

# **PARTNER**schaftlich

Infodienst 03/13

Gesamtverband für  
Suchtkrankenhilfe e.V.



... gemeinsam stark  
im Verbund!



## **Interkulturelle Suchthilfe**

Menschen mit Migrationshintergrund besser verstehen

# Inhalt

- 3 Editorial**
- 4 GVS Notizen**
- 5 - 6 Was bedeutet Kultursensibilität in der Psychotherapie?**  
**Den Patienten einen transkulturellen Übergangsraum bieten**  
*Dr. Ursula Fennen*
- 7 Aufsuchende Nachsorge zur Integration von Migranten aus den ehemaligen GUS-Staaten**  
*Thomas Kölli*
- 8 - 9 „Eine Migration setzt auch viele Fähigkeiten frei – die muss man nutzen!“**  
Ein Interview mit  
*Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski,*  
Ärztliche Direktorin der Hellweg-Kliniken
- 9 Ergebnisse des IFT-Kurzberichts**  
**„Klienten mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung“**
- 10 - 11 Ressourcenaktivierende Gruppe für Patienten mit Migrationshintergrund**  
*Maria Belz und Dr. Ibrahim Özkan*
- 12 - 14 Asylbewerber im (Sucht-)Hilfesystem:**  
**Therapeutische Optionen zwischen Bleiberecht und Abschiebung**  
*Dr. Martin Reker*
- 15 Projekte des Ethnomedizinischen Zentrums**  
**Kultursensible Suchtprävention mit Migranten**  
**Neue Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten**  
*Ahmet Kimil*
- 16 - 17 Migration und Glücksspielsucht**  
**Wenn der „Spielteufel“ junge Männer befällt**  
*Frank Gauls*
- 18 - 19 Mitglieder News**
- 20 Veranstaltungskalender**

## Partnerschaftlich 03/2013

**Herausgeber**  
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe  
Fachverband der Diakonie Deutschland e.V.  
Invalidenstr. 29  
10115 Berlin  
Tel. 030 83001 500  
Fax 030 83001 505  
gvs@sucht.org  
www.sucht.org

**Verantwortlich im Sinne des Presserechts:**  
Dr. Theo Wessel  
Geschäftsführer

**Redaktion**  
Claudia Biehahn  
vitamin be-Kommunikation  
Tel. 05263 95 30 83  
Fax 05263 95 30 84  
biehahn@vitaminbe.info  
www.vitaminbe.info

**Layout**  
Eva Lang  
Grafik&Design  
ef.lang@web.de  
Sara Zitzmann  
SZ Gestaltung, Detmold  
sz@sz-gestaltung.de  
www.sz-gestaltung.de

**Bildnachweis**  
Titelfoto: Uwe Steinbrich / Pixelio  
Fotos:  
S. 4: Paul Hahn  
S. 5: Die Zieglerschen  
S. 8: Evangelisches Johanneswerk  
S. 13: C.Biehahn  
S. 18: Pressefoto Rudel  
S. 19: Freundeskreise, LV Württemberg

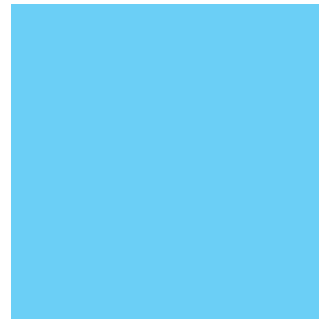
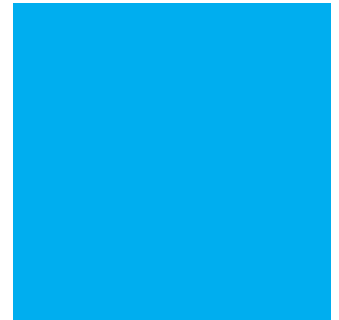
Partnerschaftlich 4 / 2013 erscheint im  
Dezember 2013

**Liebe Leserinnen, liebe Leser,**

das Phänomen der Migration (von lateinisch migratio „(Aus-)Wanderung, Umzug“) ist so alt wie die Menschheit selbst. Die Welt, in der wir leben, war schon immer eine Welt, in der die Menschen freiwillig oder unfreiwillig ihre bisherigen Wohnorte verlassen haben, um woanders neu zu beginnen. Die meisten Wanderungsbewegungen finden innerhalb der geographischen, kulturellen und sprachlichen Grenzen dieser Welt statt; auch ein Umzug von Bielefeld nach Hamburg ist eine Migration. Aber wenn wir über Migration sprechen, meinen wir meistens die Zuwanderung von Menschen aus dem Ausland und fremden Kulturen nach Deutschland. Darum soll es auch hauptsächlich in diesem Partnerschaftlich-Magazin gehen.

Migration ist per se weder gesundheitsfördernd noch -verschlechternd. Doch sind mit der Wanderung viele Herausforderungen, Ängste, Identitätsfragen und Konflikte verbunden, die sich je nach Vulnerabilität und Ressourcen der Migranten unterschiedlich auf sie auswirken können. Denn Menschen, welcher Herkunft auch immer, bewältigen Krankheit und Leiden, Konflikte und Herausforderungen unterschiedlich. Wie eine Migration bewältigt wird, hängt nicht nur vom Grad der Fremdheit ab, sondern auch von unterschiedlichen Lebensphasen und den Gegebenheiten im Heimatland und im Aufnahmeland.

Für die Suchthilfe ist es wichtig, ein Bewusstsein für das Ereignis Migration im Leben suchtkranker Patienten zu entwickeln, die Vulnerabilitätsfaktoren und die Bewältigungsstrategien der Patienten mit Zuwanderungsgeschichte zu erkennen, aber auch ihre Ressourcen zu entdecken. Um Menschen mit einem Migrationshintergrund besser helfen zu können, sind solche interkulturellen Kompetenzen in der Suchthilfe entscheidend für die Qualität der Versorgung. Mit der aktuellen Partnerschaftlich-Ausgabe wollen wir deshalb den Fokus auf die Arbeit der interkulturellen Suchthilfe richten.



In verschiedenen Artikeln zeigen wir, worum es zum Beispiel beim Thema Kultursensibilität in der Psychotherapie geht (Dr. Ursula Fennen, Seite 5 / 6), was man als Therapeut beachten muss, wenn man sich um Flüchtlinge kümmern will (Dr. Martin Reker, Seite 12 - 14) oder warum türkischstämmige Männer so anfällig fürs Glücksspiel sind (Frank Gauls, Seite 16 / 17).

Suchterkrankungen an sich kommen in allen Ländern dieser Welt vor, sie haben nur unterschiedliche Schwerpunkte, je nach Epoche und aktuellen Gegebenheiten. Die Abhängigkeitserkrankung ist im ICD F und DSM IV klar definiert und die Definition ist weltweit bindend. Lediglich der Umgang mit Suchterkrankungen und die Sprache der Therapie und Diagnostik unterscheiden sich. Interkulturell ausgerichtete Suchthilfe ist deshalb keine neue Therapieform, sondern sie umfasst alle möglichen Ansätze, Menschen mit Migrationshintergrund besser zu verstehen. Angesichts der Entwicklungen in der Welt ein Thema, das künftig noch wichtiger werden wird.

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen

Solmaz Golsabahi-Broclawski  
Ärztliche Direktorin der Hellweg-Kliniken

## Präsentation der ersten Ergebnisse der bundesweiten Katamnese Ambulante Rehabilitation Sucht

Der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS) und der Deutsche Caritasverband (DCV) präsentieren zusammen mit der Firma Redline DATA am 01. Oktober im Haus am Dom in Frankfurt / Main die ersten Ergebnisse der Katamnese-Erhebung zur Ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS). Seit 2010 arbeiten die beiden Verbände in Kooperation mit dem Software-Unternehmen an der bundesweiten Einführung von Katamnesen in der Ambulanten Rehabilitation Sucht. Nach diesem Vorlauf stehen nun in diesem Jahr erstmalig die Daten der Klient/innen zur Verfügung, die in 2011 ihre Maßnahme der Ambulanten Rehabilitation beendet haben.

Insgesamt stellten 66 ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen von DCV und GVS Katamnese-Daten für die bundesweite Aggregation mit fast 2400 Fällen zur Verfügung. Das ist ein sehr erfreuliches Ergebnis, das aussagefähige Daten liefert. Die Rücklaufquote liegt bei etwa 43%. Im Mittelpunkt stehen die Katamnesen der rein ambulanten Behandlung Sucht (Anteil 40%) sowie der Behandlungen mit stationärer Beteiligung (Anteil 23%). Aufgrund des hohen Rücklaufs sind auch die Daten zur Reha-Nachsorge (Anteil 37%) ausgewertet, die ebenfalls vorgestellt werden.

Diese grundsätzlich positiven Ergebnisse werden auch durch die von der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung durchgeführten Rehabilitanden-Befragung gestützt: Beteiligt waren hier 4233 Rehabilitanden aus 329 ambulanten Fachstellen Sucht im Zeitraum August 2009 bis Juli 2011. Die DRV Bund hat die Befragung unter dem Titel „Ambulante Suchtrehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden“ veröffentlicht. Sie ist von der Website des Rentenversicherungsträgers herunterzuladen:

[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

*Theo Wessel*

## „Unabhängig im Alter“ – Jahrestagung der Drogenbeauftragten am 19. Juni 2013 in Berlin

Mechthild Dyckmans (links) im Gespräch mit Knut Kiepe (GVS) und Heike Wehrbein (DEVAP, ganz rechts im Bild) am Gemeinschaftsstand der beiden Verbände.



## Diakonie-interner Fachtag: „Ambulante Suchttherapie – Großgeschrieben, kleingespart“

Die fragile öffentliche Finanzierung der Suchtberatung und der Rückgang von Trägermitteln haben an vielen Orten dazu geführt, dass sich Suchtberatungsstellen stärker auf eine Leistungs- und Entgeltorientierung fokussieren müssen – dabei spielt die ambulante Suchttherapie eine zentrale Rolle.

Ambulante Suchttherapie wird in der Refinanzierung allerdings immer noch als ergänzende Leistung zur Suchtberatung aufgefasst. Daraus ergibt sich eine deutliche Unterfinanzierung dieser Reha- und Nachsorgeleistungen. Eine Quersubventionierung durch die Mittel, die zur Grundversorgung bereit gestellt werden, ist in der Regel erforderlich. Allerdings wird auch die wirtschaftliche Absicherung der kommunalen Grundversorgung von Menschen mit Suchtproblemen zunehmend schwieriger. Dieser GVS-Fachtag richtet sich an Mitarbeitende und Verantwortliche von Trägern und Einrichtungen der diakonischen Suchthilfe.

**Wo?** Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Raum Amalie Sieveking, Caroline-Michaelis-Str. 1, 10115 Berlin

**Wann?** Am 28.11.2013, 10.30 - 16.00 Uhr

**Info / Anmeldung?** [www.sucht.org](http://www.sucht.org)

## 9. Berliner Suchtgespräch zu den Herausforderungen für die ambulante Suchthilfe

Um die Versorgungsstrukturen der deutschen Suchthilfe mit ihren professionellen und differenzierten Angeboten aufrecht erhalten zu können, müssen verschiedene Anforderungen erfüllt werden:

- Die Struktur muss auf finanziell gesicherter Basis stehen.
- Die Schnittstellen zwischen den Hilfesystemen dürfen für die Betroffenen nicht zu unüberbrückbaren Bruchstellen werden
- und die Instrumente zur Reintegration in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt müssen auf die Bedarfe sehr verschiedener Menschen mit sehr unterschiedlichen Problemen ausgerichtet sein.

Das gut ausgebaute System der medizinischen und sozialen Sicherung ist jedoch in seiner Umsetzung für die betroffenen Menschen mit Mängeln behaftet.

Das 9. Berliner Suchtgespräch greift diese Probleme auf und präsentiert aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und Zukunftsthemen der ambulanten Suchthilfe. Das Gespräch soll insbesondere den Austausch mit politischen Verantwortungsträgern anregen. Es richtet sich an Verantwortliche aus den Bereichen Politik, Sozialleistungsträger, Verbände, Träger und Einrichtungen der Suchthilfe, Suchtselbsthilfe und an die Mitglieder im Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe.

**Wo?** Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Raum Amalie Sieveking, Caroline-Michaelis-Str. 1, 10115 Berlin

**Wann?** Am 28.11.2013, 17.30 - 20.30 Uhr

**Info / Anmeldung?** [www.sucht.org](http://www.sucht.org)

## Was bedeutet Kultursensibilität in der Psychotherapie?

### Den Patienten einen transkulturellen Übergangsraum bieten

Von Dr. Ursula Fennen

#### Zum Begriff der Kultur

Kultur ist der Alltag eines Menschen und wird geprägt dadurch, wie er lebt, welche Bedeutung er seiner Umgebung, seinem Tun verleiht. Sie liegt also nicht statisch über seinen Handlungen und seinem Alltag. Die Konstruktion kultureller Identität geschieht durch soziale Interaktionen und symbolische Praxis. Aspekte einer gemeinsamen Kultur sind Symbole, Werte, kollektive Erinnerungen, Mythen und Rituale, die einen sicheren Handlungsrahmen für das Individuum als einzelnes und in seiner Bezugsgruppe bieten. Die kulturelle Umgebung prägt den Prozess der Identitätsbildung, der kindlichen Internalisierungs- und Identifizierungsvorgänge und erzeugt so die kulturelle Identität als Kohärenz des Verhaltens und der Gefühle von Individuen in kollektiver Abstimmung.

Die Internalisierung ethischer Normen findet innerhalb der Familie statt. Für die kindliche Entwicklung ist es bedeutsam, wie die sozialen Haltungen der Eltern in die Innenwelt des Kindes eingeführt werden und dort Ich-Ideal und Vorläufer des Über-Ichs werden. Der Begriff der Kultur beschreibt somit einen Prozess und, wenn man diese prozesshafte Sichtweise wählt, verschwindet das Unüberwindliche und Trennende zwischen der Kultur eines Herkunftslands und der des Migrationslands. Dann gibt es die „Kultur des Übergangs“, der Integration. Dann wird die Migration und die damit notwendige Transformation des Individuums selber zum kulturellen Prozess. Wenn wir Kultur nicht als etwas Statisches verstehen, sondern als einen Prozess, dann entkommen wir der lähmenden Dialektik zwischen Altem und Neuem und geben der langsame Legierung von beidem Raum.

#### Die Bedeutung der Sprache

Zur Identität gehört unsere Sprache, die Muttersprache und ihre innerseelische Bedeutung als Organisatorin der Psyche. Die Sprache ist Trägerin und Vermittlerin von Riten und schafft Zugehörigkeit. Erleben und Reflexion sind an Sprache gebunden, sie ermöglicht Denken und Kommunikation. Darüber hinaus ist sie Zugangsweg zu Fantasien und Symbolen. Wortvorstellungen vermitteln zwischen kognitiven und affektiven Zuständen. Wortvorstellungen ermöglichen Bewusstseinsfähigkeit als Brücke zwischen Ich-Struktur und sozialer Funktion im interaktionalen Prozess.

Die Sprache dient der Symbolisierung unserer Gefühle, ermöglicht uns, sich von Gefühlen zu distanzieren, sie zu hinterfragen, sie zu erleben und sie zu bearbeiten. Sie entwickelt sich im Laufe unseres Lebens vom Konkretismus zur Abstraktheit und Differenziertheit. Die Sprache verändert sich zusammen mit der psychosozialen Entwicklung und ist je nach Landstrich, Herkunftsland, Gesellschaftsschicht und Lebensalter unterschiedlich.



Der Bruggenhof: Hier bietet die Suchthilfe der Ziegler'schen kultursensible Reha für suchtkranke Männer aus den ehemaligen GUS-Staaten an.

#### Die Phasen der Migration

Es gibt viele Gründe für eine Migration. Einige Menschen kommen aus politischen Gründen, andere aus wirtschaftlicher Notwendigkeit. Einige kommen, damit „die Kinder es besser haben“ und andere werden von ihren aktiveren Familienmitgliedern einfach „mitgenommen“. Dem Migrationsakt selber geht meist eine jahrzehntelange Entscheidungsphase voraus, oft mit einer Idealisierung des avisierten Landes. Nach dem Migrationsakt kommt es zu einer Phase der „Überkompensation“, d.h. das neue Heimatland wird unter allen Umständen besser gefunden als das Herkunftsland. Gleichzeitig treten Gefühle von Schuld den Zurückgebliebenen gegenüber auf, Scham, es vielleicht wirklich besser zu haben als sie, Enttäuschung, dass es doch nicht so ist, wie man es sich vorgestellt hat, Ängste, es nicht zu schaffen. Diese Gefühle sind in dieser Phase der Überkompensation tabuisiert.

Die nächste Phase der Migration ist eine Phase der „Dekomensation“: Die Nachteile des neuen Landes werden gesehen und mit den Vorteilen des Herkunftslands abgeglichen. Es tritt die Frage auf: Hätten wir nicht besser da bleiben sollen, war da wirklich alles so schlecht? Der letzte Akt der Migration ist dann die Integration, also die Anpassung an die neue Mehrheitsgesellschaft unter Beibehaltung alter Werte, im Idealfall eine Legierung von Altem und Neuem. Die Assimilation, also das vollständige Einswerden mit der Mehrheitsgesellschaft findet in den meisten Fällen erst in der dritten Generation ihren Abschluss.

In der Phase der Dekompensation kann es zu schwerwiegenden Erkrankungen des Migranten kommen. In dieser Phase ist es sowohl zur Gesundung als auch zur Integration wesentlich, auf Vertrautes im Sinn von Übergangsobjekten zurückgreifen zu können.

#### Zum Krankwerden

Identität ist die psychische Struktur, die es einem Menschen ermöglicht, Fremdes und Eigenes zu unterscheiden und in ein Verhältnis zueinander zu setzen, das Selbstkontinuität ermöglicht. Die Integrationsleistung des

Ichs nach dem Eintritt in die neue Kultur ist die Entscheidung, der neuen Gruppe beitreten zu wollen, ohne dabei das Eigene aufgeben zu müssen. Dazu ist es notwendig, über ein reifes Ich mit angemessenen, schützenden Abwehrmechanismen zu verfügen. In vielen Fällen ist das Repertoire zum Schutz des Ichs in der Fremde nicht ausreichend, so dass es zu einem Identitätsverlust, zu Orientierungslosigkeit und Handlungsunfähigkeit kommt.

Ohnmächtige, aggressive Gefühle, Schuld, Scham und Angst entstehen. Das Individuum ist zutiefst verunsichert, es verliert im schlimmsten Fall den Selbstkontinuitätssinn. Es wird zerrieben im transkulturellen Konflikt zwischen den Anforderungen der Primärgruppe und denen der Mehrheitsgesellschaft. Der psychische Apparat versagt und je nach Persönlichkeitsstruktur und kulturellem Kontext kommt es zu spezifischen und psychischen Erkrankungen. Menschen, die sich durch den Wechsel in eine andere Gesellschaft plötzlich nicht mehr erkannt fühlen, verlieren ihre Identität, begleitet von Gefühlen des Versagens, des Selbstzweifels und Ängsten.

Gravierend ist, dass dieser Verlust des Selbstkontinuitätssinns in der Regel Menschen trifft, die bereits im Herkunftsland und in der Herkunftsfamilie keine reife Ich-Entwicklung haben vollziehen können, genauso wie wir es von autochthon sozialisierten, aber frühgestörten Patienten kennen. Sowohl hier wie da hat die fehlende Passung der Möglichkeiten der Bezugsperson zu den Bedürfnissen des kleinen Kindes mehr oder weniger tiefgreifende Störungen in der Ausbildung von Selbst- und Objektbildern induziert, so dass die Migration dann oft nur die destabilisierende Situation für ein vulnerables Ich darstellt. Traumatische Erfahrungen werden durch Beziehungsstil, affektive Expression, Geschichten, Tabus und Familienmythen an die nächste Generation weiter gegeben, Trauma als Verlust von Selbstkonzept auf Grund nicht antizipierbarer Geschehnisse wird „weitervererbt“. Wir treffen also auf Menschen, die in ihrem Selbstkonzept, ihrer Geschichte, ihren gesellschaftlichen und Moralvorstellungen gänzlich verunsichert sind und denen ihre üblichen Methoden, schwierige Situationen zu bewältigen, schon rein sprachlich nicht mehr zur Verfügung stehen.

## Der transkulturelle Übergangsraum

Analog zum Konstrukt des intermediären Raums nach Winnicott, in dem das Kind die Symbiose mit der Mutter löst, Differenz und Ähnlichkeit wahrnimmt, innere Realität mit äußerem Leben abgleicht und so über die dyadische und dann die trianguläre Beziehung Reife und Identität ausbildet, bietet eine kultursensible Einrichtung den transkulturellen Übergangsraum als intermediären Raum des Übergangs von einer Kultur in die andere. Eigene Kultur kann mit der fremden abgeglichen werden, Bedeutungszusammenhänge können hergestellt werden, die prozesshafte Identitätsentwicklung erfolgt durch die Herstellung eines Bedeutungszusammenhangs zwischen Eigenem und Fremden.

Die Leistung der Kultursensibilität besteht darin, dem Menschen einen transkulturellen Übergangsraum bereit-

zustellen, in dem Altes seinen Wert und seine Berechtigung hat, aber Neues überwiegt, vorgelebt und eingefordert wird, um den Menschen zur erneuten – wenn wir früh gestörte Patienten betrachten, auch erstmaligen – identitätsbildenden Synthese aus innen und außen, früher und heute, dort und hier zu befähigen. Dazu können notwendige Übergangsobjekte, nämlich Sprache, Symbole, Stile anfangs beibehalten werden, um sie dann gegen Ende der Behandlung durch, für jeden individuell annehmbare moralische, gesellschaftliche, soziale und spirituelle Werte der Mehrheitsgesellschaft zu ersetzen.

## Die Aufgabe des Behandlers

Kultursensibilität in der Psychotherapie bedeutet also zum einen, im Sinne der Nachreife frühkindliche Entwicklungsdefizite aufzuholen, den Patienten unter den besonderen Bedingungen der Migrationsgeschichte aber darüberhinaus noch die Integration in den neuen Lebensraum zu ermöglichen. Somit bildet psychotherapeutisch die Loslösung von der Mutter und die Ausbildung der kindlichen Identität das Analogon zur Ablösung von der alten Kultur hin zum sinnartikulierenden Orientierungsrahmen einer neuen Kultur.

Der Behandler muss Rücksicht nehmen auf Überzeugungen, Sichtweisen und identitätsstiftende Faktoren seines Patienten. Auch in Familien gut deutsch sprechender Patienten, sogar der zweiten Einwanderergeneration, werden noch Haltungen und Geschichten vererbt, die einen kultursensiblen Therapieansatz empfehlen. Um mit diesen Patienten in bewährter Weise psychoanalytisch interaktionell zu arbeiten, bedarf es des Wissens um das Gewordensein unserer Patienten unter ihren historischen, politischen und gesellschaftlichen Bedingungen.

Denkt man den kultursensiblen Ansatz weiter, so bedeutet er die Abwendung von der sprachlichen Kompetenz als Vehikel zur Integration hin zu einer Diversifizierung: Unabhängig von der Muttersprache zielt die kultursensible Psychotherapie auf Patienten aus anderen Gesellschaften, um ihnen mit den soeben beschriebenen Haltungen und Vorgehensweisen den transkulturellen Übergangsraum als Entwicklungsraum zur Verfügung zu stellen.



**Dr. med. Ursula Fennen MBA**

Fachärztin für Psychiatrie  
Ärztliche Direktorin

Die Zieglerschen-Suchtkrankenhilfe g GmbH  
Tel. 07503 920 112  
suchtkrankenhilfe@zieglersche.de

## Neues Projekt der Zieglerschen

# Aufsuchende Nachsorge zur Integration von Migranten aus den ehemaligen GUS-Staaten

Von Thomas Kölli

In der Suchthilfe der Zieglerschen halten wir seit einigen Jahren das stark nachgefragte Angebot der kultursensiblen medizinischen Rehabilitation vor. Dabei haben wir festgestellt, dass nur 4% der suchtkranken Patienten aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion nach erfolgreicher Rehabilitationsbehandlung in die ambulante Nachsorge und in die Suchtselbsthilfe kommen.

Dafür muss es Gründe geben: Suchtkranke russlanddeutsche Migranten weisen Besonderheiten in ihren Einstellungen und Verhaltensweisen auf, die den westeuropäisch sozialisierten Behandlern fremd sind. Substanzkonsum in erheblichen Mengen hat die Funktion der Demonstration von Männlichkeit und Stärke und ist gesellschaftlich toleriert. Daraus resultierend besteht für eine Sucht keine Krankheitseinsicht, zumal Abhängigkeitserkrankungen in dem Sinne, wie wir sie verstehen, keine Krankheit in den Staaten der ehemaligen Sowjetunion waren.

### Aus der Familie dringt nichts nach draußen

In den Kollektivgesellschaften dieser Staaten nimmt der Vater bzw. Ehemann eine dominante Position in der Familie ein, die er aber nach der Migration in vielen Fällen mangels Sprachkenntnissen oder anerkannten Berufsabschlüssen an Kinder oder Ehefrau abgeben muss. Familie ist eine in sich geschlossene Gemeinschaft; nichts darf nach draußen dringen an einen Staat, der im Herkunftsland als bespitzelnd erlebt wurde. Somit ist Angehörigenarbeit fast unmöglich. Beratung und Therapie wird selten als Hilfe, sondern vielmehr als reglementierende, staatlich verordnete Maßnahme gesehen.

Nicht zu unterschätzen ist gerade bei drogenabhängigen Patienten die Verstrickung in die organisierte Kriminalität. Die Patienten folgen einer Handlungslogik, die nicht rechtsstaatskonform, aber für sie bindend ist. Bisherige Programme und Projekte für Patienten aus der ehemaligen Sowjetunion, die eine Integration in die fremde Kultur ermöglichen sollen, sind weitgehend gescheitert, weil die eben genannten unterschiedlichen Vorbehalte und Sichtweisen solche Patienten in unser „Komm-Struktur“ nicht „kommen lassen“. Erst wenn die Patienten wieder aufpassen, gelangen sie, oft in desolaterem Zustand, in das Suchthilfesystem. Wie kann Therapieerfolg dann gehalten und genutzt werden?

Die Suchthilfe der Zieglerschen hat nun, gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, über zwei Jahre das Projekt der „Aufsuchenden Nachsorge bei Migranten“ aufgelegt. Das Projekt dient dazu, die migrationsspezifische Lücke zwischen stationärer bzw. ganztägig ambulanter medizinischer Rehabilitation und

ambulanter Suchthilfe zu schließen, um über die Abstinenzsicherung die Integration zu fördern und Leistungsfähigkeit zu erhalten. Dabei sollen die Betroffenen auf dem Weg in das bestehende Suchthilfenetzwerk begleitet und unterstützt werden. Die Nachsorge der Beratungsstellen wird nicht ersetzt, sondern der Weg dorthin durch einen Zwischenschritt gebahnt. So können wir seit diesem Jahr kultursensible Prävention zur Integration in Form von „Aufsuchender Nachsorge“ für die Betroffenen und Familien nach der Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation und „Nachsorgegruppen“ in Anlehnung an die intensiviertere Reha-Nachsorge (IRENA) anbieten.

Der „Nachsorgetherapeut“, ein erfahrener Suchttherapeut mit kultursensibler Kompetenz, nimmt zu Patienten in unseren vier Kliniken Kontakt auf und informiert sie über das Projekt. Nach der Therapie ist eine begrenzte Anzahl an Hausbesuchen vorgesehen sowie gemeinsame Ämtergänge, Arztbesuche und Sozialarbeit in der Familie. Patient, Angehörige und Nachsorgetherapeut nutzen auch Telefon und Internet für Anfragen, Notfälle und Beistand. Ein Gruppenangebot zur Vorbereitung auf die meist in Gruppen stattfindende Nachsorge und die Selbsthilfe ist geplant. Damit das Projekt praktikabel bleibt, ist es auf einen bestimmten Radius um die Fachkliniken begrenzt. Eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen, später aufnehmenden Beratungsstellen ist erforderlich. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt von der Hochschule Ravensburg-Weingarten.

Das Projektziel ist erreicht, wenn die Patienten nach der Rehabilitationsbehandlung in die ambulante Nachsorge und in das Suchtselbsthilfesystem übergeben werden können und so in der Beratungsstelle und in der Selbsthilfegruppe angekommen sind. Damit endet die „Aufsuchende Nachsorge zur Integration“.



**Thomas Kölli**  
Tagesrehabilitation  
Bodensee-Oberschwaben,  
Ravensburg  
Tel. 0751 359 104 0  
koelli.thomas@zieglersche.de

## „Eine Migration setzt auch viele Fähigkeiten frei – die muss man nutzen!“

Ein Interview mit Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski, Ärztliche Direktorin der Hellweg-Kliniken, über die Arbeit mit Migranten in der Suchthilfe und das neue Konzept der Klinik

**Ihre letzte Fortbildungstagung in der Hellweg-Klinik Oerlinghausen war dem Thema „transkulturelle Suchthilfe“ gewidmet. Vor welchen Herausforderungen steht die Suchthilfe im Umgang mit Migranten?**

Das ist erst einmal die schiere Zahl: Die meisten Suchtpatienten in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Und das ist auch nicht verwunderlich: In Süchten spiegeln sich unerfüllte Sehnsüchte wider. Das Problem haben wir noch nicht in der ersten Generation von Zuwanderern – die sind noch mit dem Aufbau einer neuen Existenz beschäftigt. Aber in der zweiten und dritten Generation zeigt sich, ob Träume und Erwartungen wahrgeworden sind – oder zerplatzt. Dann brechen auch die Rollenkonflikte auf. Zum Beispiel bei türkischstämmigen Türken oder Russlanddeutschen, die nach innen und außen mit ihrem Männerbild zu kämpfen haben.

Die Herausforderung für die Suchthilfe besteht darin, den Patienten bei der Neudefinierung ihrer selbst zu helfen. Migranten fragen sich: Wo gehöre ich hin und wie nehme ich mich wahr? Wie bereits Machleicht und Salman im Rahmen der „Sonnenberger Leitlinien“ diskutiert haben, gibt es in der Migration bestimmte Phasen, die jeder Migrant durchläuft. Besondere Vulnerabilitätsfaktoren können an dieser Stelle die Phase der Neufindung beeinflussen und die Entstehung einer Suchterkrankung fördern.

**Hat die Suchthilfe einen Nachholbedarf in Sachen Kultursensibilität?**

Ja, in gewisser Weise schon. Zwar macht man als Therapeut/in immer eine Exploration, aber häufig schaut man noch nicht so genau hin: Wo ist der Mensch geboren? Wo ist er aufgewachsen? Auch Menschen, die aus Bayern nach Ostwestfalen kommen, haben eine Wanderergeschichte. Dieser Weg ist für mich interessant: Was hat er mit dem Menschen gemacht? Wenn die Wanderungsgeschichte nicht so auffällig ist, bleibt dieser Teil der Biographie oft im Dunkeln.

**Brauchen wir mehr Therapeuten mit Migrationshintergrund, um die Patienten besser zu verstehen?**

Nicht unbedingt. Wenn wir Mitarbeiter haben, die ihre eigene Kultur noch nicht reflektiert haben, ist das auch nicht so hilfreich. Viel effizienter ist es, wenn das ganze Team ein kultursensibles Bewusstsein entwickelt. Das bedeutet, dass ich als Therapeut/in nicht nur die Gepflogenheiten und Gebote anderer Kulturen kenne, sondern mir auch meines eigenen Verhaltens und der eigenen kulturellen Gepflogenheiten bewusst bin – nur dann erkenne ich, wenn es zu Missverständnissen kommt.

Der französische Ethnologe Lévi-Strauß hat das einst sehr schön formuliert: Die einzige Kultur von der wir uns emanzipieren müssen, ist unsere eigene. Nicht, weil sie



Zur Person:

**Dr. med. univ. Solmaz Golsabahi-Broclawski** ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Seit September 2012 leitet sie als Ärztliche Direktorin die drei Hellweg-Kliniken, die zum Evangelischen Johanneswerk in Bielefeld gehören. Frau Golsabahi-Broclawski hat an der Universität Wien im Bereich der transkulturellen Psychiatrie promoviert und ist Gründerin und Vorsitzende des Dachverbandes der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V..

als einzige gut oder schlecht ist, sondern weil genau da unsere blinden Flecken sind, unsere Wunden und sensiblen Stellen. Wenn wir uns selbst kennen, dann lernen wir auch die vermeintlich Fremden besser kennen. Je bunter ein Team zusammengesetzt ist, desto größer die Chance, dass wir keine blinden Flecken im Umgang mit unseren Patienten haben.

**Welche Rolle spielt Ihre eigene Migrationserfahrung für Ihre Tätigkeit als Ärztin?**

Sie spielt natürlich eine Rolle. Ich stamme aus dem Iran, bin in Österreich aufgewachsen und dort ausgebildet worden und habe einen polnischen Ehemann. Zusammen haben wir eine Tochter, die deutsch-österreichische Staatsbürgerin ist. Das ist schon einmal ein sehr „bunter“ Hintergrund.

Für mich ist die Erfahrung wichtig, dass eine Migration nicht nur ein Risiko darstellt, sondern in den Menschen auch ganz viele Fähigkeiten freisetzen kann: zum Beispiel Kreativität im Finden von Lösungen für Probleme. Diese Ressourcen müssen wir unseren Patienten bewusst machen – ein Blickwinkel, der künftig in unseren Einrichtungen stärker beachtet werden wird.



**Wird die kultursensible Reha ein Schwerpunkt in den Hellweg-Kliniken werden?**

Ja, wir haben seit November 2012 das Forschungsprojekt „Tramisu“ in der Tagesklinik in Bielefeld laufen. Tramisu ist die Abkürzung für „Trauma-Sucht und Migration“ und ist eine Gruppenintervention für Menschen mit Migrationshintergrund. (Siehe dazu den Artikel auf den folgenden Seiten.) Die Patienten werden mit Hilfe dieses Konzeptes einerseits angeregt, über ihre Migrationserfahrungen zu sprechen und sie mit der Gruppe zu teilen und andererseits ihre persönlichen und kulturellen Ressourcen kennenzulernen und damit ihre Krankheit besser zu bewältigen.

Wir vergleichen dann die Ergebnisse der Tramisu-Gruppen mit anderen Gruppen, die diese Intervention nicht bekommen und schauen uns die Rückfallquoten an. Die Hoffnung ist natürlich, dass sich Tramisu positiv auswirkt. Das Projekt läuft über zwei Jahre und soll später auch in den vollstationären Bereich übertragen werden.

**Die Hellweg-Klinik hat eine turbulente Zeit hinter sich. Ist jetzt alles wieder im grünen Bereich?**

Ja, die Deutsche Rentenversicherung Bund hat den Belegungsstopp aufgehoben und uns die Einhaltung hoher Qualitätsstandards bescheinigt. Der Stopp war durch den Führungswechsel in der Klinik und durch Maßnahmen zur Umsetzung des neuen Strukturkonzeptes der Rentenversicherung erforderlich.

Unser neues Konzept sieht vor, mit den Patienten viel stärker auf der Handlungsebene zu arbeiten. Wir orientieren uns stärker an den beruflichen Notwendigkeiten, z. B. mit Bewerbungstrainings. Eine feste Gruppenstruktur gibt es nicht mehr. Stattdessen steht die Förderung der sozialen Kompetenz in verschiedenen Gruppenaktivitäten im Vordergrund. Aber wir bieten jetzt auch so etwas wie Genusstraining an, indem wir mit den Patienten z. B. gemeinsam Brunchen gehen. Was früher üblich war: Ein paar Wochen lang „ankommen“ und dabei nichts machen, das gibt es nicht mehr. Wir haben nur noch acht Wochen Zeit für eine Rehabilitation, nicht mehr sechs Monate.

*Die Fragen stellte Claudia Biehn.*

**Kurzbericht Nr. 1/2013 – Deutsche Suchthilfestatistik 2011**

**Klienten mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung / Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

**Soziodemographischer Hintergrund**

- Unter den Klienten mit Migrationshintergrund sind deutlich mehr Männer als in der Gesamtgruppe.
- Klienten mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt einige Jahre jünger als die Gesamt-Klientengruppe.
- Über die Hälfte der Klienten mit Migrationshintergrund besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft. Der Großteil, auf den dies nicht zutrifft, kommt aus Nicht-EU-Staaten.
- Klienten mit Migrationshintergrund leben häufiger bei anderen Personen. Auch der Anteil derer, die in Justizvollzugsanstalten leben oder in Sicherungsverwahrung sind, ist ungefähr doppelt so hoch wie in der Gesamtgruppe.

**Ausbildung und Erwerbstätigkeit**

- Klienten mit Migrationshintergrund haben häufiger keinen Schulabschluss oder einen Hauptschulabschluss als die Gesamt-Klientengruppe.
- Klientinnen mit Migrationshintergrund haben im Vergleich zu den männlichen Klienten eine höhere Schulbildung, jedoch verglichen mit den Klientinnen insgesamt eine niedrigere.
- Klienten mit Migrationshintergrund haben seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung und sie waren vor Behandlungsbeginn seltener erwerbstätig als die Klienten insgesamt.

**Substanzen und Substanzkonsum**

- Klienten mit Migrationshintergrund haben hauptsächlich behandlungsbedürftige Störungen auf Alkohol und Opiode entwickelt.

- Für Klienten mit Migrationshintergrund liegt das Alter bei Störungsbeginn bei Alkohol deutlich niedriger als bei den Klienten insgesamt. Bei den übrigen Substanzen gibt es keine nennenswerten Unterschiede.

**Beratung und Behandlung**

- In die ambulante Behandlung werden Klienten mit Migrationshintergrund häufiger durch Justizbehörden/Bewährungshilfe oder durch ärztliche bzw. psychotherapeutische Praxen vermittelt als die Klienten der Gesamtgruppe.
- In die stationäre Behandlung werden Klienten mit Migrationshintergrund häufiger durch Suchtberatungsstellen vermittelt als die Klienten insgesamt.
- Klienten mit Migrationshintergrund sind etwas kürzer in ambulanter Behandlung als die Klienten insgesamt. Stationär ist die Dauer annähernd gleich.
- Klienten mit Migrationshintergrund beenden die ambulante Behandlung zu einem ähnlich hohen Anteil planmäßig wie die Klienten der Gesamtgruppe. Im stationären Bereich ist der Anteil der planmäßigen Beender unter den Patienten mit Migrationshintergrund geringer als unter den Patienten der Gesamtgruppe (72% vs. 79%).
- Klienten mit Migrationshintergrund (amb. u. stat.) weisen ein etwas schlechteres Behandlungsergebnis auf als die Klienten der Gesamtgruppe.

*Abdruck (gekürzt) mit freundlicher Genehmigung des IFT, Institut für Therapieforschung, München*

Der Kurzbericht steht zum Download auf [www.suchthilfestatistik.de/cms/content/view/59/](http://www.suchthilfestatistik.de/cms/content/view/59/)

## Konzept des Asklepios-Fachklinikums Göttingen

### Ressourcenaktivierende Gruppe für Patienten mit Migrationshintergrund

Von Maria Belz und Dr. Ibrahim Özkan

Migration als „Wanderung bzw. Bewegung von Individuen oder Gruppen im geographischen und sozialen Raum“ (Strasser, 2009, S.15) als kritisches Lebensereignis erfordert erhöhte Anpassungsleistungen und stellt so einen psychosozialen Stressfaktor für die betroffene Person dar. Sluzki (2001, zit. n. Czycholl, 2009, S.28) beschreibt in seinem Modell die fünf Phasen der Migration und benennt ihre spezifischen Belastungen. Hierzu zählen auch – im Besonderen für die nachfolgenden Generationen – Ablehnungs- und Diskriminierungserfahrungen (Gil, Vega & Dimas, 1994; Mena, Padilla & Maldonado, 1987). Diese Stressfaktoren treten migrationsspezifisch auf und wirken daher kumulativ zu den alltäglichen Stressoren, denen Menschen ohne Migrationshintergrund ebenfalls ausgesetzt sind. Es wird daher auch von Migrations- (Hertz, 1993) bzw. Akkulturationsstress (Berry, 2006) gesprochen.

Zunehmend geraten eine mögliche traumatische Biographie oder gar konkrete Traumatisierungen in den Fokus der Suchtätologie und der Behandlung von Suchterkrankungen (Schäfer & Najavits, 2007; Najavits, 2009). Gleichfalls besteht Einigkeit in der Annahme, dass Migration als Stressor ein Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung psychischer Störungen darstellt (DeLongis, Folkman & Lazarus, 1988; Sandanger, Nygård, Sørensen, Moum, 2004). In diesem Zusammenhang können vorhandene Ressourcen auf individueller Ebene nicht funktional eingesetzt werden. Hierbei muss nicht einmal eine Traumatisierung als Stressfolgestörung im Sinne des DSM-IV diagnostisch festgestellt worden sein. Auch traumatische Erlebnisse, die im Fortgang nicht unbedingt pathologisch verarbeitet wurden, wie etwa eine Migration oder Diskriminierungserfahrungen, können in Bezug auf die Suchtätologie bedeutsam sein.

Mit Hilfe von Modulen des in Göttingen entwickelten ressourcenaktivierenden Gruppenkonzeptes und Elementen aus Gruppenverfahren der traumazentrierten Therapie wurde ein Konzept für die psychoedukative Resilienzstärkende Gruppenintervention entwickelt. Ziel der Intervention ist die Sensibilisierung der Patienten für die Bedeutung der Migration auf die Krankheitsentstehung sowie die Aktivierung individueller kulturbezogener Ressourcen.

#### Rahmenbedingungen

Die Gruppenintervention wurde erstmalig in Kooperation mit der Tagesklinik für suchtkranke Menschen der Hellweg-Kliniken Bielefeld erprobt. Das Treatment besteht aus fünf Sitzungen zu je 60 Minuten, die in wöchentlichem Abstand stattfinden. Die Gruppenintervention ist als zusätzliches Behandlungsmodul für Patienten mit Migrationshintergrund im Gesamtbehandlungsplan integriert. Sie greift selbst keine suchtspezifischen Themen auf, da im Rahmen anderer Angebote speziell auf die Suchtthematik

eingegangen wird. Die Konfrontation mit migrationspezifischen Aspekten und der eigenen (Sucht-) Biographie kann eine gesteigerte Emotionalität mit sich bringen. Für den Fall, dass diese sich beim Patienten ungünstig auswirken könnte, sind ausreichend Professionelle anwesend. Ziel der Intervention soll vielmehr sein, die Patienten dazu zu befähigen, ihre individuellen Fähigkeiten unterstützend in der Behandlung einzusetzen.

#### Elemente des Curriculums

##### **Psychoedukation zum Zusammenhang zwischen Akkulturationsstress und Erkrankung**

Die Patienten werden durch die Psychoedukation sensibilisiert für den möglichen Einfluss der Migrationserfahrung auf die persönliche (Sucht-)Biographie. Hierzu lernen sie die verschiedenen Phasen der Migration nach Sluzki (2001, zit. n. Czycholl, 2009, S.28) kennen. Anpassungsdruck, Fremdheitserfahrungen, Diskriminierung und kulturelle Ambivalenz („zwischen den Stühlen sitzen“) werden als Stressfaktoren erarbeitet und benannt. Die Patienten werden dazu angeregt, die eigene Migrationsbiographie mit der Gruppe zu teilen und mit der prototypischen Migrationskurve nach Sluzki zu vergleichen.

##### **Krankheitsbewältigungsmodell nach Lazarus und Folkman (1984)**

Anhand einer Waage wird den Teilnehmenden der Zusammenhang zwischen Belastungen und persönlichen Ressourcen erklärt. Zusammen mit der Gruppe werden beispielhaft einzelne persönliche Belastungen identifiziert, auf Klötzchen geschrieben und in die eine Waagschale gelegt. Auch die Stressfaktoren der Migration, welche im Zusammenhang mit den Phasen der Migration erarbeitet wurden, werden hier mit aufgenommen. Das entstandene Ungleichgewicht wird durch das Hineinlegen von vorerst unbeschrifteten Klötzchen ausgeglichen. Den Teilnehmenden wird erklärt, dass es sich hierbei um Ressourcen handelt, um Dinge oder Aktivitäten, die einem gut tun und die aktuelle Stressbelastung reduzieren. Dies können z. B. Dinge sein, die die Patienten aus ihrem Herkunftsland oder ihrer Herkunftsfamilie kennen, derzeit aber nicht anwenden. Im Laufe der weiteren Sitzungen wird die Gruppe dazu angeregt, ihre persönlichen und kulturellen Ressourcen zu identifizieren und diese mit den anderen zu teilen.

##### **Einsatz von kulturellen Ressourcen für den Umgang mit akuter Anspannung und Suchtdruck**

Die Patienten erlernen den Zusammenhang zwischen psychischer Anspannung und dysfunktionalem Verhalten anhand der Spannungskurve der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Linehan (1996). Anschließend werden sie dazu angeregt, die zuvor erarbeiteten Ressourcen mit unterschiedlichen Anspannungsniveaus in Verbindung zu bringen und so differenziert ihren Nutzen zu erkennen.

**Innere Achtsamkeit**

Zum Beginn jeder Sitzung wird eine Achtsamkeitsübung durchgeführt. Übungen zur Schulung der Achtsamkeit erscheinen für Patienten mit geringen Deutschkenntnissen besonders geeignet, da die besonders sinnesbezogene Übungen meist sprachreduziert durchführbar sind. Eine durch Achtsamkeit erlangte, verbesserte Wahrnehmung der eigenen Gedanken, Körperreaktionen und Gefühle sowie eine bessere Steuerungsfähigkeit kann die Person dazu befähigen, die Situationen gemäß Lazarus und Launier (1981) besser zu bewältigen.

**Imaginationsübungen**

Regelmäßig werden zum Abschluss der Sitzung Imaginationsübungen durchgeführt, um den Patienten ein Instrument der Selbstberuhigung zur Verfügung zu stellen. Diese Selbstregulation ist ein wichtiges Behandlungsziel, welches es den Patienten ermöglicht, mit Spannungszuständen, eventuell vorhandenen Flashbacks und Übererregung umzugehen. Das Erlebnis, den eigenen Symptomen nicht hilflos ausgeliefert zu sein, sondern diese durch eigene Vorstellungsbilder beeinflussen zu können, kann die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten bedeutsam stärken.

**Literatur**

Berry J. W. (2006): Acculturative Stress. In: Wong P., Wong L. (Hrsg) (2006): Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping (S. 287 - 298). New York: Springer

Bohus, M. & Wagner, A. (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie früh-traumatisierter Patientinnen mit Borderline-Störung. In: U. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung (S. 405 - 433). Stuttgart, New York: Schattauer

Czycholl, D. (2009). Prozesse interkultureller Öffnung in der Altenhilfe. In: J.-E. Schaefer (Hrsg.): Alter und Migration. Tübingen: Mabuse Verlag

DeLongis, A., Folkman, S., Lazarus, R. (1988). The Impact of Daily Stress on Health and Mood - Psychological and Social Resources as Mediators. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 486 - 495

Gil, A. G., Vega, W. A. & Dimas, J. M. (1994). Acculturative Stress and Personal Adjustment Among Hispanic Adolescent Boys. Journal of Community Psychology, 22(1), 43 - 54

Hertz, DG. (1993) Bio-psycho-social consequences of migration stress: A multidimensional approach. Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences, 30(4), 204 - 212

Kabat-Zinn, J. (2004). Die heilende Kraft der Achtsamkeit. Freiamt: Arbor

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer


Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: J.R. Nitsch (Hrsg.), Stress-Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern: Huber



**Maria Belz**  
Dipl.-Psychologin  
Asklepios Fachklinikum Göttingen  
Tel. 0551 402 1666  
m.belz@asklepios.com



**Dr. disc. pol. Ibrahim Özkan**  
Leitender Psychologe  
des Schwerpunktes  
Kulturen, Migration und  
psychische Krankheiten  
Tel. 0551 402 1650  
i.oezkan@asklepios.com



**GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE mbH**

**IANUA ist eine anerkannte Einrichtung der ambulanten Suchtrehabilitation und sucht zur Erweiterung des multidisziplinären Teams zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n**

**Dipl.-Psychologen/in**

**als Ganztagskraft/Halbtagskraft. Der Einsatz erfolgt als Bezugstherapeut/in in der ambulanten Suchtrehabilitation, der Orientierungs- und Vorbereitungsphase und der individuellen Gruppenarbeit. Erforderlich ist eine anerkannte, abgeschlossene Ausbildung (vorzugsweise tiefenpsychologisch orientiert) und die Approbation. Klustische Erfahrung in der Arbeit mit Suchtkranken und in der Gruppentherapie ist notwendig.**

**Wir erwarten von Ihnen Freude an der Arbeit mit Abhängigkeitskranken, Mitgestaltungskraft und Engagement bei unseren Projekten.**

**Bewerbungunterlagen an: IANUA G. P. S. mbH, Lieberer Straße 2, 66740 Saarouis**

**IANVA**

LISDORFER STRASSE 2  
66740 SAARLOUIS  
TEL. 06831 - 46 00 55  
FAX: 06831 - 46 00 57  
WWW.IANUA-GPS.DE  
INFO@IANUA-GPS.DE

**A M B U L A N T E  
B E H A N D L U N G U N D  
R E H A B I L I T A T I O N  
A B H Ä N G I G K E I T S K R A N K E R  
P R Ä V E N T I O N**

## Asylbewerber im deutschen (Sucht-)Hilfesystem

### Therapeutische Optionen zwischen Bleiberecht und Abschiebung

Von Dr. Martin Reker

Als im Juli 2012 das Bundesverfassungsgericht urteilte, dass es gegen die Menschenwürde verstoße, dass den Asylbewerbern seit 20 Jahren weniger als das Existenzminimum zum Unterhalt gezahlt wird, titelte die Taz „Karlsruhe stellt fest: Asylbewerber sind auch Menschen“<sup>(1)</sup>. Seitdem steht auch jedem Flüchtling ein Unterhalt zu, der dem ALG II-Satz nahe kommt. Hintergrund dieser Auseinandersetzung ist die Frage, ob, wann und in welchem Umfang Flüchtlinge von den Sozialleistungen des deutschen Staates profitieren sollen. Das gilt insbesondere für Leistungen aus dem Gesundheitssystem, also auch aus dem Suchthilfesystem.

Wer mit (sucht-)kranken Flüchtlingen arbeitet, hat also nicht nur fachliche Probleme zu lösen. Er / sie muss sich auch mit existentiellen Fragen des Flüchtlings auseinandersetzen, die dessen Recht auf Verbleib, Behandlung und Versorgung betreffen. Im vorliegenden Beitrag soll versucht werden, die zentralen Fragen in der Begegnung mit (sucht-)kranken Asylbewerbern zu problematisieren, um in einem zweiten Schritt zu prüfen, was Partnerschaftlichkeit hier aus einer diakonischen Perspektive bedeuten kann<sup>(2)</sup>. Flüchtlinge, die in Deutschland um Asyl nachsuchen, sind nachweislich durch psychische Erkrankungen stark belastet. Im Vordergrund stehen Traumafolgestörungen, die ihre Ursache in belastenden Erfahrungen im Heimatland und während der Flucht haben<sup>(3)</sup>. Knapp ein Drittel der Flüchtlinge leiden unter Ängsten, Depressionen und somatoformen Störungen, also seelischen Störungen, die sich körperlich ausdrücken. Die Häufigkeit von Suchterkrankungen ist nicht untersucht.

#### Flüchtlinge sind häufig psychisch krank

Flüchtlinge sind sehr häufig psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftig. Die Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge hat dabei mit besonderen Problemen zu kämpfen. So finanzieren die Kommunen auf dem Hintergrund des Asylbewerberleistungsgesetzes medizinische Behandlung insbesondere innerhalb der ersten beiden Jahre des Aufenthaltes außerhalb von Notfallbehandlungen nur eingeschränkt und auf Antrag. Die Bereitschaft, Flüchtlingen bei chronischen psychischen Störungen psychiatrisch / psychotherapeutische Hilfe zu gewähren, ist regional sehr unterschiedlich. Selbst bei vorhandener Kostenzusage fällt es oft schwer, vor Ort die notwendigen Behandlungen verfügbar zu machen. Alle sprachgebundenen Behandlungen, also insbesondere Psychotherapie, sind auf sprachkundige Therapeuten oder auf Dolmetschergestützte Behandlung angewiesen. In vielen Regionen ist das nur sehr schwer umsetzbar, zumal gerade die Behandlung von Traumafolgestörungen nicht von jedem Psychotherapeuten geleistet werden kann. Rehabilitationsleistungen und Maßnahmen der Eingliederungshilfe stehen den Flüchtlingen meist nicht zur

Verfügung, weil das zu einer Verfestigung des Aufenthaltes der Flüchtlinge führen würde, die von den Behörden nicht gewünscht wird. Deshalb müssen die Flüchtlinge auch für die Dauer des oft jahrelangen Asylverfahrens in Asylunterkünften leben, wo sich meist mehrere Personen ein Zimmer teilen. Die Verpflegung läuft in manchen Heimen über Lebensmittelgutscheine. Deutschkurse werden den Flüchtlingen bewusst nicht verfügbar gemacht. Die Residenzpflicht hindert sie daran, sich außerhalb des jeweiligen Bundeslandes frei bewegen zu können, der Ort der Wohnsitznahme wird ihnen vorgeschrieben.

#### Die Frage des Bleiberechts dominiert alles

Aus dem Asylbewerberheim heraus, ohne Kenntnis der deutschen Sprache, ist ein Zugang zum psychosozialen und medizinischen Hilfesystem sehr erschwert. Wenn Flüchtlinge länger bleiben, weil sich der Klärungsprozess hinzieht, erwerben sie oft bessere Ansprüche: Sie werden krankenversichert und sind damit der deutschen Bevölkerung in Hinblick auf die Gesundheitsversorgung nahezu gleichgestellt. Zudem erhalten sie dann oft eine Arbeitserlaubnis, die die finanziellen Spielräume vergrößern kann und die Integration fördert. Wer mit psychisch und suchtkranken Flüchtlingen zu tun hat, lernt schnell, dass eine Frage stets zentral bleibt, egal um welche Problematik es sich handelt: die Frage des Bleiberechts. Flüchtlinge haben unendliche Belastungen auf sich genommen, um nach Deutschland zu kommen. Die Einreise erfolgte in der Regel illegal. Wenn den Flüchtlingen nachgewiesen werden kann, dass sie die Schengen-Zone zuerst in einem anderen Staat erreicht haben, ist dieses Land für die Prüfung des Asylantrages zuständig. Nach dem Dublin II-Abkommen darf Deutschland diese Flüchtlinge in das Land abschieben, in dem sie zuerst waren, z.B. Italien oder Griechenland. Eine Prüfung des Asylantrages findet dann hier gar nicht erst statt.

Da die Situation in Griechenland und Italien für Flüchtlinge aktuell desolat ist, wird derzeit auf eine solche Verschiebung manchmal verzichtet. Wenn die Flüchtlinge direkt in Deutschland angekommen sind, werden sie einer Außenstelle des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zugewiesen, wo meist wenige Tage nach der Einreise ein Einzelentscheider die Erstanthörung durchführt. Letztlich werden etwa 15% der Anträge entweder nach Art. 16a GG oder gem. §60 Abs. 1 AufenthG anerkannt.

#### Welche Abschiebungshindernisse gibt es?

Wenn die Flüchtlinge gegen einen ablehnenden Bescheid Widerspruch einlegen, erhalten sie einen Duldungsstatus, bis das Verfahren vor dem BAMF bzw. dem Verwaltungsgericht abgeschlossen ist<sup>(4)</sup>. Für viele Flüchtlinge hat das laufende Verfahren keine aufschiebende Wirkung für die

Abschiebung und die Duldungen müssen oft in kurzen Zeiträumen verlängert werden. Viele Flüchtlinge leben deswegen in ständiger Sorge, dass das kommunale Ausländeramt über die Zentrale Ausländerbehörde (ZAB) die Ausreise erzwingt, wenn sie nicht freiwillig ausreisen. In dieser Situation rettet sie nur ein sogenanntes „Abschiebungshindernis“.



Wenn die betroffenen Personen als so krank eingeschätzt werden, dass sie nicht reisefähig sind, besteht ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis. Wenn im Zielstaat der Abschiebung Bedingungen herrschen, die die Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung nicht sicherstellen können, besteht ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis. Bei solchen Erkrankungen kann es sich z.B. um eine dialysepflichtige Nierenerkrankung oder um einen insulinpflichtigen Diabetes handeln – wenn er im Heimatland nicht behandelt werden kann. Hat eine psychische Erkrankung für den Flüchtling eine vergleichbare Bedeutung, kann auch sie als Abschiebungshindernis wirksam werden.

Die Beurteilung erfolgt durch neutrale Gutachter, häufig sind es Ärzte im Gesundheitsamt. Gutachten können als Parteigutachten von den Asylbewerbern eingereicht werden. Besser ist es, wenn die Behörden oder Gerichte einen neutralen Gutachter beauftragen, der nicht im Ruf steht, Gefälligkeitsgutachten für Behörden zu erstellen. In vielen Regionen, so in Berlin, im Rheinland und in Westfalen-Lippe, haben die Landesärztekammern und die Psychotherapeutenkammern Gutachterkurse für aufenthaltsrechtliche Fragen bei Asylbewerbern durchführen lassen, die es ermöglichen, über eine Gutachterliste bei den Kammern einen kompetenten Gutachter auszuwählen.

Viele Flüchtlinge, die zur Behandlung in Beratungsstellen oder in klinische Einrichtungen kommen, haben zeitlich befristete Duldungen und sind somit ausreisepflichtig. In diesen Fällen gibt es verschiedene Gründe, warum die Flüchtlinge nicht abgeschoben werden können. Alle Störungen, deren Ursprung und Verlauf mit der Flucht im Zusammenhang stehen, können nur sinnvoll angegangen werden, wenn die Frage des Bleiberechtes berücksichtigt wird. Wer also im Hilfesystem mit erkrankten Flüchtlingen zu tun hat, sollte sich immer als erstes mit dem aktuellen Aufenthaltsstatus befassen und wissen, in welcher Weise die bestehende Störung und ihre Behandlung mit dem Aufenthaltsstatus verknüpft ist. Besonders evident ist das bei

den schon erwähnten Traumafolgestörungen. Da Flüchtlinge und ihre Behandler und Unterstützer gegenüber den Behörden sehr oft damit argumentieren, dass die Flüchtlinge wegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht abgeschoben werden dürften, reagieren Behörden und Gerichte oft misstrauisch und nehmen an, dass es sich um Gefälligkeitsgutachten und -stellungennahmen von „Gutmenschen“ handelt, die Flüchtlingen alles glauben, was sie erzählen. Hier stehen also die Glaubwürdigkeit der Flüchtlinge und die Glaubhaftigkeit ihrer Aussagen sowie die Professionalität der Gutachter auf dem Prüfstand. Wenn es gelingt, bei einem abgelehnten Asylbewerber eine PTBS plausibel zu machen, stärkt das oft auch die Glaubhaftigkeit des Asylgrundes.

Suchterkrankungen als solche können meist nicht ein solches Gewicht bekommen, dass sie als Abschiebungshindernis wirksam werden. Trotzdem ist es auch bei der Begegnung mit suchtkranken Flüchtlingen wichtig, Grundprinzipien im Umgang mit Flüchtlingen stets im Kopf zu haben.

### Wo begegnen uns Flüchtlinge mit Suchtproblemen?

Eine Untersuchung des LWL Westfalen Lippe in Kooperation mit der DROBS in Detmold hat 2002 dazu wichtige Hinweise gegeben <sup>(6)</sup>. Dort wurden die folgenden Personengruppen unterschieden:

#### 1. Alleinstehende Männer mit Drogenproblemen

Alleinstehende Männer mit Drogenproblemen kommen oft aus den Kaukasusrepubliken. Sie haben ihre Drogenabhängigkeit meist schon im Heimatland erworben <sup>(6)</sup>. Sie sind meist zwischen 18 und 30 Jahren alt. Da sie in Deutschland keine regulären Verdienstmöglichkeiten haben, werden sie hier oft früh mit Beschaffungskriminalität auffällig. Ihr Alltag in Deutschland ist von Langeweile und Perspektivlosigkeit geprägt. Daraus resultieren häufig Depressivität und Aggressivität.

#### 2. Verheiratete Männer mit Alkoholproblemen

Viele Männer, insbesondere aus Osteuropa, sind es aus der Heimat gewohnt, sehr viel Alkohol zu trinken. Dort wie hier stiftet es Gemeinschaft und gehört zu einer festlichen Stimmung dazu. Vor dem Hintergrund von Langeweile und Entwurzelung dient Alkohol aber auch dazu, Probleme zu vergessen und der eigenen Frustration freien Lauf zu lassen. Depressivität, Aggressivität und Kriminalität sind die Folgen. Sie belasten nicht nur das Leben der Betroffenen, sondern vor allem das ihrer Familien.

#### 3. Frauen und Männer als Kettenraucher

In der genannten Untersuchung des LWL gab es Hinweise darauf, dass Rauchen nicht nur bei Männern, sondern auch bei Frauen ein sehr großes Problem darstellt, das die Gesundheit und die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen stark belastet. In den Heimatländern durften viele der Frauen nicht rauchen. In Deutschland führen fehlende Integration, innere Anspannung und fehlende Tagesstruktur dazu, dass die Betroffenen sofort sehr nervös erscheinen, wenn sie mal einen Moment nicht rauchen können.

## Wer helfen will, muss die Betroffenen verstehen

Wer sich auf die Suche nach Handlungsmöglichkeiten bei der Bewältigung der beschriebenen Suchtprobleme begibt, mag schnell an der Größe der Aufgabe verzweifeln. Angesichts der Komplexität der Probleme auf dem Hintergrund der Flüchtlingssituation ist es bedeutsam, sich auf eine „Strategie der kleinen Schritte“ zu verständigen. Zudem wird schnell deutlich, dass „Prävention durch Integration“ das Hauptanliegen aller beteiligten Helfer sein muss. Damit begibt man sich allerdings in Widerspruch zur Strategie der Politik, die Integration ausdrücklich erst nach Anerkennung des Aufenthaltsstatus vorsieht (siehe SEARCH II, S.93).

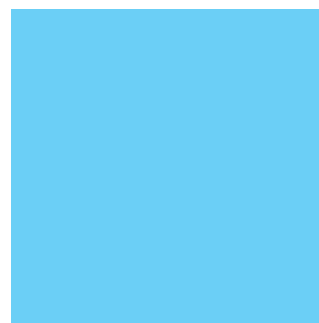
Wer es mit (sucht-)kranken Flüchtlingen zu tun bekommt, sollte grundsätzlich die folgenden Dinge beherzigen: Wer helfen will, muss die Situation der Betroffenen verstehen wollen. Dazu gehört die zeitnahe Bereitstellung eines Dolmetschers, der die Kommunikation auch als Kulturvermittler unterstützt. Möglichst im ersten Gespräch müssen alle relevanten Informationen gesammelt werden, zur aktuellen Problemlage, zum Aufenthaltsstatus, zum Fluchtanlass und zumindest orientierend zur Frage einer möglichen Traumatisierung. Aus den Erfahrungen im Heimatland heraus misstrauen Flüchtlinge meist Behörden und Psychiatrie. Man kann daher kaum erwarten, dass sie fremden Personen die Wahrheit über persönliche Angelegenheiten erzählen. Es hat sich aber als hilfreich erwiesen, den Flüchtlingen begleitend als Kulturvermittler für Deutschland zur Verfügung zu stehen, ihnen die Bedeutung von Recht und Gesetz, von Behörden und vom Umgang mit Wahrheit und Lüge deutlich zu machen.

Durch diese Form von Transparenz gelingt es oft doch, einen verlässlichen Rahmen herzustellen, der zumindest für die bestehende Gesprächssituation ein Gefühl von Sicherheit herstellen kann. Schließlich ist der Flüchtlingsstatus oft gerade zu Beginn durch wiederholte Ortswechsel und wechselnde Zuständigkeiten geprägt. Es kann vermutlich kaum überschätzt werden, wie hilfreich es für Flüchtlinge ist, wenn ortsansässige Helfer aus Deutschland sich zu verantwortlichen Ansprechpartnern für einzelne Flüchtlinge machen. Aus dem Hilfesystem heraus muss dann der Kontakt zu den zuständigen Behörden gesucht und moderiert werden, wobei einfache Freund-Feindbilder nicht hilfreich sind. Die Vermittlung eines erfahrenen Anwaltes im Asylrecht gelingt meist am besten über die regionale Flüchtlingshilfe. Schließlich schadet es auch im Kontakt zu den Behörden nicht, sich vor Augen zu halten, dass nicht alle Flüchtlinge sich allein über ihre Bedürftigkeit als Opfer traumatischer Erfahrungen bestimmen lassen. Gerade unter den alleinstehenden, drogenabhängigen Männern gibt es viele mit erheblicher krimineller Energie. Hier bietet es sich an, diese sehr früh in ein sehr strukturiertes Substitutionsprogramm aufzunehmen, um die Beschaffungskriminalität zu reduzieren. Eine gute Zusammenarbeit mit den Behörden, ggf. auch mit der Polizei, schafft Rahmenbedingungen, die vor Ärger schützen und auch den Betroffenen helfen.

Als **Resümee** lässt sich festhalten, dass (sucht-)kranke Flüchtlinge Helfer benötigen, die bereit sind, Verantwortung für sie zu übernehmen <sup>(7)</sup>. Dabei ist es gut und hilfreich, dass das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat, dass auch Asylbewerber von dem im Grundgesetz verbrieften Recht der Menschenwürde nicht ausgeschlossen sind, und zwar nicht nur aus finanzieller Sicht. Das Verständnis für die seelischen Störungen und Bedürfnisse von Flüchtlingen muss sicher noch weiter entwickelt werden. Das gilt auch für Suchterkrankungen. Schließlich sind vereinfachte Feindbilder in der Arbeit mit Flüchtlingen und den zuständigen Gerichten und Behörden genauso untauglich wie ein blauäugiges Gutmenschentum.

### Quellen

- (1) Taz, die Tageszeitung: „Karlsruhe stellt fest: Asylbewerber sind auch Menschen“. Ausgabe West Nr. 9856, Do., 19.7.2012, S. 1. Siehe auch: [www.taz.de/197548/](http://www.taz.de/197548/)
- (2) Tobias Schmitt: Kann das Asylverfahren Asylbewerbern mit Erkrankungen des Traumaspektrums gerecht werden? Eine Analyse des Ist-Zustands in Deutschland aus psychologischer Sicht. Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades eines Diplom-Psychologen, Konstanz, 2005. [http://kops.ub.uni-konstanz.de/bitstream/handleurn:nbn:de:bsz:352-opus-17836/Schmitt\\_Dipl.pdf?sequence=1](http://kops.ub.uni-konstanz.de/bitstream/handleurn:nbn:de:bsz:352-opus-17836/Schmitt_Dipl.pdf?sequence=1) (18.8.2013)
- (3) Gäbel U, Ruf M, Schauer M, Odenwald M, Neuner F. Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2005;53(1):12-20.
- (4) [www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/broschuere-das-deutsche-asylverfahren.html?nn=1363224](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/broschuere-das-deutsche-asylverfahren.html?nn=1363224)
- (5) [www.lwl.org/ks-download/downloads/searchII/search\\_II\\_d.pdf](http://www.lwl.org/ks-download/downloads/searchII/search_II_d.pdf)
- (6) Brombacher, Tanja: Substanzgebrauch unter georgischen Asylsuchenden in der Schweiz, in: Abhängigkeiten: Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung 17 (2011) 1, 94-103. [www.ch.iom.int/publikationen.html](http://www.ch.iom.int/publikationen.html)
- (7) Wiesemann, C., Wiesing, U.: Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur „Versorgung von nicht regulär kranken-versicherten Patienten mit Migrationshintergrund“ in: Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 18 | 3. Mai 2013, S. A 899 bis 903. [www.aerzteblatt.de/download/files/2013/04/down49039045.pdf](http://www.aerzteblatt.de/download/files/2013/04/down49039045.pdf)



**Dr. med. Martin Reker**

Leiter Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen  
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld  
Tel. 0521 772 78651  
[martin.reker@evkb.de](mailto:martin.reker@evkb.de)

## Projekte des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover

### Kultursensible Suchtprävention mit Migranten als Mediatoren

In Deutschland leben heute über 15 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund. Eine angemessene Versorgung von Migranten in der Suchthilfe hängt davon ab, inwieweit die Migranten erfolgreich in die Regelangebote der Suchthilfe integriert werden können. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht ist aber für viele Zuwanderer hochgradig angstbesetzt, unter anderem, weil Tabuthemen angesprochen werden, kulturelle bzw. migrationsbedingte Einstellungen hinterfragt oder juristische Konsequenzen befürchtet werden. Hieraus resultieren besondere Herausforderungen für die kultursensible Prävention und Aufklärungsarbeit mit Migranten.

Deswegen hat das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. 1996 das Projekt „Interkulturelle Suchthilfe in Hannover“ (ISH-Projekt) entwickelt. Es war das erste Projekt zur Suchtprävention für Migranten in Deutschland und ist seitdem mehrfach als Best-Practice-Modell ausgezeichnet worden. Ziel des Projektes ist es, Migranten primärpräventiv über die Gefahren von Sucht und Drogen sowie über das Suchthilfesystem in Deutschland zu informie-

ren. Hierzu werden nach dem MiMi-Ansatz mehrsprachige, gut integrierte und sozial engagierte Migranten und Migrantinnen zu Suchtpräventionsmediatoren ausgebildet. In einem 50-stündigen Curriculum werden Themen wie Grundlagen, Theorien, Verlauf und Ursachen der Drogenabhängigkeit, medizinische Aspekte, Stoffkunde, Suchthilfesystem in Deutschland, rechtliche und ausländerrechtliche Aspekte durch Fachreferenten vermittelt. Nach der Schulung organisieren die Suchtmediatoren eigenständig mehrsprachige Informationsveranstaltungen für ihre Community. Nach diesem Konzept wurden seit 1996 über 276 Suchtmediatoren (aus über 60 verschiedenen Nationen und Ethnien) geschult und über 323 Informationsveranstaltungen in mehr als 30 Sprachen durchgeführt.

Im Rahmen des ISH Projekt wurde ein Handbuch zur interkulturellen Suchtprävention, Leitlinien für Fachkräfte und Institutionen, mehrsprachige Unterrichtsmaterialien und ein Curriculum entwickelt. Diese Materialien können auf verschiedene kulturelle Gruppen und Minderheiten übertragen werden.

### Neue Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten in der Region Hannover

Im Jahr 2007 wurde das Ethno-Medizinische Zentrum (EMZ) von der Region Hannover beauftragt, die sozialpsychiatrische Versorgung der Migranten (22,7% der Bevölkerung) zu untersuchen. An der Studie nahmen 89 von über 200 Einrichtungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes in der Region Hannover teil. Die Teilnehmer der Studie gaben eine Gesamtzahl von 36.107 Patienten an, 16% von ihnen hatten einen Migrationshintergrund. In den stationären Einrichtungen waren 17% der Patienten Migranten. In den ambulanten Einrichtungen waren es rund 11%. Während 46% der befragten Einrichtungen berichteten, Angebote für Migranten anzubieten, gaben nur 12% an, spezifische Konzepte, wie z.B. Therapien in der Muttersprache oder mit Dolmetschern einzusetzen.

Im Jahr 2012 wurde das EMZ von der Region Hannover mit einer Fortsetzungsstudie beauftragt. Ziel dieser Studie war es, neben der aktuellen Situation die Veränderungen seit 2007 aufzuzeigen und die Perspektive der Nutzer der Versorgung stärker einzubeziehen. Auf Grundlage dieser Ziele wurde das Studiendesign weiterentwickelt. Die aktuelle Studie setzt sich aus einem quantitativen und einem qualitativen Teil zusammen.

Im quantitativen Teil wurde auf Grundlage des Fragebogens aus der Vorgängerstudie ein strukturierter Fragebogen erstellt. Mit diesem wird die aktuelle Angebotsstruktur und Ausrichtung des Sozialpsychiatrischen Verbundes in Bezug auf das Thema Migration erhoben sowie ein Vergleich mit der Situation im Jahr 2007 ermöglicht. Die Fragen beziehen sich auf die Mitarbeiter- und Nutzerstruktur, auf Konzepte und Projekte zum Thema Migration, auf die Vernetzung mit

anderen Institutionen und Fachleuten, auf Verbesserungsbedarf, Effekte der Vorgängerstudie und Einschätzung der Versorgungslage von Migranten. Der Fragebogen wurde an alle 232 Einrichtungen verschickt, die im Jahr 2012 Mitglied im Sozialpsychiatrischen Verbund waren. 129 Einrichtungen (56%) nahmen teil.

Mit dem qualitativen Teil der Studie soll eine Erweiterung der Perspektive auf andere Akteure des Forschungsfeldes erfolgen. Hierzu wurden Leitfadeninterviews mit Experten der Versorgerseite, mit Vertretern von Migrantenselbstorganisationen (MSO) sowie Nutzern des Versorgungssystems, also Patienten und Angehörigen, geführt.

Die Ergebnisse der Studie werden voraussichtlich im Oktober 2013 von der Region Hannover in der Sozialpsychiatrischen Schriftenreihe veröffentlicht.



**Ahmet Kimil**

Dipl.-Psychologe, stellvertretender Geschäftsführer  
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.  
Tel. 0511 168 41019  
ethno@onlinehome.de

## Migration und Glücksspielsucht

### Wenn der „Spielteufel“ junge Männer befällt

Von Frank Gauls

Laut Page Studie gibt es in Deutschland 193.028 Glücksspielsüchtige und weitere 172.015 problematische Glücksspieler/-innen<sup>(1)</sup>. Menschen mit Migrationshintergrund haben der Studie zufolge etwa ein dreifach höheres Risiko, eine Glücksspielsucht zu entwickeln. Dieses erhöht sich noch durch die Faktoren niedriges Alter und schlechter Ausbildungs- bzw. Erwerbsstatus<sup>(2)</sup>.

Die Fachstelle Glücksspielsucht ist eine auf Glücksspielsucht ausgerichtete Facheinrichtung, die ein auf das Störungsbild bezogenes Beratungs- und Behandlungsangebot für Glücksspieler und deren Angehörige vorhält. In 2012 nahmen 262 Menschen das Angebot wahr, 242 davon hatten mindestens zwei Kontakte<sup>(3)</sup>. Der Migrationsanteil betrug rund 30% und lag damit auf gleichem Niveau wie die Jahre zuvor. Menschen mit Migrationshintergrund sind überwiegend Muslime und stammen schwerpunktmäßig aus der Türkei (49%). Viele der Migranten (35%) haben inzwischen die deutsche Staatsangehörigkeit.

#### Vergleich ausgewählter soziografischer Daten

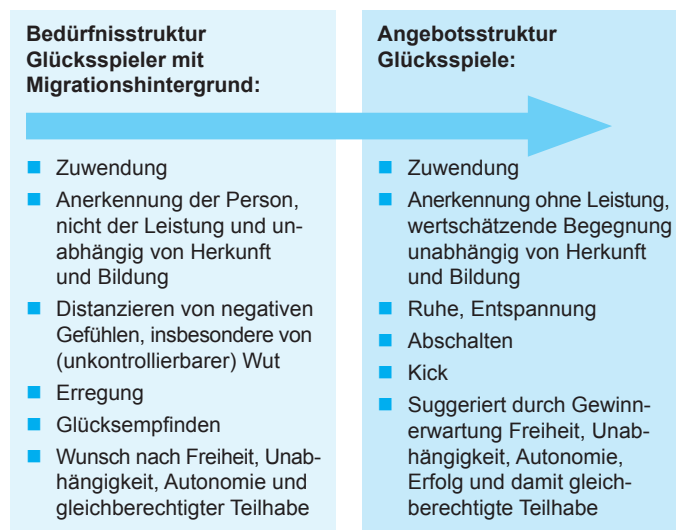
Während zu stoffgebundenen Süchten einige Zahlen und Fakten vorliegen<sup>(4)</sup>, gibt es zu glücksspielsüchtigen Menschen mit Migrationshintergrund kaum Veröffentlichungen. Ich beziehe mich deshalb auf ausgewählte Daten der von uns in 2012 beratenen Klienten, die zu einem ganz überwiegenden Anteil Männer waren.

Glücksspieler mit Migrationshintergrund spielten zu 95% an Geldspielautomaten und nahmen zu 21% an Sportwetten teil<sup>(5)</sup>. Besonders auffallend war der hohe Anteil von unter 20-jährigen Migranten (6%), unter 30 Jahren waren 44 Prozent der Glücksspieler. Sie lebten deutlich häufiger als Glücksspieler ohne Migrationshintergrund von ALG II (26% zu 17%) und hatten seltener eine Ausbildung (30% zu 14%). Sie waren seltener ledig (35% zu 67%), öfter verheiratet (40% zu 17%) und dementsprechend auch deutlich seltener alleinlebend (21% zu 40%). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Glücksspieler mit Migrationshintergrund eher bei den Eltern, wohnen öfter verheiratet sind, über schlechtere Berufsausbildung verfügen und dementsprechend häufiger ALG II-Bezieher sind.

Die ausgewählten Daten standen in 2012 damit in Übereinstimmung mit der eingangs erwähnten Page Studie. Den ökonomisch schlechter gestellten Migranten steht ein leicht verfügbarer Glücksspielmarkt gegenüber. Dieser verspricht das schnelle Glück, unabhängig von Alter, Bildung und Herkunft. Die ehemals miefigen Spielhallen sind zu selbst ernannten „Spielcasinos“<sup>(6)</sup> mutiert und versuchen nun auf höherem Niveau ihre Gäste zu erreichen. Sportwetten hingegen werden häufig in Sportwettbüros angeboten, die einem Teestubencharakter nicht unähnlich sind. Wetten suggerieren in besonderem Maße, durch Wissen und Kompetenz Einfluss auf das Ergebnis zu haben. Hiervon werden besonders sportbegeisterte Jugendliche angesprochen.

#### Psychodynamik beim Glücksspiel

Der in Aussicht gestellte und oft ja auch real erzielte Gewinn erhöht nicht nur das Gefühl der Liquidität, sondern befriedigt auch das Bedürfnis nach sozialer Geltung und Prestige. Geld besitzt positive Eigenschaften, wie z. B. Sicherheit, soziale Anerkennung, Freiheit und Macht.<sup>(7)</sup> Sowohl Gewinne als auch die Gewinnerwartung vermitteln das Gefühl von Kompetenz und Erfolg. Das subjektiv erlebte Kompetenzgefühl (insbesondere bei Wetten und Poker) steigert das Selbstwerterleben. Das Glücksspiel und die damit verbundene Atmosphäre vermitteln ein Gefühl des Erwünschtseins und stellen gleichzeitig eine Rückzugsmöglichkeit aus dem als belastend erlebten Alltag dar. Negative Gefühle wie Wut, Ärger, Enttäuschung oder Überforderung können durchs Glücksspiel kompensiert werden (siehe folgende Abbildung).



#### Besonderheiten in der Beratung und Behandlung

Bei den ratsuchenden Migranten handelte es sich überwiegend um türkisch-stämmige, männliche Migranten der zweiten und dritten Generation. Viele von ihnen wurden in Deutschland geboren und beherrschen die deutsche Sprache. Bei nicht ausreichenden Sprachkenntnissen versuchen wir diese Klienten in entsprechende stationäre Einrichtungen oder zu niedergelassenen türkisch-sprachigen Psychotherapeuten zu vermitteln – was jedoch schwierig ist, weil es nicht viele gibt.

Hilfe in Anspruch zu nehmen bzw. nehmen zu müssen, ist für diese Klienten sehr schwer. Das in der Suchtbehandlung gewohnheitsmäßige Hinterfragen und Herstellen von Zusammenhängen sowie die auch in Gruppentherapie stattfindende Behandlung<sup>(8)</sup> werten viele Menschen mit Migrationshintergrund als Angriff auf die „Privatsphäre“ und die Ehre. Die Angst ist groß, nach außen „das Gesicht zu verlieren“. Dies gilt insbesondere für gläubige Muslime<sup>(9)</sup>, auch für Migranten, die in Deutschland aufgewachsen sind, aber dennoch kulturell sehr verwurzelt sind.



Besondere Schwierigkeiten können auch auftreten, wenn die Beratung durch eine Frau erfolgt, da das kulturell geprägte Frauenbild keine Beratung durch eine Frau zulässt. Um Abbrüchen vorzubeugen, erfolgt die Beratung von Muslimen in unserer Einrichtung, wenn möglich, durch männliche Berater / Therapeuten.

Eine zentrale Voraussetzung für die Annahme unseres Beratungs- und Behandlungsangebotes ist deshalb die Würdigung des spezifischen kulturellen und religiösen Hintergrundes unserer Klienten, mit ihren Ressourcen, aber auch mit den daraus resultierenden Ängsten (z. B. „die Therapie wird mich von meiner Religion entfernen“). Bei respektvoller und wertschätzender Begegnung gelingt eine Integration in unser Hilfsangebot gut.

### Impliziertes Krankheits- und Behandlungsverständnis

Aufgrund des religiösen Verbotes von Alkohol, Drogen und Glücksspiel im Islam, stellt ein Eingeständnis der Glücksspielsucht innerhalb der Familie und des Umfeldes eine besondere Schwierigkeit dar. Erschwerend kommt für die Beratung und Behandlung hinzu, dass betroffene Männer sich aufgrund ihrer traditionellen Machtstellung einer finanziellen Kontrolle eher entziehen<sup>(10)</sup> und Konzepte der Geldverwaltung und des Geldmanagements dann nicht angewendet werden können.

Wenn Migranten sich für eine Behandlung entscheiden, bleibt eine letzte Hürde für den Therapeuten zu überwinden: das implizierte Krankheits- und Behandlungsver-

ständnis. Eine psychische Erkrankung wird (wie auch bei vielen Deutschen) nicht als schwerwiegende Krankheit, sondern als Willensschwäche verstanden. Oder es besteht die Vorstellung, von einem Dschinn (z. B. dem Spielteufel) besessen zu sein. Dschinnen wird die Fähigkeit zugeschrieben, von der Person Besitz zu ergreifen, „sie zum Schlechten zu verführen und sie von Gott zu entfernen“<sup>(11)</sup>. Vom Berater und Therapeuten wird erwartet, die Symptome zu behandeln, in der Art und Weise, wie Schmerzen durch das Verordnen von Schmerzmitteln behandelt werden. Der Therapeut hat die Rolle des Wissenden, der sagt, was zu tun (oder zu lassen) ist. Auch hier bedarf es einer wertschätzenden und gleichzeitig behutsam konfrontierenden Auseinandersetzung mit dem Krankheits- und Behandlungsverständnis unserer Klienten.

### Zusammenfassung

Glücksspiele bedienen die soziökonomisch und kulturell geprägte Bedürfnisstruktur von Menschen mit Migrationshintergrund. Eine Risikogruppe sind junge Menschen, mit schlechter Ausbildung und / oder bestehender Arbeitslosigkeit. Von den ratsuchenden Migranten stellen die türkisch-stämmigen die weitaus größte Gruppe dar. Diese sind häufig in Deutschland geboren, viele haben die deutsche Staatsangehörigkeit und beherrschen die deutsche Sprache. Wenn erst einmal die Bereitschaft besteht, Hilfe anzunehmen und kulturell und religiös bedingte Barrieren berücksichtigt werden, kann eine Integration ins bestehende Beratungs- und Behandlungsangebot gut gelingen.

#### Quellen

- (1) 12-Monatsprävalenz
- (2) Vgl. Page, 2011
- (3) Jahresbericht der Fachstelle Glücksspielsucht, 2012
- (4) S.a. Kimil und Salam in: Hegemann, Th. Und Slama, R. (2010)
- (5) Mehrfachnennungen möglich
- (6) Nicht zu verwechseln mit den staatlich lizenzierten Spielbanken, von denen es in NRW fünf gibt.
- (7) Vgl. Petry, 1996
- (8) Vgl. VDR: Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel.
- (9) Vgl. Laabdallaoui und Rüschoff, S. 23ff
- (10) Siehe auch, ebd, S. 61
- (11) ebd. S. 119

#### Literatur

- Dilling, H., Mombour W., Schmidt M.H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation, Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto, 2. korr. Aufl. 1993
- Fachstelle Glücksspielsucht, Hellweg-Zentrum für Beratung und Therapie, Bielefeld: Jahresbericht 2012, Bielefeld
- Gauls, F. (2011): Der personenzentrierte Ansatz in der Behandlung des pathologischen Glücksspielens. In: Bense & Fiedler (Hrsg.): Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. GWG Verlag, Köln
- John, Meyer, Rumpf et.al (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Greifswald und Lübeck.
- Hegemann, Th. Und Slama, R. (Hrsg; 2010): Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Psychiatrie Verlag, Bonn
- Laabdallaoui, M und Rüschoff, I.(2010): Umgang mit muslimischen Patienten. Psychiatrie Verlag, Bonn
- Petry, J.: Psychotherapie der Glücksspielsucht, Beltz Verlag, München 1996
- Petry, J. (2003). Glücksspielsucht. Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (Hrsg.): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV), Hogrefe Verlag, Göttingen 1996
- VDR: Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspielen 2001



**Frank Gauls**

Leiter Fachstelle Glücksspielsucht  
Hellweg Zentrum für Beratung und Therapie, Bielefeld  
Tel. 0521 801 2714  
frank.gauls@johanneswerk.de

## Bundeskongress der Freundeskreise: „Was tat er gut!“

Knapp 750 Teilnehmende aus dem gesamten Bundesgebiet waren am zweiten Maiwochenende in die Hesselhalle nach Alsfeld zum 9. Bundeskongress der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe gekommen. Ein ganzes Wochenende war für Begegnung, fachliche Inputs, Musik und Tanz reserviert. Der Vorsitzende Andreas Bosch eröffnete am 10. Mai den nur alle fünf Jahre stattfindenden Kongress und bedankte sich herzlich beim Landesverband Hessen und beim Freundeskreis Vogelsberg für die Hilfe zur Vorbereitung der Großveranstaltung. Die Moderation am ersten Abend hatte Jacqueline Engelke, vitamin be-Kommunikation, übernommen.

Den Einstieg in die für viele Teilnehmenden neue Methode „World Café“ bildete am Samstag das Gespräch über „Freundeskreise in einer sich veränderten Zeit“. Auf der Bühne kamen zu Wort: Hildegard Arnold (LV Württemberg), Simone Theis (stellv. Vorsitzende), Erich Ernstberger (LV Bayern) und Wolfgang Gestmann (LV Schleswig-Holstein). Sie entwickelten Zukunftsvisionen, aber machten auch deutlich, worauf sie nicht verzichten wollen: die Beziehung, Vielfalt und Offenheit der Freundeskreise und die systemische Sichtweise.

Ein Höhepunkt war der Auftritt der „Großen Freiheit“, einer Jugend-Theatergruppe vom Freundeskreis Gescher (LV Nordrhein-Westfalen). Die Gruppe befasste sich dem Thema „Kinder in Suchtfamilien“ und sprach damit alle in der Halle auf der emotionalen Ebene an. Anschließend rockte die Band „Stolle & Company“ die Teilnehmenden. Mit einer ökumenischen Andacht klang der Kongress am Sonntag aus.

*Ute Krasnitzky-Rohrbach*

## Lukas Suchthilfezentrum Hamburg-West feiert 10 Jahre „connect“

Ende August feierte das Lukas Suchthilfezentrum Hamburg-West das zehnjährige Jubiläum des Netzwerks connect, das sich um Kinder aus suchtbelasteten Familien kümmert. Eingeladen waren dazu alle KooperationspartnerInnen, Fachbehörden und Förderer in den ortsansässigen Zirkus „Abrax KadraBrax“.

Das Netzwerk wurde 2003 von der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen, der Beratungsstelle Kompass und Behörden als Modellprojekt ins Leben gerufen, um medizinische Versorgung, Jugend- und Suchthilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien miteinander zu verbinden. Nach einer dreijährigen Modellphase übernahm das Lukas Suchthilfezentrum Hamburg-West die Trägerschaft von connect. Im Laufe der Zeit entstanden in fünf weiteren Hamburger Bezirken connect-Verbünde. Das Modell wurde auch in andere Bundesländer „exportiert“ und erhielt verschiedene Auszeichnungen. Heute gehören 35 KooperationspartnerInnen dazu, auch Schulen, Kitas und Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

[www.lukas-suchthilfezentrum.de](http://www.lukas-suchthilfezentrum.de)

*Barbara Grünberg*

## Suchtberatung des DW Oderland-Spree bietet Interventionskonzept ESCapade an

Die Sucht- und Drogenberatungsstelle des Diakonischen Werkes Oderland-Spree e.V. hat das Interventionskonzept ESCapade in ihr Behandlungsprogramm aufgenommen. Das von der Drogenhilfe Köln entwickelte Konzept dient der Vorbeugung von exzessiven Verhaltensweisen am Computer. Das Präventionsprogramm richtet sich an Familien mit Kindern im Alter zwischen 13 und 18 Jahren. Mit persönlichen Beratungen und im Rahmen eines Seminartages werden Familien unterstützt, die konfliktreiche Atmosphäre zu entspannen und die Situation für alle Familienmitglieder zu verbessern. Die Wirksamkeit dieses als Bundesmodellprojekt initiierten Programms wurde durch eine wissenschaftliche Untersuchung bestätigt. Als ESCapade-Standort bieten wir das Programm mit zertifiziertem Personal an. Für die Teilnahme können sich interessierte Familien direkt an uns wenden.

[www.diakonie-ols.de](http://www.diakonie-ols.de)

*Friederike Neugebauer*

## Blaues Kreuz in Deutschland startet Spenden- verdoppelungsaktion „helfenx2“

Am 1. August 2013 fiel der Startschuss für die Spendenverdoppelungsaktion „helfenx2“ des Blauen Kreuzes in Deutschland. Ein großzügiger Freund unterstützt das Projekt und verdoppelt bis Ende November 2013 eingehende Spenden bis zu einem Gesamtbetrag von 70.000 €. Durch die Aktion soll die Kinder- und Jugendprävention des BKD ausgebaut werden. Besonders freut sich das BKD, mit den deutschen Fußball-Nationalspielern Cacau und Lena Goeßling sowie dem Schauspieler Markus Majowski prominente Unterstützung gewonnen zu haben.

„Wer keine Perspektive sieht, flüchtet sich schnell in Suchtmittel. ‚helfenx2‘ unterstützt Menschen, die Kinder und Jugendliche auf einem Weg ohne Suchtmittel begleiten. Genau das ist wichtig – und deshalb finde ich diese Aktion toll“, so Cacau. Auch Lena Goeßling ist überzeugt vom Projekt des Blauen Kreuzes: „Ich unterstütze die Aktion, weil Jugendliche oft, ohne es zu wollen, in Abhängigkeiten und Süchte hineinrutschen. Deshalb brauchen wir Menschen, die sie stark machen und ihnen helfen, Nein zu sagen.“

Auf [www.helfenx2.de](http://www.helfenx2.de) und [www.facebook.com/helfenx2](https://www.facebook.com/helfenx2) ist der Kurzfilm zu sehen, der die Basis des Projekts bildet.



*Evelyn Fast*

## Suchthilfe der Zieglerchen fördert Studentin im Rahmen des Deutschlandstipendiums

Der demographische Wandel und der damit eng verbundene Fachkräftemangel sind in aller Munde. Auch in der Suchthilfe ist der Fachkräftemangel bereits spürbar. Um diesem entgegenzuwirken, unterstützt die Suchthilfe der Zieglerchen seit Ende 2012 für ein Jahr eine talentierte Studentin der Hochschule Ravensburg-Weingarten im Rahmen des Deutschlandstipendiums. Die Studentin wird je zur Hälfte vom Staat und von der Suchthilfe gefördert. Geschäftsführung und Klinikleitungen erhoffen sich von dieser Einzelmaßnahme im Rahmen eines Personalentwicklungskonzept der Suchthilfe, junge, motivierte und talentierte Menschen nach ihrem Studium für die Arbeit in der Suchthilfe zu gewinnen.

*Rebekka Barth*

## BKD-Familien-Ferienstätte Holzhausen feiert 50jähriges Bestehen mit 1000 Gästen

„Menschen erleben – Gott begegnen – Danke!“, das war das Motto des Wochenendes zur Feier des 50-jährigen Bestehens der Familien-Ferienstätte Holzhausen am 25. und 26. Mai 2013. Rund 1.200 Menschen fanden insgesamt den Weg ins Siegerland, um das Jubiläum der Familien-Ferienstätte Holzhausen zu feiern. Mit einem Tag der offenen Tür und der Gospelmesse „Come Into His Presence“, mit Festgottesdienst und Festversammlung wurde das Jubiläumswochenende ein voller Erfolg. Im 50. Jahr des Bestehens hält die Familien-Ferienstätte zusammen mit einer kleinen Gruppe vergleichbarer Einrichtungen die Auslastungsspitzenposition in Deutschland. Rund 5.000 Gäste pro Jahr können Hausleiter Harald Zwingelberg und sein Team begrüßen. Über die Hälfte von ihnen besuchen Seminare und Freizeiten des Blauen Kreuzes. Andere kommen beispielsweise über Angebote der christlichen Ehe- und Familienarbeit Team F oder der Deutschen Zeltmission ins Haus, auch aus dem Ausland sind regelmäßig Gruppen dabei. [www.christliches-tagungszentrum.de](http://www.christliches-tagungszentrum.de)

*Evelyn Fast*

## Gemeinsame Wege führen weiter – 1. Suchtselbsthilfetag der BWAG in Baden-Württemberg

Unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsident Winfried Kretschmann veranstaltete die Baden-Württembergische Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände (BWAG) am 20. April in Stuttgart den ersten landesweiten Suchtselbsthilfetag im „Ländle“. Unter dem Motto „Gemeinsame Wege führen weiter“ diskutierten rund 250 Teilnehmer Kriterien guter Kooperation und die Vernetzung von Suchtselbsthilfe und Fachdiensten. Sonja Lohmüller vom Referat Psychiatrie und Sucht im Sozialministerium bezeichnete den Zusammenschluss der Selbsthilfeverbände zur BWAG als „cleveren Schachzug“. Damit spreche die Suchtselbsthilfe nicht nur mit einer Stimme, sondern diskutiere auf Augenhöhe mit den Verhandlungspartnern und qualifiziere sich für die Betroffenenvertretung in den kommunalen Suchthilfenetzwerken der 43 Stadt- und Landkreise. [www.bwag-suchtselbsthilfe.de](http://www.bwag-suchtselbsthilfe.de)

*Pressemitteilung BWAG*

## Mitgliederversammlung der Freundeskreise in Baden-Württemberg: Aufruf zu mehr Verbindlichkeit

Rund 160 Mitglieder der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe im Landesverband Württemberg kamen am 13. April zu einer selbstkritischen, politischen und motivierenden Mitgliederversammlung in Laichingen zusammen. Die Vorsitzende Hildegard Arnold mahnte die Notwendigkeit des Zusammenhalts der Mitglieder an und erinnerte an die Werte „einer einst verschworenen Gesellschaft“, die wahre Begegnung ermöglichten. „Freundeskreisarbeit ist und wird in Zukunft Beziehungsarbeit sein.“ Die Vorsitzende habe jedoch den Eindruck, dass dies nicht das Lieblingsthema aller sei. Der Auftrag der Freundeskreise, von Sucht betroffenen Menschen und ihren Familien zu helfen, werde nicht mehr mit der gleichen Verbindlichkeit gelebt.



Mitgliederversammlung der Freundeskreise, Landesverband Württemberg

Geschäftsführer Rainer Breuninger verwies zum Jahresthema „erwerbsfähig-lebensfähig“ auf eine falsche Sichtweise der Kostenträger in der Suchtrehabilitation hin: Wirtschaftliche Maßstäbe würden über therapeutische Qualitätskriterien gestellt, doch damit werde den betroffenen Menschen nicht genüge getan. „Die Patienten sollen heute fit für den Arbeitsmarkt gemacht werden anstatt zu einer dauerhaften und stabilen Abstinenz zu finden. Ohne diese aber können sie langfristig gar nicht erwerbsfähig bleiben.“

*Pressemitteilung Freundeskreise*

## Isswat! initiiert Mittagessen-Patenschaftsprojekt

Das Bistro Isswat! in Essen hat ein Patenschaftsprojekt für Schüler/innen der Theodor-Goldschmidt Schule initiiert, die nur ganz unregelmäßig ein warmes Mittagessen bekommen. Bisher rund 20 Paten und Patinnen ermöglichen mit ihrer Spende, jeweils einem Kind pro Patenschaft einmal pro Woche ein warmes Mittagessen inkl. Dessert. Hinter dem Bistro steht das Sozialtherapeutische Zentrum „Haus Bruderhilfe“, das sich in der Stadtteilarbeit des Essener Ostens engagiert.

Das Bistro Isswat! bietet suchtkranken Menschen aus dem Sozialtherapeutischem Zentrum im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit eine sinnvolle Beschäftigungs- und Qualifizierungsmöglichkeit. Das Haus Bruderhilfe bildet derzeit zwei Hauswirtschafter aus, die sich maßgeblich für die Planung und Umsetzung des Patenschaftsprojektes verantwortlich fühlen.

*Roger Knohr*

## Tagungen / Kongresse

### 53. DHS-Fachkonferenz „Sucht und Arbeit“

**Datum:** 04. - 06.11.2013

**Ort:** Essen

**Veranstalter:** Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

■ **Infos / Anmeldung:** [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

### Diakonie-interner GVS-Fachtag „Ambulante Suchthilfe: Großgeschrieben – kleingespart“

**Datum:** 28.11.2013, (11:00 - 16:00 Uhr)

**Ort:** Berlin

**Veranstalter:** Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe,  
Fachverband der Diakonie Deutschland e.V.

■ **Infos / Anmeldung:** [www.sucht.org](http://www.sucht.org)

### 9. Berliner Suchtgespräch „Ambulante Suchthilfe – Entwicklungen, Herausforderungen, Zukunftsthemen“

**Datum:** 28.11.2013 (17:30 - 20:30 Uhr)

**Ort:** Berlin

**Veranstalter:** Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe,  
Fachverband der Diakonie Deutschland e.V.

■ **Infos / Anmeldung:** [www.sucht.org](http://www.sucht.org)

## Fortbildungen in Kooperation mit Bildung & Beratung Bethel

### Basiswissen Sucht

**Dozent/in:** Kathrin Finke, Dr. Michael Huppertz

**Termin:** 11.11. - 12.11.2013, Mo. 08:30 - Di. 16:30 Uhr

### Personenzentrierte Handlungskonzepte für Suchtpatienten/innen im Betreuten Wohnen

**Dozent:** Dr. Martin Reker

**Termin:** 26.11.2013, Di. 08:30 - 16:30 Uhr

### Sucht im Alter – Umgang mit Menschen mit einem amnestischen Psychosyndrom

**Dozentin:** Kathrin Finke

**Termin:** 06.11. - 07.11.2013, Mi. 08:30 - Do. 16:30 Uhr

### Personenzentrierte Handlungskonzepte für Suchtpatienten/innen im Betreuten Wohnen

**Dozent:** Dr. Martin Reker

**Termin:** 26.11.2013, Di. 08:30 - 16:30 Uhr

■ **Infos / Anmeldung:**

Bildung & Beratung Bethel  
Nazarethweg 7, 33617 Bielefeld  
Tel. 0521 144 6107, Fax 0521 144 6109  
[kathrin.finke@bethel.de](mailto:kathrin.finke@bethel.de)  
[www.bildung-beratung-bethel.de](http://www.bildung-beratung-bethel.de)

[www.eltern-sucht.de](http://www.eltern-sucht.de)   
Information und Vernetzung für Betroffene und Fachkräfte

Nutzen Sie die GVS-Themenwebsite für aktuelle Meldungen und Veranstaltungen zum Thema Elternschaft und Sucht.

Stellen Sie Ihre Angebote und Termine ein,  
bloggen Sie mit!

## Weiterbildungen zum/r Sozialtherapeuten/in Sucht

### Informationsveranstaltungen zur Weiterbildung im Jahr 2013:

18.12.2013 in Berlin (PA + VT)

### im Jahr 2014:

06.02.2014 in München (VT)

10.04.2014 in Stuttgart (PA)

30.10.2014 in Berlin (PA / VT)

jeweils 17:00 - 19:00 Uhr

### Termine 2013

#### Psychoanalytisch (PA) orientierte Kurse

##### Gruppe 1 / WEST

Start: ab 03.06.2013 in Mülheim

(Leitung: Dr. K. Bilitza)

Anmeldungen sind noch möglich.

##### Gruppe 26 / Berlin

Start: ab Dezember 2013 in Berlin

(Leitung: N. Radde)

### Termine 2014

#### Verhaltenstherapeutisch (VT) orientierte Kurse

##### Gruppe 64 / VT

Start: 28.01.2014 in München

(Leitung: M. Winter / B. Hoßner)

##### Gruppe 65 / VT

Start: ab Oktober 2014 in Eisenach

(Leitung: I. Hermes / H. Dillmann)

#### Psychoanalytisch (PA) orientierte Kurse

##### Gruppe 2 / WEST,

Start: ab November 2014 in Göttingen

(Leitung: A. Dally)

##### Gruppe 27 / Berlin

Start: ab Herbst 2014 in Berlin

(Leitung: A. Dieckmann)

##### Gruppe 51 / SÜD

Start: ab April 2014 in Stuttgart

(Leitung: D. Salvini)

## Postgraduiertenseminare der psychoanalytisch-interaktionellen Methode

Am 15./16.05.2014 findet das erste Postgraduiertenseminar in der Fachklinik Ringgenhof der Zieglerschen Suchthilfe gGmbH für Absolventen der Weiterbildung statt. Nähere Informationen erhalten Sie demnächst auf unserer Website [www.sozialtherapeut.sucht.org](http://www.sozialtherapeut.sucht.org)

■ **Infos / Anmeldung:**

GVS Fort- und Weiterbildung

Invalidenstraße 29, 10115 Berlin

Tel. 030 83001 503, Fax 030 83001 505

[thorith@sucht.org](mailto:thorith@sucht.org)

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung!