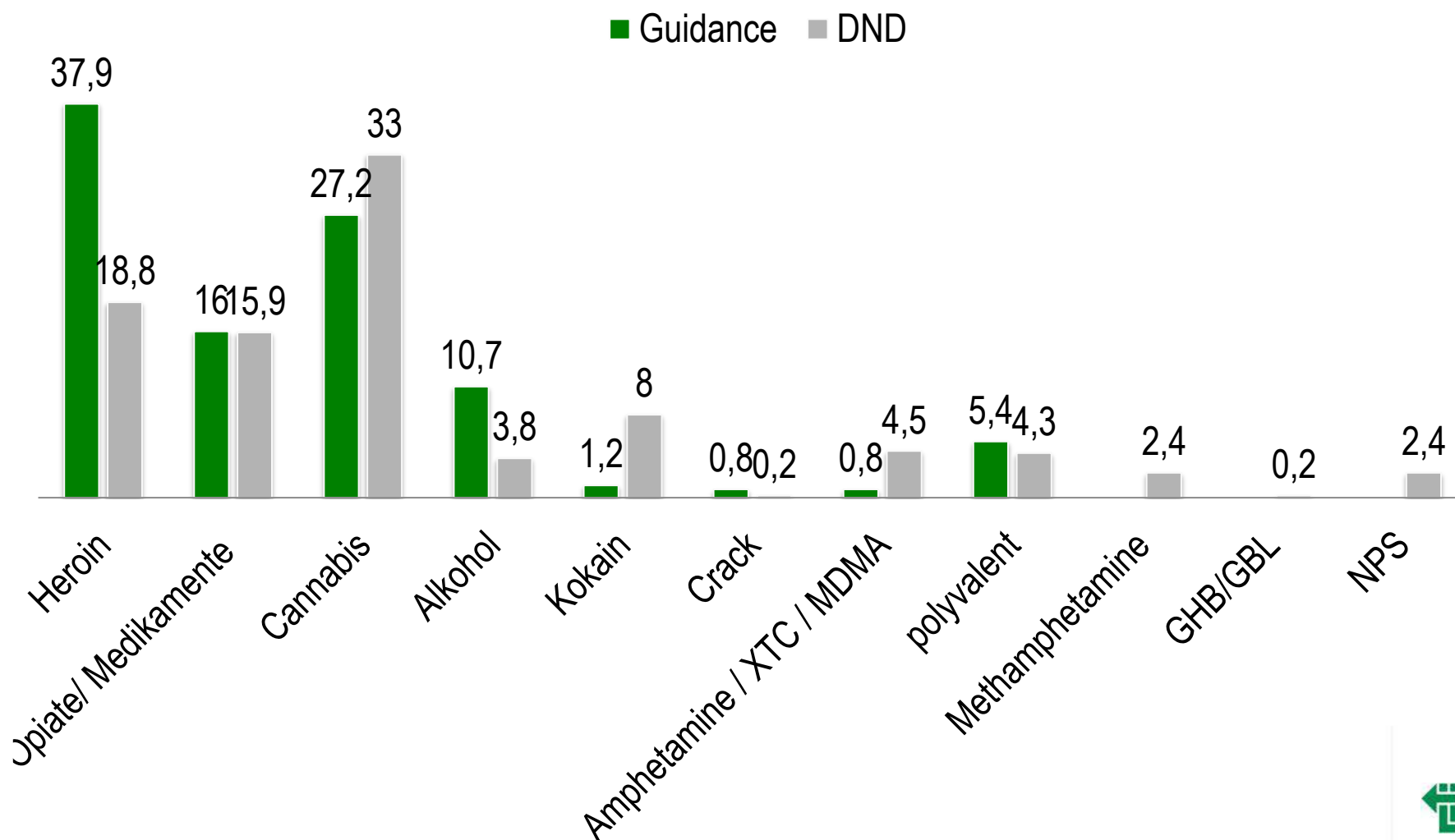
2017 – erstes komplettes Auswertungsjahr

- ▶ 371 Klient*innen, davon 126 Einmalkontakte, 245 Betreuungen
- ▶ 98,1 % männlich
- ▶ 84,4 % mit Sprachmittlung
- ▶ 55,2 % aus NUKs/ GUs
- ▶ 6,6% wohnungslos

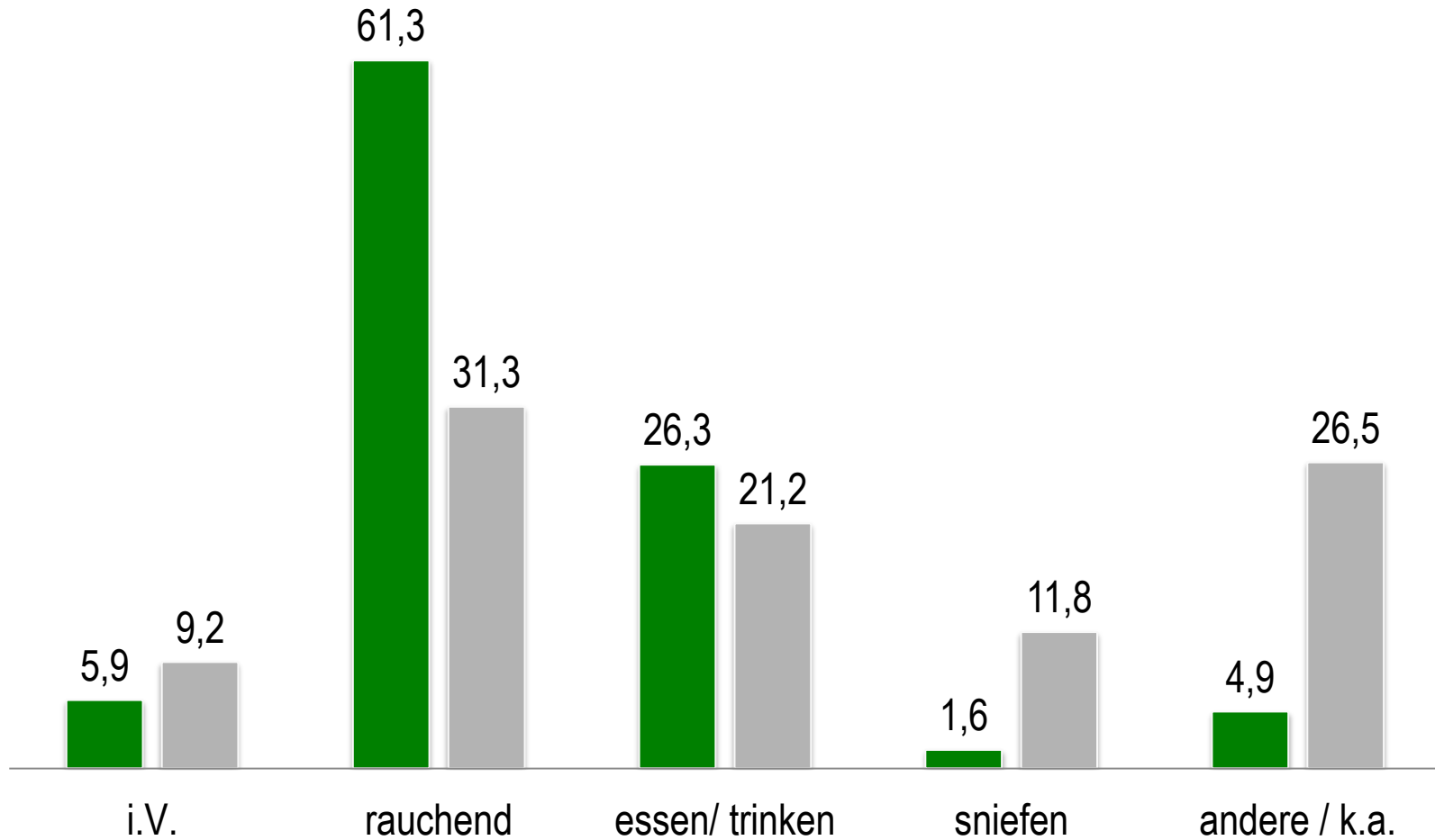
- ▶ (in 2016: 71 Betreuungen in ca. 6 Monaten)



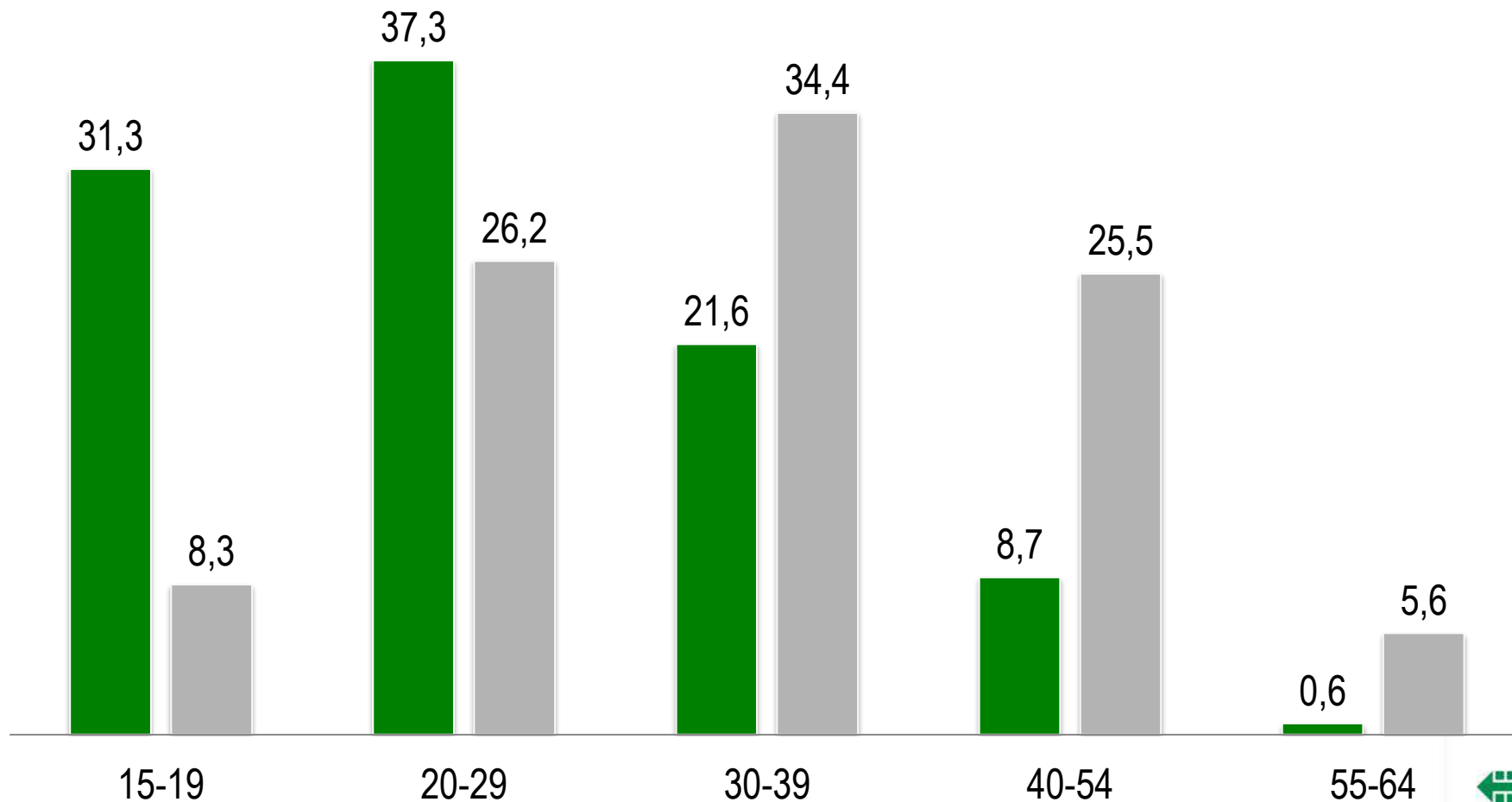
Hauptsuchtdiagnosen 2017 im Vergleich zur regulären Beratung Guidance N = 371; DND N = 2.348



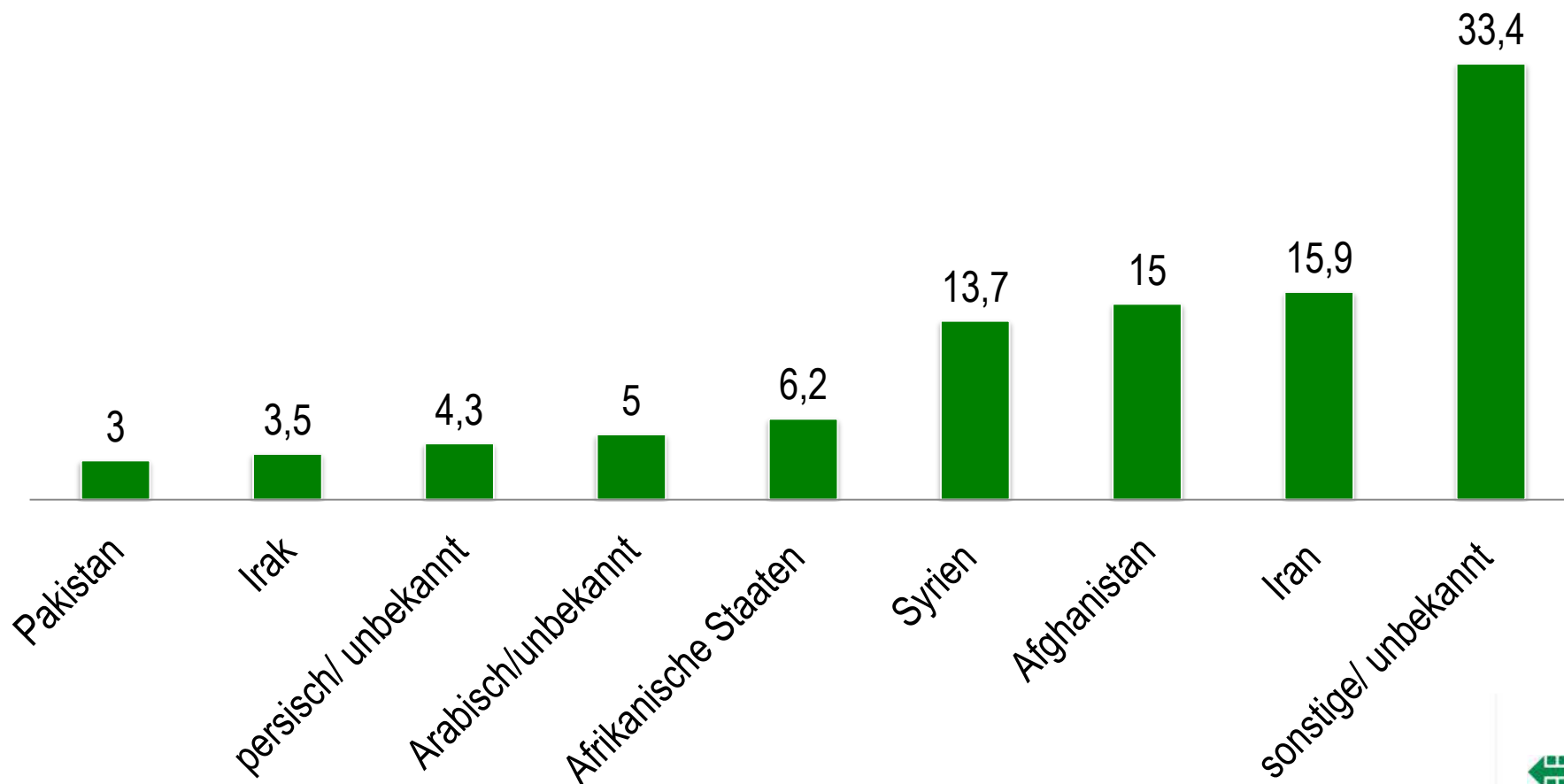
Konsumform in % im Vergleich zur regulären Beratung Guidance N = 371 ; DND N = 2.499



Alter im Vergleich zur regulären Beratung Guidance N = 371 ; DND N = 2.499



Herkunftsländer 2017 in % - nur Guidance „Sonstige“

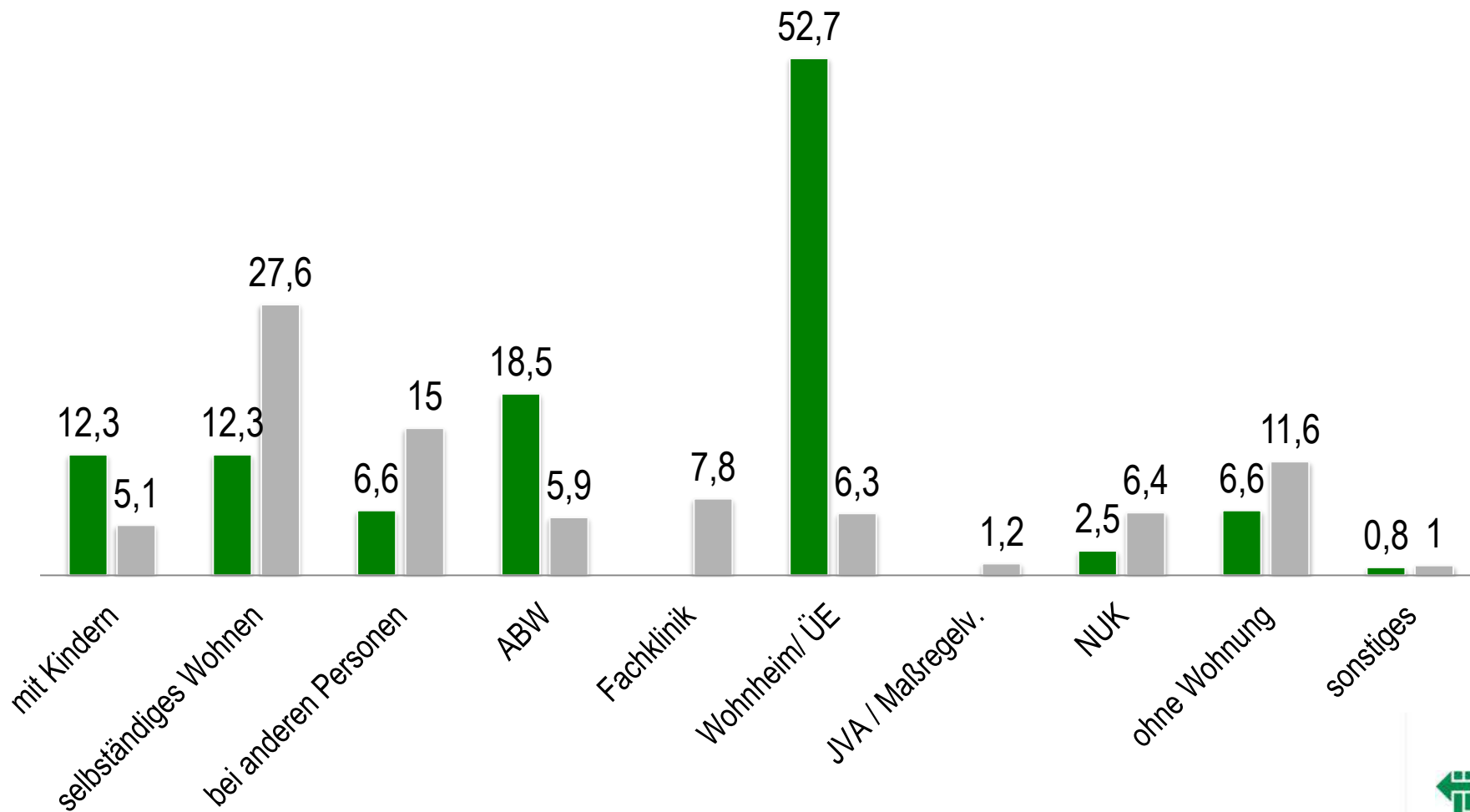


Zugänge zum Beratungsangebot

- ▶ Zuweisung durch Unterkünfte (ca. 53%)
- ▶ Selbstmelder*innen
- ▶ Ärzt*innen
- ▶ Interkulturelle/ Transkulturelle Projekte
- ▶ LAF / BAMF
- ▶ Jugendämter / SPDs/ KJPDs
- ▶ Das gesprochene Wort



Zugänge – Wohnverhältnisse 2017 in % im Vergleich zur regulären Beratung Guidance N = 371 ; DND N = 2.499



Zugänge zum Beratungsangebot

- ▶ **Peer Projekt – Brückenschlag zur Beratung**
 - ▶ Bezirksübergreifendes Projekt (Tempelhof-Schöneberg, Kreuzberg-Friedrichshain, Neukölln)
 - ▶ Mittel aus dem Masterplan für Integration und Sicherheit
 - ▶ Koop. von 3 Drogenberatungsstellen + Bezirksämter
 - ▶ Akquise und Schulung von Menschen mit eigener Zuwanderungsgeschichte
 - ▶ Einsatz in unterschiedlichen Institutionen: Unterkünfte, Willkommensklassen, Communityprojekte

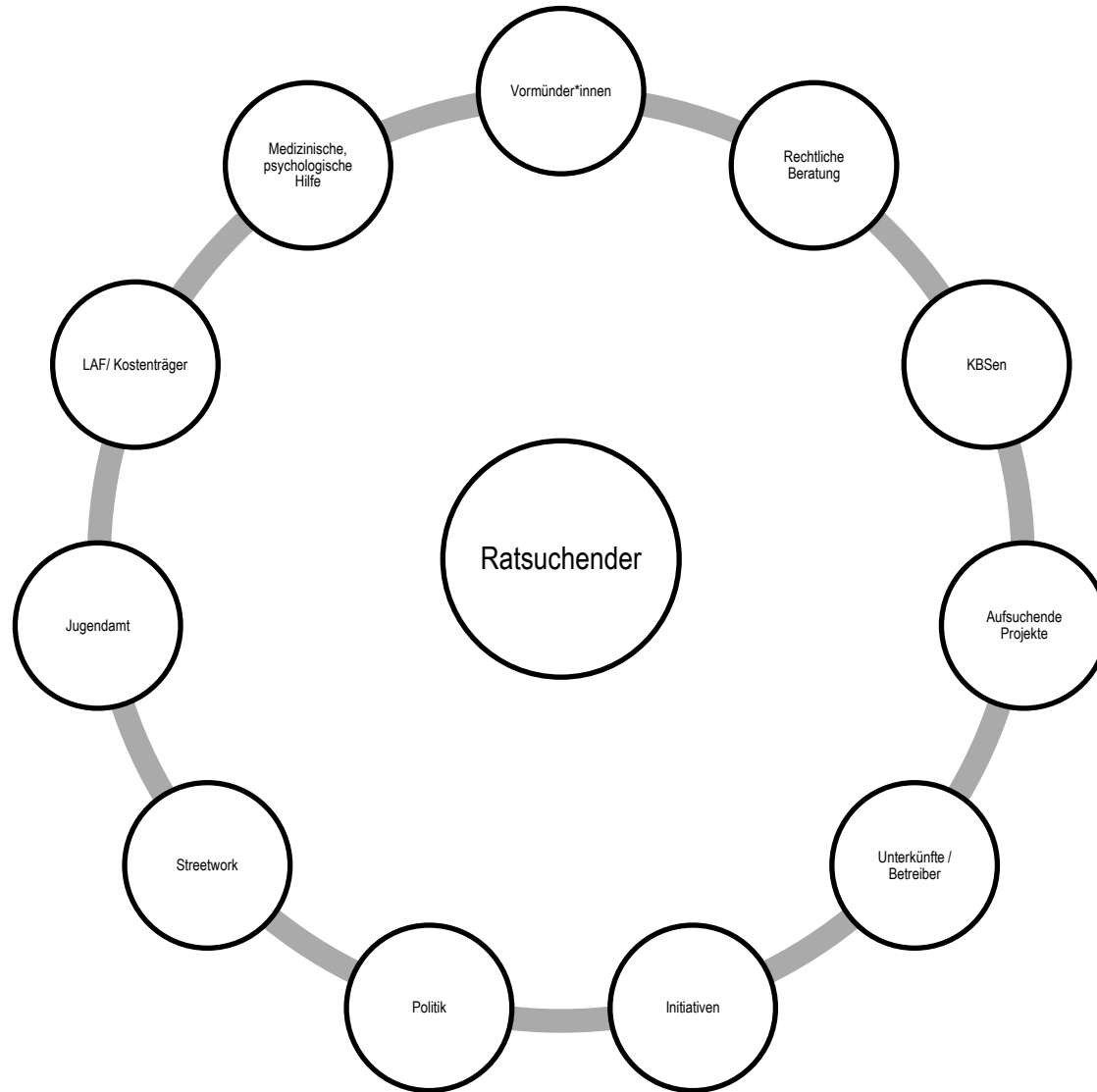


Zugänge zum Beratungsangebot

- ▶ **Peer Projekt – Brückenschlag zur Beratung**
- ▶ Akquise in Unterkünften, Migrant*innen-Selbstorganisationen, Hochschulen, Nachbarschaftshäuser, usw.
- ▶ Schulungskonzept (4 Blöcke, a´4h)
 - ▶ Was ist Sucht / Genuss / Krankheit – viel Austausch
 - ▶ Hilfesystem
 - ▶ Wie erkenne ich, wie spreche ich an
 - ▶ Abgrenzung / Überleitung
- ▶ Monatliche Termine zum Austausch
- ▶ Austausch der Beratungsstelle 1x pro Quartal



Netzwerk / Akteure



Netzwerk / Akteure

- ▶ Vernetzung ist wichtig sowie Klärung der Steuerungsverantwortung im Einzelfall
- ▶ Unabdingbar sind:
 - ▶ Aufsuchende Projekte, z.B. Integrationslotsen
 - ▶ Zentrale Einrichtungen der Geflüchtetenhilfe, z.B. Medizin, Therapie, Begleitung, Vermittlung
 - ▶ Einrichtungen der Suchthilfe aus allen Bereichen: Fachstelle für Suchtprävention, Jugendhilfe, Kriseneinrichtungen, Therapieeinrichtungen usw.
 - ▶ Medizinische (suchtspezifische Versorgung) – ambulant und stationär auch ohne Status/ Krankenversicherung



Module / Bausteine

- ▶ Beratung
- ▶ Vernetzung / Synergien
- ▶ Öffentlichkeitsarbeit
- ▶ Frühintervention
- ▶ Übergangslösungen – z.B. zur Eingliederungshilfe
- ▶ Angebote für Frauen
- ▶ Angebote für Minderjährige/ junge Erwachsene
- ▶ Schulungen / Coachings für Multiplikator*innen
- ▶ Peer Projekt /Niederschwellige Projekte
- ▶ APP / digitale Vernetzung



Besondere Methoden/ Themen der Beratung

- ▶ Sprachmittlung = Kulturmittlung
- ▶ Nutzung von Grafiken / Visualisierung
- ▶ Kultursensible Beratung – was heißt das eigentlich?!
- ▶ Asyl- und Aufenthaltsrecht
- ▶ erlernte Hilflosigkeit und Bevormundung
- ▶ Zugänge zu Hilfen schnell ermöglichen – auch ohne Sprache; bspw. Entgiftung, Psychotherapie ggf. auch mit Sprachmittlung
- ▶ Vertrauen in das „neue“ System aufbauen – bspw. Schweigepflicht
- ▶ Umgang mit Krankheitsverständnis, Heilungserwartung

Frühintervention – interaktiv und zielgruppenorientiert

- ▶ Orientierung im Gesundheitssystem
 - ▶ Mündigkeit und Eigenverantwortung stärken
 - ▶ Aufklärung der gesetzlichen Lage, Rechte und Pflichten
 - ▶ Gesellschaftliches Verständnis von Abhängigkeit/ Krankheit
 - ▶ Aufklärung über Schweigepflicht
 - ▶ Freiwilligkeit der Angebote
 - ▶ Kreative Lösungsansätze – Interaktivität!!!
-
- ▶ Durchführung Sozialarbeit mit Peers
 - ▶ Rauschmittelpacoure – nach Einübung auch durch Peers allein möglich



Gruppen

- ▶ Substanzgruppe, z.B. als Übergang zur Eingliederungshilfe (PSB)
- ▶ Substanzgruppe für 14-21 Jährige
 - ▶ Angeleitet
 - ▶ Bedarfsorientiert sowie vorbereitete Themen
- ▶ Kann von geschulten Peers begleitet werden, Teile der Gruppe können übernommen werden; z.B. Ausflüge
- ▶ Peers können je nach Qualifikation und Konzept auch niederschwellige Gruppen mit „Selbsthilfekonzert“ – unterstützen – z.B. Väter- oder Müttergruppen



Gruppen

- ▶ Gruppenangebote für Frauen
 - ▶ „Teestunden“ zum Thema Gesundheit in spezifischen Einrichtungen
 - ▶ Niederschwellige Gruppe, kulturoffen, in einfacher Sprache möglich
 - ▶ Durchführung gemeinsam mit Peers und Sozialarbeit
 - ▶ Peers können bspw. nach den VAs vor Ort bleiben, als Ansprechpartner*innen dienen, oder an anderen Tagen vor Ort sein – Hemmschwelle senken, Funktion als Bridge person hier besonders geeignet



Minderjährige und junge Erwachsene

- ▶ Hauptgruppe (über 30 % 15-19 jährig, über 37% 20-29 jährig)
- ▶ Wenig pädagogische Betreuung der Minderjährigen
- ▶ „harter“ Übergang bei Volljährigkeit
- ▶ Überforderung der Jugendämter und Vormünder*innen
- ▶ Kaum spezifische Angebote
- ▶ Fehlende kulturelle Aufklärung / Integration
- ▶ (Vor-)Fluchterfahrungen, aktuelle Situation, Bleibeperspektive
- ▶ Normale Entwicklungs- und Abgrenzungsprozesse
- ▶ Kulturschock



Minderjährige und junge Erwachsene

- ▶ Kinderschutz 2. Klasse?
- ▶ Substanzkonsumierende junge Erwachsene
- ▶ Konsequenzen für das Aufenthaltsrecht?

- ▶ Bridge person nötig?
- ▶ Einsatz von Peers ohne Risiken?

Schulungen / Coachings für Multiplikator*innen

- ▶ Sucht als dunkle, schmuddelige Unbekannte
- ▶ Sozialbetreuer ≠ Sozialarbeiter
- ▶ Suchthilfe unbekannt
- ▶ Kommunale Angebote häufig unbekannt
- ▶ Unterschiedliche Haltungen zum Thema Substanzkonsum
- ▶ Thematisierung von Hausregeln/ Vermittlungswegen

- ▶ Peers können hier unterstützend zur Seite stehen, z.B. um kulturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede näher zu bringen – bspw. Krankheitsverständnis vs. Heilungserwartung



Besondere Themen hinsichtlich der Beratung der Betroffenen

- ▶ Analphabet*innen
- ▶ Psychoedukation
- ▶ Umgang mit Krankheitsverständnis und Heilungserwartung
- ▶ Beziehungsaufbau (SPE & Co.)
- ▶ Sprachmittlung
- ▶ Entlastungskonsum vs. manifeste Abhängigkeitserkrankung
- ▶ Egozentriert vs. kollektivistisch

Was hilft noch ?!

Was hilft noch ?!

- ▶ Niederschwellige Ansätze auch im Peer Bereich
 - ▶ SHUKRAN von Fixpunkt Berlin e.V., angliedert an die bereits existierenden niederschweligen Angebote der offenen Drogenszene / öffentlicher Raum
 - ▶ <http://www.fixpunkt-berlin.de/index.php?id=112>
- ▶ Vor-Ort-Information / Aufklärung der Betroffenen und ihren Familien, der Flüchtlingshilfe bzw. sozialen Dienste im Bezirk. Klärung des bezirklichen Bedarfs, Vereinbarung von Schwerpunkten und konkreten Interventionen.- Förderung von Eigenständigkeit und Hilfe zur Selbsthilfe
- ▶ Verminderung und Abwehr gesundheitlicher Schäden und der Verbreitung von Infektionen wie HIV, Hepatitis und Tuberkulose
- ▶ Überleitung / Vermittlung zu Fachdiensten, insbesondere Suchthilfe (auch mit persönlicher und sprachmittlender Begleitung)



Unterstützung und Entwicklung von Bildungsangeboten

- ▶ Schulung der eigenen Sprachmittler*innen mit Sprachmittler*innen der eng kooperierenden Projekte (z.B.: Fixpunkt)
 - ▶ Gegenseitiges Kennenlernen / Angebote „der anderen“
 - ▶ Erfahrungen teilen
 - ▶ Abgrenzung und Psychohygiene
 - ▶ Synergien bilden
- ▶ Beteiligung und Unterstützung von Schulungen, Praktika usw. für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte (insb. Hochschulen/ Fachhochschulen, Zertifikatskurse)
 - ▶ „Werbung“ und Bildung
 - ▶ MA Akquise
 - ▶ Multiplikator*innen



Digitale Zugänge zum Beratungsangebot – Guidance APP

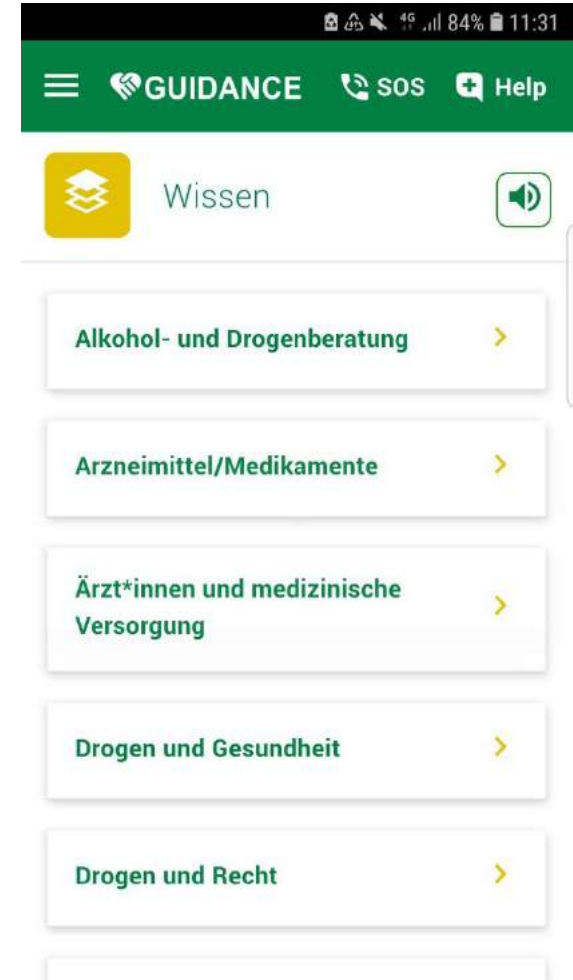
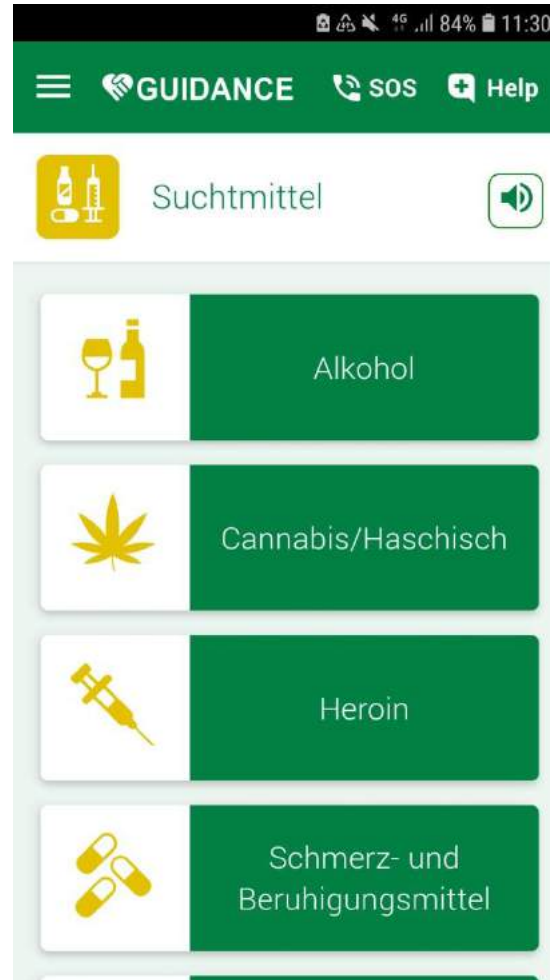
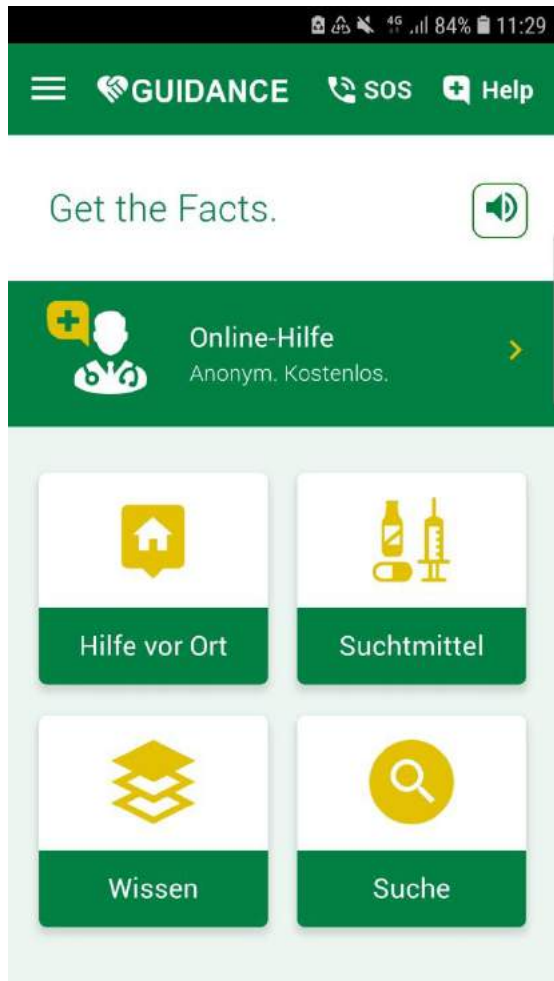
- ▶ Auftrag: Datenbank schaffen
(Zuwendungsfinanziert)
- ▶ Mehrsprachige Infos über
rechtliche Situation, Substanzen,
Gesundheitssystem und Angebote
in Berlin
- ▶ Tool zur Kommunikation bspw.
Sozialbetreuer – Betroffene
- ▶ Kostenloser download unter
<http://www.guidance-berlin.de/>



Digitale Zugänge zum Beratungsangebot – Guidance APP

The image shows a browser window displaying the Guidance website. The website has a green header with the 'GUIDANCE' logo and navigation links for 'Deutsch', 'English', 'Français', 'العربية', and 'فارسی'. The main content area features the title 'Wegweiser für Geflüchtete zu Alkohol, Drogen und Sucht' and a list of services: 'Informationen und Beratung zu legalen und illegalen Drogen, ihren Wirkungen, Suchtgefahr und Gesundheitsschutz', 'Adressen von Hilfs- und Beratungsstellen in Ihrer Nähe', and 'anonyme und kostenlose Beratung'. Below this are 'Google Play' and 'Laden im App Store' buttons. A hand is shown holding a smartphone displaying the Guidance app interface, which includes a 'Get the Facts.' section, a 'Dove-Ble Anonym. Melden.' button, and four main service buttons: 'Hilfe vor Ort', 'Suchtmittel', 'Wissen', and 'Suche'.

Digitale Zugänge zum Beratungsangebot – Guidance APP



Digitale Zugänge zum Beratungsangebot

- ▶ In Planung:
- ▶ Digitale Kurzintervention „Beprepared“ für riskanten Konsum
(noch nicht veröffentlicht, Prof. Dr. Klein, Katho Köln)
- ▶ Onlineberatung / mehrsprachige Chats

Save the Date – Fachtag Sucht und Flucht

- ▶ 19.10.2018 in Berlin, Rathaus Schöneberg
 - ▶ Schwerpunktthemen: Beratung, Therapie, niederschwellige Versorgung, Jugend
 - ▶ Input-Vorträge
 - ▶ Workshops
 - ▶ Netzwerkarbeit
-
- ▶ Bei Interesse/ Aufnahme in den Einladungsverteiler:
apiest@notdienstberlin.de

Offene Fragen?



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

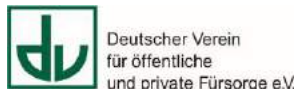
Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige e.V.
Genthiner Str. 48
10785 Berlin

Telefon: (030) 19 237 (Hotline) und 233 240 205 (Büro)
Telefax: (030) 233 240 212
Email: apiest@notdienstberlin.de
Internet: www.notdienstberlin.de

Der Verein dankt seinen Unterstützern:



Der Verein ist Mitglied im:



Guidance - Suchtberatung für Geflüchtete im Drogennotdienst



Anmeldecoupon

Ich melde mich zum [Inklud:Mi]-Netzwerk-Fachtag
am 5.6.2018, 9:00–16:00 Uhr im Dietrich-Keuning-Haus an.

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Beruf/Dienststelle _____

Ich nehme teil am

- Workshop 1: Psychohygiene – das Manual interkulturelle Psychoedukation**
- Workshop 2: Sucht und Flucht – Geflüchtete mit Drogen- bzw. Suchtproblemen**
- Workshop 3: Junge Geflüchtete in Dortmund**

Ich überweise die Gebühr im Voraus auf das Konto:

IBB e.V., IBAN: DE03 3506 0190 2100 2030 17

BIC: GENODED1DKD; Bitte auch angeben: Verwendung/Kst:
18305-inklu und Name des/der Teilnehmenden

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Anmeldeschluss: 31.05.2018

Bitte per Fax an 0231 521233

oder (eingescannt) per Mail senden an info@ibb-d.de

Besonderer Unterstützungsbedarf: _____

- Ich möchte Material auslegen

Ort: Dietrich- Keuninghaus, Leopoldstr. 50, Dortmund
(gegenüber Nordausgang HBF)

Der Veranstaltungsort ist barrierefrei.

Teilnahmegebühr 15,- € (Seminarverpflegung enthalten)

Veranstaltungsnummer: 18305-inklu

Kontakt

Internationales Bildungs-
und Begegnungswerk e.V.
Bornstraße 66
44145 Dortmund
Telefon: 0231 952096-0
info@ibb-d.de
www.ibb-d.de

Hildegard Azimi-Boedecker
FB-Leitung Beruf international
und Migration

Veranstaltungsort

Dietrich-Keuning-Haus
(gegenüber Nordausgang HBF)
Leopoldstraße 50
44147 Dortmund



DoKuMente

Dortmunder interkulturelle Mentoren



Mit Unterstützung von:



[Inklud:Mi]

**Inklusion von Migranten und
Migrantinnen mit Behinderung
oder psychischer Erkrankung**

05.06.2018 Netzwerk-Fachtag

**Sucht und psychische Erkrankung:
„Health Empowerment“ für
Geflüchtete/Migrant*innen**

**Fortbildung & Vernetzung
Zum Diversity-Tag 2018**

[Inklud:Mi]

[Inklud:Mi] ist unser jährlicher Fachtag zur Inklusion von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung mit Behinderung oder psychischer Erkrankung. Neue Angebote für Zugewanderte und Fortbildungen für Ehrenamtliche, u. a. im IBB-Projekt „DoKuMente“ – Dortmunder interkulturelle Mentor*innen haben das Helfersystem weiter stabilisiert. Die Grundversorgung ist realisiert, nun sind Integration in Arbeit und Wohnumfeld und die (psychosoziale) Gesundheit wichtige Aufgaben. Migration und insbesondere Flucht hinterlassen oft noch jahrelang Spuren, die manchmal zu so starken Belastungen führen, dass Körper und Seele erkranken und/oder der leicht zu realisierende Konsum von Suchtmitteln außer Kontrolle gerät.

- Was geschieht, wenn Migrant*innen, insbesondere Geflüchtete, Probleme mit Suchtmitteln haben? Ist das Gesundheitssystem inklusiv, und wie schaffen es Betroffene, sich Beratung und Hilfsangeboten anzuvertrauen?
- Wie können auch in der nachstationären Betreuung bei psychischer Erkrankung geflüchtete bzw. migrierte Menschen durch interkulturelle Psychohygiene stabilisiert werden?
- Gibt es herkunftsspezifische Sichtweisen zu Sucht und psychischer Erkrankung?
- Wie können freiwillige Unterstützer*innen, „Peers“ aus den Migrant*innen-Communities oder die Selbsthilfe zum Empowerment Betroffener beitragen und ihre Resilienz erhöhen?

Der [Inklud:Mi]-Fachtag 2018

- stellt die Inhalte und Ergebnisse unserer dreijährigen Fortbildungs- und Vernetzungsarbeit für Ehrenamtliche DoKuMente – als Projektabschluss vor,
- thematisiert „Selbstbefähigung zu Gesundheit und Gesunderhaltung“ und gibt Einblicke in interkulturelle Aspekte zum Thema „Sucht und Flucht“,
- vernetzt Haupt- und Ehrenamtliche und die Selbsthilfe miteinander.

Programm Netzwerk-Fachtag, 05.06.2018

Ab 09:00 Uhr

Begrüßungskaffee, Registrierung

09:30 Uhr

Opening: Das Projekt DoKuMente – Bericht aus drei Projektjahren, IBB Dortmund e.V.

10:00–11:30 Uhr

Input: Sucht und Flucht aus transkultureller Perspektive und Modelle zur Prävention

Ahmet Kimil, Dipl.-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, Ethnomedizinisches Zentrum e.V. Hannover (angefragt)

Pause

11:45–12:30 Uhr

Input: Einstellungen und Problematik von Substanzkonsum am Beispiel afghanischer Geflüchteter

Hildegard Azimi-Boedecker, Dipl.-Soz.-Wissenschaftlerin, IBB e.V. Dortmund

12:30–13:30 Uhr

Mittagessen

Get together – Net together

13:30–15:30 Uhr

Workshops Health empowerment



Workshop 1

Psychohygiene – das Manual interkulturelle Psychoedukation

Vorstellung – Erfahrungsaustausch:

Wie kann gute Psychoedukation bei stationärem Aufenthalt, aber auch im Anschluss daran an den Schnittstellen: Beratung, Praxis oder Selbsthilfegruppen erfolgen? Die LWL Klinik Dortmund hat ein Manual „Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung“ entwickelt.

Workshopleitung:

Tatjana Kaaz, Psychologin M. Sc., LWL Klinik Dortmund, Bereich Wissenschaft und Forschung

Workshop 2

Sucht und Flucht – Geflüchtete mit Drogen- bzw. Suchtproblemen

Wie finden Geflüchtete Zugang zu Unterstützungsangeboten bei Suchtmittelgefährdung und Abhängigkeit?

In Berlin wird auf die App „Guidance“ für Geflüchtete mit Suchtproblemen und auf die Peer-to-Peer-Ausbildung von Geflüchteten als „Bridge persons“ gesetzt. Vorstellung dieser und weiterer Methoden der Beratung, Frühintervention und Netzwerkarbeit Sucht und Migration.

Workshopleitung:

Andrea Piest, Leitung Notdienst für Suchtmittelfgefährdete und -abhängige Berlin e.V.

Workshop 3

Junge Geflüchtete in Dortmund

Wie gelingt die Kontaktaufnahme zu unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen mit möglicher Suchtproblematik?

Praktische Übungen und Anleitungen zur Vertrauensbildung und Annäherung werden vorgestellt.

Workshopleitung:

Lea Würzinger, Sozialpädagogin M.A., Feedback Fachstelle für Jugendberatung und Suchtvorbeugung Dortmund

15:30–16:00 Uhr

Bericht aus den Workshops und Verabschiedungen