

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit, Muttenz

Migration, Sucht und interkulturelle Kompetenz

Zugangsbarrieren von Menschen mit Migrationshintergrund zum
Suchthilfesystem und die Bedeutung der interkulturellen
Suchtberatung

Bachelor Thesis

Zeynep Saricerci
Matrikelnummer: 15-635-345

Eingereicht bei **Lic. Phil. | Roger Kirchhofer**
im Januar 2019
zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Das Ziel dieser Bachelor Thesis bestand darin, mittels Literaturanalyse herauszufinden, inwiefern es für Menschen mit Migrationshintergrund Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem gibt und welche Rolle die interkulturelle Kompetenz in der Suchtberatung dabei spielt.

Nach der Definition zentraler Begriffe und deren Bedeutung im sozialarbeiterischen Kontext wurden gleichzeitig auch politische, suchttheoretische und migrationsspezifische Grundlagen dargelegt. Der Zusammenhang zwischen Migration und Sucht wurde erläutert. Die Analyse der Zugangsbarrieren von Menschen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem ergab, dass etliche Zugangsbarrieren seitens Migrantinnen und Migranten bestehen. Jedoch bestehen Zugangsbarrieren auch seitens Professioneller und Organisationen. Die Angebote werden nicht nur mangelnd beansprucht, sondern sie erfüllen die Erwartungen und Bedürfnisse der Betroffenen nicht. Die interkulturelle Öffnung kann dem Suchthilfesystem mittels Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund sowie Mitarbeitenden mit interkultureller Kompetenz einen kultursensiblen Zugang sicherstellen. Aufgrund interkultureller Suchtberatung können migrations- und kulturspezifische Erklärungsmodelle systematisch für Beratungen genutzt werden und schaffen somit eine Basis für eine funktionierende Kommunikation und Interaktion, welche bei der Senkung der Zugangsbarrieren eine wichtige Rolle spielen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	5
1.1 Herleitung der Fragestellung	5
1.2 Fragestellung	6
1.3 Vorgehen	7
2 Grundlagen	8
2.1 Politische Grundlagen	8
2.2 Suchttheoretische Grundlagen	12
2.2.1 Begriffserklärung	12
2.2.2 Das Modell der Sucht-Trias	13
2.3 Migrationsspezifische Grundlagen	15
2.3.1 Begriffserklärung	15
2.3.2 Entstehung von Migration	15
2.3.3 Kulturbegriff	18
2.3.4 Definition von Interkulturalität und interkultureller Kompetenz	20
3 Zusammenhänge von Sucht und Migration	22
4 Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem	26
4.1 Zugangsbarrieren seitens Menschen mit Migrationshintergrund	26
4.2 Zugangsbarrieren seitens Professioneller	33
4.3 Zugangsbarrieren seitens Organisationen	34
5 Interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenz	36
5.1 Interkulturelle Öffnung und Orientierung	36
5.2 Interkulturelle Kompetenz und ihre Teilkompetenzen	39
5.3 Interkulturelle Kompetenz in der Beratung	42
5.3.1 Systemische Ausrichtung der Beratung im interkulturellen Feld	43
5.3.2 Dimensionen kultureller Unterschiede in der Beratung	45
5.3.3 Interkulturelle Kompetenz in der Suchtberatung	47
6 Schlussfolgerungen	50
6.1 Beantwortung der Fragestellung	50
6.2 Überprüfung des Vorgehens	52
6.3 Weiterführende Gedanken	53
7 Literaturverzeichnis	55
7.1 Elektronische Quellen	58
7.2 Abbildungsverzeichnis/Tabellenverzeichnis	60

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dreidimensionales Modell der Suchtpolitik Schweiz	Seite 11
Abbildung 2: Das Modell der Sucht-Trias	Seite 13
Abbildung 3: Interkulturelles Kompetenzprofil	Seite 41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchthilfeeinrichtungen in der Schweiz mit migrationsspezifischem Angebot	Seite 34
---	----------

1 Einleitung

1.1 Herleitung der Fragestellung

Sucht gilt als eine Krankheit und stellt ein zwanghaftes Verhalten dar. Die Sucht hat Auswirkungen auf den Körper und die Psyche, auf das soziale Umfeld sowie auf die soziale Integration. Sie kann einerseits aus persönlichen Veranlagungen, andererseits auch durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen entstehen. Diese können beispielsweise das persönliche Umfeld, die berufliche und finanzielle Lage, der kulturelle Umgang mit Substanzen oder deren erleichterte Verfügbarkeit sein. In der Schweiz ist der Konsum psychoaktiver Substanzen weitverbreitet. Jede vierte Person raucht Tabak, neun von zehn Personen trinken Alkohol und 500 000 Menschen haben im vergangenen Jahr mindestens einmal Cannabis konsumiert. Rund 250 000 Menschen sind in der Schweiz alkoholabhängig (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2018). Es gibt fundierte aktuelle Zahlen über die neusten Konsumtrends, die verschiedenen Suchtmittel und Verhalten sowie die Konsumhäufigkeit in der Schweiz (vgl. <http://zahlen-fakten.suchtschweiz.ch>).

Die Suchtmittelabhängigkeit im Migrationskontext ist in der Schweiz in Politik und Sozialwesen jedoch erst seit wenigen Jahren ein Thema.

In der Schweiz leben über zwei Millionen Ausländerinnen und Ausländer, welche fast ein Viertel der Gesamtbevölkerung ausmachen. Im Jahre 2015 lag das Verhältnis bei 24,6 % Ausländeranteil. Darin enthalten sind ein Fünftel in der Schweiz geborene Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft (vgl. Duc-Quang 2017: o.S.).

Tatsächlich gibt es im Suchtbereich aber sehr wenige nationale epidemiologische Daten über Migrantinnen und Migranten. Dennoch werden sie aufgrund des Migrationsprozesses als anfällige Gruppe festgestellt (vgl. Carron 2002: 211f.).

Das Bundesamt für Gesundheit (2002: 3) belegt in seiner strategischen Ausrichtung auch, dass ein Teil der Migrationsbevölkerung grossen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist, und hat die Bevölkerung mit Migrationshintergrund als besondere Zielgruppe erfasst. Es leistet seit 2002 mit seinem Programm «Migration und Gesundheit, in Anlehnung an die Zielsetzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)» einen Beitrag zu Chancengleichheit und Integration (vgl. ebd.).

Das Bundesamt für Gesundheit forderte mit dieser strategischen Ausrichtung auch die Verankerung der Migrationsthematik in der Suchtarbeit. Die Bedürfnisse der Klientel mit

Migrationshintergrund seien durch die Angebote der Suchthilfe unzureichend abgedeckt (BAG 2016: 4f.). Dies zeigt auch, dass das Thema für die Soziale Arbeit und deren Professionellen insbesondere in der Suchtarbeit relevant und aktuell ist, denn durch die Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse und Ressourcen der Klientel mit Migrationshintergrund kann die Qualität der Suchtarbeit gesteigert werden.

Eine Auswertung der Infodrog-Datenbank der Suchthilfeangebote in der Schweiz aus dem Jahre 2012 zeigt, dass nur rund 10 % der Institutionen ein migrationsspezifisches Angebot haben und dass eine weitere Sensibilisierung nötig ist (vgl. König 2012: 137). Viele Fachpersonen verfügen bei der Migrationsthematik über wenig bis keine Aufklärung und Ausbildung. Ebenso nutzen aber die Migrantinnen und Migranten sowie ihre Familien die verschiedenen Hilfs- oder Beratungsangebote kaum (vgl. Carron 2002: 214f.). Auch Dagmar Domenig, die anhand von Untersuchungen drogenabhängiger Migrantinnen und Migranten (italienischer Herkunft) auf die Notwendigkeit migrationsspezifischer Suchthilfe verwies, zeigte auf, dass Zugangsbarrieren die Nutzung der Suchthilfeeinrichtungen erschweren würden (vgl. Domenig/Salis/Wicker 2000: 12f.).

1.2 Fragestellung

Aus den oben genannten Erläuterungen schliessend, geht die Autorin davon aus, dass im Suchthilfesystem hohe Zugangsbarrieren existieren. Diese Zugangsbarrieren befinden sich vermutlich nicht bei der Partei der Klientel mit Migrationshintergrund, sondern auch auf der Seite der Professionellen und Institutionen.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, herauszufinden, inwiefern Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem für Menschen mit Migrationshintergrund bestehen. Überdies will die Autorin die Bedeutung von interkultureller Kompetenz im sozialarbeiterischen Tätigkeitsfeld, insbesondere in der Suchtberatung untersuchen und aufzeigen.

In diesem Zusammenhang wird analysiert, ob die interkulturelle Suchtberatung die Interaktion zwischen Fachpersonen und Klientel mit Migrationshintergrund verbessern und die Zugangsbarrieren senken kann.

Sucht und Migration sind zwei verschiedene und komplexe Wirkungsfelder der Sozialen Arbeit. In der Literatur werden die Menschen mit Migrationshintergrund als eine Risikogruppe bezüglich einer Suchtmittelabhängigkeit betrachtet. Um diese Einstufung als Risikogruppe genauer zu verstehen, soll der Zusammenhang von Sucht und Migration vorab genauer betrachtet und erläutert werden.

Aufgrund von vorherigen Ausführungen in der Ausgangslage lässt sich daher folgende Hauptfrage herleiten:

Inwiefern gibt es Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem und welche Rolle spielt die interkulturelle Kompetenz in der Suchtberatung dabei?

Um die Hauptfrage zu beantworten, befasst sich die Bachelor Thesis auch mit folgenden Subfragen:

- Was sind die Zusammenhänge zwischen Sucht und Migration?
- Kann der Migrationsprozess eine Suchtmittelabhängigkeit begünstigen?
- Wie gehen die Menschen mit Migrationshintergrund mit dem Thema Sucht um?
- Werden die vorhandenen Angebote von Migrantinnen und Migranten wahrgenommen und genutzt?
- Was bedeutet interkulturelle Kompetenz und welche Fähigkeiten beinhaltet sie?

1.3 Vorgehen

Mittels Literaturanalyse richtet die Autorin in dieser Arbeit den Fokus auf sucht- und migrationsorientierte Themenkreise. Einführend werden politische Grundlagen sowie die Schweizer Drogenpolitik erläutert. Anschliessend werden zentrale Begriffe definiert und suchtheoretische sowie migrationsspezifische Grundlagen dargelegt. In einem weiteren Schritt versucht die Autorin die beiden komplexen Themenbereiche Sucht und Migration in Beziehung zu bringen. Somit wird erwogen, ob migrationsbedingte Belastungen eine Suchtmittelabhängigkeit begünstigen. Daran anknüpfend werden die Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem untersucht, um die Frage nach Inanspruchnahme der Angebote zu prüfen. Im Verlauf der Arbeit werden Menschen mit türkischem Migrationshintergrund mit ihren kulturellen Prägungen exemplarisch dargestellt, um Rückschlüsse über allfällige Zugangsbarrieren machen zu können. Der Hauptteil, in dem auch untersucht werden soll, welche Bedeutung eine Sensibilisierung im migrationsspezifischen Kontext hat, wird mit den Inhalten der interkulturellen Öffnung und Kompetenz in der Beratung, insbesondere in der Suchtberatung, abgeschlossen. Schlussfolgernd werden die Kernaussagen der vorliegenden Arbeit zusammengefasst. Anknüpfend wird auch die Hauptfrage beantwortet und diskutiert. Zudem werden weiterführende Fragen und Gedanken dargelegt, welche sich durch die Arbeit ergeben haben.

2 Grundlagen

2.1 Politische Grundlagen

Da die Schweiz ein föderaler Staat ist, ist die Organisation des Gesundheitswesens durch eine Kompetenzverteilung zwischen dem Bund und den 26 Kantonen geprägt. Lediglich die spezifische Fragen – wie die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und die Krankheitsverhütung wie auch die Betäubungsmittelkontrolle, die Lebensmittelgesetzgebung, der Strahlenschutz, der Giftschutz sowie Medizinalprüfungen – werden durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geregelt. Nationale Programme in Schwerpunktbereichen wie zum Beispiel Sucht und Aids sowie lokale und regionale Pilotprojekte zu neuen Ansätzen werden durch das Bundesamt für Gesundheit entwickelt, realisiert und unterstützt. Der Bund ist im Bereich der Prävention nur für Aids, illegale und legale Drogen verantwortlich. Er ist insbesondere für Empfehlungen mit Zielen und Strategien sowie die Koordination zwischen den Kantonen zuständig. Die Gesundheitsversorgung, die Gesundheitsvorsorge und gesundheitspolizeiliche Anordnungen liegen primär in der Verantwortung der Kantone (vgl. Carron 2002: 206f.).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert, dass die Gesundheit «ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen» ist (Verfassung der Weltgesundheitsorganisation 1946: 1). 1948 wurde diese Definition der WHO in der Schweiz angenommen und ratifiziert (vgl. ebd.).

Das Bundesamt für Gesundheit Schweiz hat das Ziel, die Gesundheit aller in der Schweiz lebenden Menschen zu fördern. Hierzu sollen die Menschen, die in der Schweiz leben, kompetent und verantwortungsbewusst mit ihrer Gesundheit umgehen können, und das Gesundheitssystem soll von höchster Qualität sein sowie finanzierbar und zugänglich bleiben. Um diese Ziele zu erreichen, ist eine Verbesserung der Chancengleichheit nötig. Durch die Strategie Gesundheit2020, welche der Bundesrat verabschiedet hat, sollen die Lebensqualität der Menschen in der Schweiz, die Transparenz und Versorgungsqualität verbessert werden. In Anlehnung an die WHO-Zielsetzung *Gesundheit für alle* soll die Chancengleichheit verbessert werden, um auch die Probleme im Bereich Migration und Gesundheit konkret angehen zu können.

Insofern ist es auch das Ziel, die Gesundheitskompetenz der Migrationsbevölkerung zu stärken und Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit Klientinnen und Klienten unterschiedlicher Herkunft zu unterstützen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2002: 3, 2015: o.S.). Dies bedeutet, dass eine Anpassung des Gesundheitswesens an die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten erforderlich ist (vgl. Carron 2002: 208).

Im Rahmen der Strategie Gesundheit2020 hat das Bundesamt für Gesundheit gegenwärtig auch die Nationale Strategie Sucht erarbeitet, welche einen umfassenden Orientierungs- und Handlungsrahmen schafft und einen Massnahmenplan verabschiedet. Die Nationale Strategie Sucht 2017–2024 hat das Ziel, die Prävention der Suchterkrankungen zu stärken sowie die Behandlung von suchterkrankten Menschen dauerhaft zu sichern. Sie berücksichtigt das Prinzip der gesundheitlichen Chancengleichheit (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2016: 4). «Damit verbunden sind Bemühungen, allen Menschen – unabhängig von Geschlecht, sozioökonomischem Status, kulturellem Hintergrund oder Alter – Informationen und Hilfsangebote zugänglich zu machen» (Bundesamt für Gesundheit 2016: 5). Auf Risikogruppen wie Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund usw. wird ein besonderes Augenmerk gelegt (vgl. ebd.: 34). Das Viersäulenmodell der Schweizer Drogenpolitik wurde dabei weiterentwickelt, welche im nächsten Abschnitt erklärt wird (vgl. ebd.: 4).

Die Schweizer Drogenpolitik beruht auf dem Viersäulenmodell, welches in den 90er-Jahren entwickelt worden ist, um mit den Drogenproblemen umgehen zu können und «zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und der öffentlichen Sicherheit» (Bundesamt für Gesundheit 2016: o.S.). Dieses besteht aus den Komponenten Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression.

Das Ziel der Schweizer Drogenpolitik ist, sowohl die negativen Auswirkungen auf die Konsumierenden als auch den Drogenkonsum und die negativen Konsequenzen für die Gesellschaft zu verringern. Zum einen wurde eine Abnahme bei der Anzahl der Drogenkonsumierenden, bei den Drogentodesfällen und auch der Beschaffungskriminalität festgestellt. Weiterhin nahm durch die Reduktion der offenen Drogenszenen das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung zu (vgl. ebd.).

Das Viersäulenmodell wurde 2005 von der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) zu einem dreidimensionalen Modell beziehungsweise einem Würfelmodell erweitert. Heute wird die EKDF als die Eidgenössische Kommission für Suchtfragen (EKSF) bezeichnet (vgl. Berthel 2006: 25f.).

Die vorhandenen vier Säulen – Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression – wurden differenziert und mit der konsumierten Substanz und dem Konsummuster ausgebaut (vgl. ebd.).

Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2005: 8) erläutert die Differenzierung der Säulen folgenderweise:

Die Säule der Prävention umfasst nun Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Früherkennung. Die Säule der Therapie, die anfangs nur durch das Ziel der Abstinenz definiert wurde, beinhaltet jetzt alle Behandlungsmöglichkeiten, welche hauptsächlich auf die soziale Integration abzielen. Die Säule der Schadensminderung bezieht sich primär auf das Individuum und die Folgen für seine Gesundheit. Zweitrangig ist von gesellschaftlicher Schadensminderung die Rede. Dabei sollten alle Politikbereiche für die Reduktion von negativen Begleiterscheinungen des Konsums psychoaktiver Substanzen Verantwortung tragen. «Repression wiederum sollte nicht mehr vornehmlich Sache von Polizei und Justiz sein: In einem regulierten Markt würden alle Akteure Verantwortung tragen. Die Repression sollte daher künftig alle Möglichkeiten der Marktkontrolle umfassen und den Jugendschutz besonders beachten.» (Eidgenössische Kommission für Drogenfragen 2005: 8)

Neu wurden als konsumierte Substanzen nebst illegalen Drogen auch legale Substanzen wie Alkohol, Tabak und Medikamente verstanden. Zusätzlich wurden Konsummuster mit drei Arten beschrieben: der risikoarme Konsum, der problematische Konsum und die Abhängigkeit (vgl. Berthel 2006: 25f.). Die Abstufung zwischen risikoarmen, problematischen resp. abhängigen Konsum erklärt sich wie folgt:

Risikoarmer Konsum bedeutet, dass eine Person gelegentlich oder tief dosiert konsumiert und den Konsum gut unter Kontrolle hat. Der Konsum gilt als Genuss und Unterhaltung (vgl. EKDF 2005: 29).

Konsum gilt als problematisch – auch genannt Risikokonsum oder Gewöhnungskonsum –, wenn soziale oder gesundheitliche Probleme latent bestehen, diese jedoch noch nicht sichtbar sind. Problematischer Konsum wird auch als gesundheitsschädigender Konsum bezeichnet, wenn physische, psychische oder soziale Probleme sichtbar werden (vgl. ebd.).

Konsum wird als abhängig bezeichnet, wenn eine Person, obwohl die Konsumprobleme bekannt sind, diesen nicht mehr unter Kontrolle hat und schwerwiegende Auswirkungen entstehen. Sozialkontakte, Arbeit und Anerkennung können verloren gehen, die Sucht wird zum dominanten Lebensinhalt (vgl. EKDF 2005: 29, Ambulatorien für Abhängigkeitserkrankungen 2013: 4–5).

Nachfolgend das oben beschriebene Würfelmodell der EKDF:

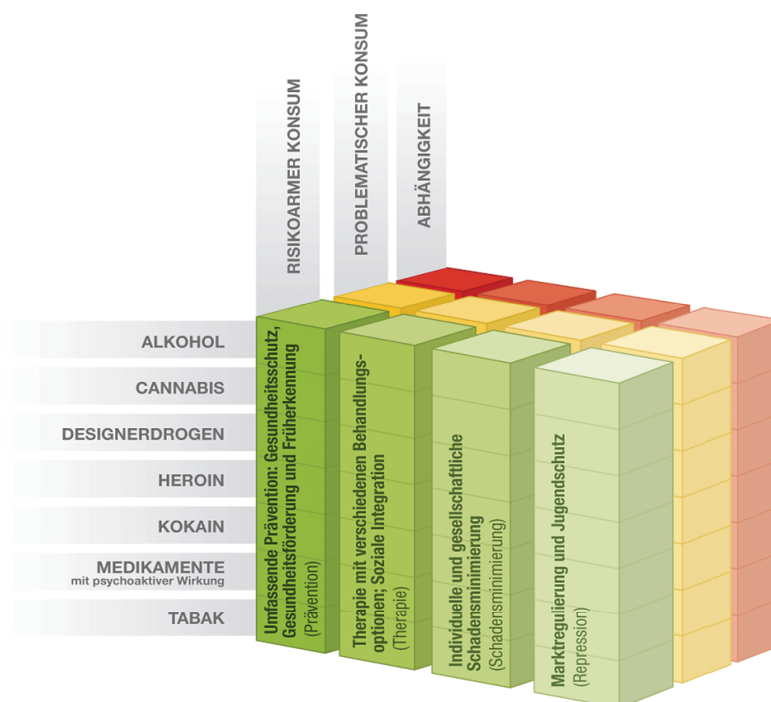


Abbildung 1: Dreidimensionales Modell der Suchtpolitik Schweiz (Eidgenössische Kommission für Drogenfragen 2005: 9).

Die Differenzierung der einzelnen Säulen, die Erweiterung der Substanzen und der Einbezug der Konsummuster haben die Logik des Würfels vervollständigt. Das Würfelmodell ermöglicht es somit, die Massnahmen der Suchtpolitik einzuordnen, zu vergleichen und aufeinander abzustimmen sowie Lücken zu identifizieren. Auch erlaubt das Würfelmodell eine theorieunabhängige Problembetrachtung und fördert die Zusammenarbeit der Fachleute im Suchtbereich (vgl. Berthel 2006: 25f.).

2.2 Suchttheoretische Grundlagen

2.2.1 Begriffserklärung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1957 Sucht als Krankheit und als einen «Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, schädlich für den einzelnen und/oder die Gesellschaft, der durch den wiederholten Genuss einer natürlichen oder synthetischen Substanz hervorgerufen wird» (Weltgesundheitsorganisation 1957, zit. nach Bastigkeit 2003: 15). Der Begriff «Sucht» war lange die Terminologie des generellen Sprachgebrauchs, bis die WHO 1963 diesen durch «Abhängigkeit» ersetzte. Der Begriff der Sucht wird heute dennoch verwendet und ist weitverbreitet. Oftmals wird Sucht in stoffliche und nichtstoffliche Süchte kategorisiert, dabei ist der Begriff Abhängigkeit in substanzbezogene Abhängigkeit und nichtsubstanzbezogene Abhängigkeit differenzierter und deutet die entsprechenden Unterschiede präziser an. Die beiden Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden oft als Synonyme benutzt (vgl. Barth 2011: 34f.). Im Verlaufe dieser Arbeit werden beide Begriffe synonym verwendet, weil die oben genannte Unterscheidung für die Fragestellung irrelevant ist.

Das Klassifikationssystem der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Revision 10 (ICD-10), welches von der WHO herausgegeben wurde, spricht vom sogenannten Abhängigkeitssyndrom und wird in den Bereichen Medizin und Soziale Arbeit angewendet (vgl. ebd.). Das Abhängigkeitssyndrom wird nach ICD-10-German Modification (2017: 182) wie folgt definiert:

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Das Abhängigkeitssyndrom betrifft entweder einen einzelnen Stoff wie Tabak, Alkohol, Diazepam oder eine Substanzgruppe, die aus opiatähnlichen oder einer Vielzahl pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen besteht (vgl. ebd.). Da aber neben den substanzgebundenen Abhängigkeiten die nichtsubstanzgebundenen Abhängigkeiten (wie zum Beispiel Spielsucht, Kaufsucht oder Onlinesucht) immer mehr in den

Vordergrund getreten sind, wird Sucht und Abhängigkeit seltener pharmakologisch definiert, sondern es wird auch auf Verhaltenssuchte Bezug genommen (vgl. Barth 2011: 36f.).

2.2.2 Das Modell der Sucht-Trias

Eine der bekanntesten und akzeptierten Erklärungsansätze ist die Trias der Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit, auch genannt das Modell der Sucht-Trias nach Kielholz und Ladewig, welches 1973 publiziert wurde. Bei der Suchtentstehung verbinden sie die Faktoren Mensch, Mittel und Milieu (vgl. Bastigkeit 2003: 12). Das Modell berücksichtigt dabei eine komplexe Zusammenstellung von Bedingungsfaktoren, bei dem sowohl Ursachen in der Person (Mensch), der sozialen Umwelt (Milieu) wie auch in der Substanz (Mittel) betrachtet werden. Das Modell ist auf bestehende Theorien der Psychologie, Soziologie, Genetik und Neurologie gestützt (vgl. Sucht Schweiz 2013: 3).

Die folgende Abbildung stellt das Modell der Sucht-Trias dar:

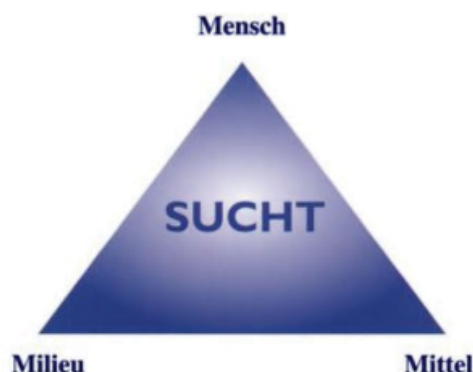


Abbildung 2: Das Modell der Sucht-Trias (Bastigkeit 2003: 14).

Der Faktor Mensch wird unter anderem durch folgende Aspekte beeinflusst: die Entwicklung in der Kindheit, die sexuelle Entwicklung, die Familiengeschichte, insbesondere die Möglichkeiten der Konfliktbewältigung, die Fähigkeit zu Beziehungen und Freundschaften und/oder die Fähigkeit zur kreativen Lebensgestaltung (vgl. Bastigkeit 2003: 13).

Beim Faktor Mittel beziehungsweise Suchtmittel ist die Verfügbarkeit von Suchtmitteln der zentrale Punkt, da der Versuch, an Drogen heranzukommen, die Hemmschwelle erhöht. Bei den gesetzlichen Aspekten kann auch das Gegenteil bewirkt werden, da die

verbotenen Substanzen, vor allem bei den Jugendlichen, reizend wirken können. Weitere Faktoren können die Häufigkeit und Dauer des Konsums, die Dosis, die Art der Einnahme und die Toleranzentwicklung sein (vgl. ebd.).

Beim Faktor Milieu/Gesellschaft gelten die individuelle, soziale und familiäre Situation, die Zufriedenheit im Beruf, die Wohnverhältnisse, zufriedenstellende Freizeitangebote und/oder soziale Einbindungen als Einfluss. Gesellschaftliche Gründe wie die allgemeine Wirtschaftslage, Gesetzgebung, Werbung und Modeerscheinungen sowie das Verhalten von Ärzten bei der Medikamentenverschreibung mit Suchtpotenzial sind weitere Einflussfaktoren (vgl. Bastigkeit 2003: 13).

Deutlich wird, dass die Faktoren in Wechselwirkung stehen. «Unter den drei Aspekten existieren unendlich viele Interaktionsmöglichkeiten mit hoher Eigendynamik.» (Bastigkeit 2003: 13) Zum Beispiel kann der Drogenkonsum aus Zusammenwirkung mehrerer Faktoren und durch Stressbelastungen entstehen (vgl. Ladewig 1996: 43). Sowohl das Konsumieren von Suchtmitteln, aber auch süchtiges Handeln sind zwei von mehreren Phasen, die fließend und überschneidend entstehen können.

Darüber hinaus kann eine Abhängigkeit aber auch als erlerntes Verhalten betrachtet werden. Das Lernen von elterlichen Verhaltensweisen ist ein wichtiger Faktor für eine Suchterkrankung, denn Copingstrategien und Lösungsprobleme der Eltern beeinflussen das Verhalten der Kinder enorm (vgl. Koch/ Assion 2013: 15).

Sucht nach Rauschmitteln, Abhängigkeit von Rauschmitteln und substanzungebundene Abhängigkeit sind psychologisch als steigender Verlust psychischer Entfaltungs- und Gestaltbildungsmöglichkeiten, als Einschränkung der psychischen Welt auf ein einziges Strukturmerkmal zu deuten, wie auch die Beziehung des Menschen zu seinem Suchtmittel oder süchtigem Verhalten, welches mit fortschreitender Krankheitsentwicklung den Platz aller Strukturmerkmale im Leben nimmt. Eine Besonderheit dieser Krankheit ist, dass die Wirkung der Mittel die Einbildung psychischer Ganzheit aufrechterhält sowie die Einschränkung und das Leiden lange Zeit nicht wahrgenommen werden (vgl. Czycholl 2017: 22).

2.3 Migrationsspezifische Grundlagen

2.3.1 Begriffserklärung

Der Begriff Migration (lateinisch «migrare» beziehungsweise «migratio»: wandern, wegziehen, Wanderung) ist in der deutschen Alltagssprache auch in den letzten Jahren durch das verbreitete englische Wort *migration* beeinflusst worden und wird in der Begriffssprache der Sozialwissenschaften ebenfalls gebraucht. Unter dem Begriff «Migration» werden allgemein Bewegungen von Personen und Personengruppen verstanden, welche einen dauerhaften Wohnortwechsel vollziehen (vgl. Han 2000: 7).

Das Staatssekretariat für Migration SEM definiert den Begriff Migration als das dauerhafte Verlegen des Wohnsitzes in ein anderes Land. Einerseits ist es die Auswanderung (Emigration) aus einem Land, andererseits ist es die Einwanderung (Immigration) in ein anderes Land. Unterschieden wird auch zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration. Eine unfreiwillige Migration findet statt, wenn jemand aus seinem Land flüchten muss und dann in einem anderen Land als Asylsuchender aufgenommen wird (vgl. <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home.html>).

Migrantinnen und Migranten oder Menschen mit Migrationshintergrund werden als jene Personen definiert, «die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden. Der Begriff umfasst explizit alle in der Schweiz wohnhaften Ausländer und Ausländerinnen der ersten und zweiten Generation sowie die eingebürgerten Personen» (Bundesamt für Gesundheit 2008: 9).

In dieser Arbeit werden die beiden Begriffe Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit Migrationshintergrund verwendet.

2.3.2 Entstehung von Migration

Es gibt viele Erklärungsansätze der Migration. Unterschieden wird heute zwischen klassischen Erklärungsansätzen und neueren Ansätzen der Migration. Die klassischen Erklärungsansätze beziehen sich vor allem auf ökonomische Faktoren und werden in zwei Unterthemen gegliedert (vgl. Haug 2000: 1).

Bei den klassischen Erklärungsansätzen wird zwischen Makro und Mikro unterschieden. Zu den Makroansätzen zählen bevölkerungsgeografische, makroökonomische, ökologische und systemtheoretische Ansätze sowie die Segmentationstheorie (oder die Theorie des dualen Arbeitsmarktes). Mikroansätze sind die neoklassische Mikroökonomie, die Neue Migrationsökonomie und Entscheidungstheorien (vgl. Haug 2000: 1).

Bei zeitgenössischen Ansätzen werden andere, wichtige Perspektiven der Migration in den Vordergrund gestellt und somit alternative Forschungsansätze entwickelt (vgl. ebd.: 15). Zum einen wird die Einbettung in soziale Netzwerke hervorgehoben, zum anderen wird Migration in einen historischen Kontext gestellt, indem die zunehmende Entwicklung von Migrationsketten unterstrichen wird und Migrationsnetzwerke aus einer transnationalen räumlichen Perspektive betrachtet werden (vgl. ebd.: o.S.). Zugeordnet werden die neueren Ansätze in die Themenbereiche transnationale Migration, Migrationssysteme, soziale Netzwerke, soziales Kapital und kumulative Verursachung (vgl. ebd.: 16). Die neueren Ansätze werden auch als eine Erweiterung der bisherigen klassischen Erklärungsansätze betrachtet und z.B. als unberücksichtigte Komponenten der sozialen Struktur, in welche die Migrantinnen und Migranten eingebettet sind, erfasst (vgl. ebd.: 30).

Nach Han (2000: 8) werden Migrationsbewegungen durch **kulturelle** (z.B. Vorurteile, Stereotypisierung von Minderheiten und ihre soziale und institutionelle Ausgrenzung), **politische** (z.B. Verfolgung oder Diskriminierung), **wirtschaftliche** (z.B. Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Sicherung oder niedriger Lebensstandard), **religiöse** (religiöse Verbote oder Verfolgungen), **demografische**, **kriegerische**, **ökologische** (z.B. Naturkatastrophen), **ethnische** (z.B. ethnische Homogenisierungspolitik) sowie **soziale Ursachen und Zwänge** ausgelöst, die aber meist miteinander zusammenhängen. Demzufolge sind Migrationsbewegungen vorwiegend das Ergebnis eines Zusammenspiels von etlichen Ursachen und entstehen zum einen auf gesellschaftlich struktureller, zum anderen auf persönlich individueller Ebene. Dadurch kann die Unterscheidung zwischen der freiwilligen und unfreiwilligen Migration (auch Push- and Pull-Faktoren genannt) erschwert werden. Migration kann deshalb selten auf nur eine Ursache zurückgehend erklärt werden.

Des Weiteren ist Migration immer ein Prozess, der eine lange zeitliche Abfolge hat und einleitend von der Vorbereitung bis hin zu einem meist vorübergehenden Abschluss verläuft. Der Abschluss einer Migration ist aber nicht nur der vollzogene Wohnortswechsel, sondern der wesentlich zeitintensivere und schwierigere Teil der Migration, und zwar die innere psychosoziale Migration, die erst nach dem Wohnortswechsel beginnt (vgl. Han 2000: 8f.).

Eisenstadt erklärt den Migrationsvorgang in drei Phasen:

Die erste Phase ist diejenige der Motivbildung zur Migration. In dieser Phase empfinden die potenziellen Migrantinnen und Migranten, während sie noch in ihrem Herkunftsland sind, in Bezug auf ihre Lebensbedingungen ein Gefühl von Unsicherheit, welches mit der Zeit zu einer Motivsammlung hinsichtlich ihrer Migrationsüberlegungen führt. Die Motivbildung zur Migration ist aus diesem Grund keine einmalige Entscheidung, sondern oft ein Abwägen der existenziellen Unsicherheiten und Risiken im Herkunftsland sowie die Möglichkeit der finanziellen und soziokulturellen Verbesserung der Lebensbedingungen im Aufnahmeland.

Die zweite Phase ist der Vorgang der Migration selbst. Dieser Vorgang des Einwanderens ist nicht nur der Wohnortswechsel, sondern ist ein Prozess radikaler sozialer Veränderungen, der als Desozialisation definiert wird. All das, was bisher durch Sozialisation vermittelt worden ist, verliert an soziokultureller und gesellschaftlicher Verbindlichkeit. Existenzielle Orientierungsstörungen wie auch vorübergehende Strukturlosigkeit des Lebens sind Folgen dieser tiefgreifenden Veränderungen. Die durch das Verlassen des Herkunftslandes entstandene Unsicherheit wird durch die Unsicherheit in der neuen Umwelt zusätzlich verstärkt. Die Migrantinnen und Migranten haben dann die schwierige Aufgabe, sich zu resozialisieren, indem sie sich mit den neuen soziokulturellen Gegebenheiten des Aufnahmelandes vertraut machen und ihr Selbstkonzept und ihre Wertvorstellungen umformen müssen.

Die dritte Phase besteht aus einem lang andauernden Verlauf der Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft. Ab der zweiten und dritten Phase wird auch von einem Akkulturationsprozess gesprochen, der mit der Einführung in die Kultur des Aufnahmelandes beginnt. Das Resultat kann eine erfolgreiche Integration, eine Assimilation oder Segregation beziehungsweise Separation sein (vgl. Han 2000: 46).

Integration ist, wenn die Migrantinnen und Migranten «einerseits ihre kulturelle Integrität aufrechterhalten und dennoch andererseits zu einem integralen Teil der Mehrheitsgesellschaft werden» (Han 2000: 201). Bei der Integration darf aber die Verantwortung nicht nur den Migrantinnen und Migranten überlassen werden. Sie muss auch in der schweizerischen Gesellschaft bewusst und produktiv mitgestaltet werden (vgl. Domenig et al. 2000: 18). Eine Assimilation entsteht, wenn die Migrantinnen und Migranten schliesslich ihre kulturelle Identität aufgeben und sich nur noch der Kultur der Mehrheitsgesellschaft widmen. Von einer Segregation ist die Rede, wenn die Minderheiten von der Mehrheitsgesellschaft bewusst ausgegrenzt werden und dann in ihrer ethnischen Kultur und ihrer traditionellen Lebensform getrennt und isoliert leben. Separation ist hingegen, wenn die Minderheiten durch bewusste Entscheidungen ihre gesellschaftliche Isolation selbst wählen (vgl. Han 2000: 198f.).

Der auch oft kontroverse Fokus auf die Lebenswelt der Migrantinnen und Migranten bringt auch eine aus der Migration entstandene Multikulturalität mit, die ferner als eine Chance zu verstehen ist. Im bisherigen Text wurde ausserdem auch von «kultureller Identität», «ethnischer Kultur» oder der «Kultur der Mehrheitsgesellschaft» gesprochen. Um diese Begrifflichkeiten verstehen zu können, muss zuerst der Kulturbegriff erläutert werden.

2.3.3 Kulturbegriff

Kultur oder *cultura* (lateinisch *colere*: bebauen, pflegen) stützt sich auf alles menschlich Bearbeitete und steht im Gegensatz zu *natura*, der von Menschen unberührten Natur. Zur Kultur gehören Kunst (z.B. Theater, Musik oder Malerei), Alltagskultur (z.B. Essen, Kleiden oder Wohnen), institutionalisierte Kultur (z.B. Sprache, Gesetz, Heirat, Sexualität, Werte und Normen sowie Verhaltensweisen) und internalisierte Kultur (z.B. unterbewusste kulturelle Vorstellungen wie Sauberkeit, Ordnung, Zeit- und Raumorientierung, Gestik und Mimik sowie auch geschlechterspezifische Rollenmuster) (vgl. Freise 2007: 16f.).

In der Sozialen Arbeit wird von der Lebenswelt der Menschen ausgegangen. Kultur sollte also nicht auf die ästhetische, künstlerische Dimension begrenzt werden, sondern auch den Alltag miteinbeziehen. Zum Alltag gehören bekanntlich Alltagsnormen, Wertesysteme, Lebensstile, Rituale, Gesten sowie Verhaltensweisen (vgl. ebd.).

Doch in der praktischen Arbeit mit den Migrantinnen und Migranten bekommt der Begriff Kultur eine neue Bedeutung, und zwar dass «Schwierigkeiten in der Interaktion mit MigrantInnen häufig als **Kulturproblem** [Hervorhebung im Original] definiert werden» (Domenig 2001: 26). Der Begriff Kultur taucht dann im Zusammenhang mit der Konfrontation mit fremden Bevölkerungsgruppen auf und wird als normativer Begriff beziehungsweise als Abgrenzung benutzt, ohne dass die eigene Position reflektiert wird. Im Zentrum stehen sozusagen die fremde Kultur und die Differenz statt der Interaktion und des Gemeinsamen. In diesem Fall wird von einem klassisch essenzialistischen Kulturbegriff gesprochen. Dieser Kulturbegriff wird als komplexes Ganzes verstanden und suggeriert eine einheitliche Kultur für Ethnien und Nationalstaaten, indem sich alle Mitglieder kulturspezifisch verhalten müssen, und verleitet zu stereotypem Denken. Jedoch verlieren solche statische Konzepte in einer globalisierten Welt, die immer mehr an Mobilität gewinnt, ihre Legitimation (vgl. ebd.).

Heute gibt es neuere Kulturdefinitionen, die die alten Vorstellungen abgegrenzter und fester Kulturen sowie eindeutiger Identitäten hinterfragen (vgl. Freise 2007: 18).

Der neue Kulturbegriff wird als offen, dynamisch sowie heterogen bezeichnet und muss kulturelle Überschneidungssituationen und verschiedene Ebenen miteinbeziehen. Kultur ist demnach ein offenes System, das sich ständig verändert. Sie wird auch als eine Bewegung des Sich-Öffnens und Sich-Schliessens betrachtet. Der Affekt der Aufnahme neuer Ideen, Werte und Verhaltensweisen aus anderen Kulturen gehört zur Öffnung und der gegenläufige Affekt ist derjenige der Abgrenzung. Denn Kultur ist durchlässig, aber auch das, was den Einzelnen von anderen unterscheidet. Ein Individuum entscheidet, ob es bestimmte Eigenschaften, Werte oder Verhaltensweisen übernimmt oder ablehnt, und deshalb hat Kultur auch eine individuelle subjektive Tragweite. Kultur charakterisiert die Symbole, mit denen Menschen, Gruppen und Gesellschaften sich zum Ausdruck bringen und ihre Erfahrungen benennen. Es werden Unterschiede vermerkt, jedoch dienen diese der Orientierung (vgl. ebd.).

Demzufolge wird von der folgenden umfassenden Definition des Begriffs Kultur nach Auernheimer ausgegangen: «Kultur ist das Orientierungssystem, das unser Wahrnehmen, Bewerten und Handeln steuert, das Repertoire an Kommunikations- und Repräsentationsmitteln, mit denen wir uns verständigen, uns darstellen, Vorstellungen bilden» (Auernheimer 1999, zit. nach Freise 2007: 19).

Die ständige Vermischung kultureller Traditionen und kultureller Identitäten entspricht den Gegebenheiten der heutigen globalisierten Lebenswelten deutlicher als die vermeintlichen Gebilde der homogenen Kultur (vgl. Freise 2007: 19).

«Soziale Praktiken von MigrantInnen sind demnach nicht Ausdruck spezifischer **fremder Kulturen** [Hervorhebung im Original], sondern Aktionen von Individuen, (...) welche gleichzeitig sowohl von der Herkunftsgesellschaft, als auch von der Aufnahmegesellschaft geprägt werden.» (Domenig 2001: 29)

Je nach Kulturverständnis werden die Grenzlinien anders gezogen. Ältere Forschungen der Sozialen Arbeit (1970/1980) haben bei einem Kulturkonflikt die Migrantinnen und Migranten verantwortlich gemacht. Doch ab 1990 wurde die Kulturkonfliktthese kritisiert und es gab eine Weiterentwicklung des Kulturbegriffs. So wurden die neueren Kulturdefinitionen verwendet und von der Multikultur (der Zustand eines vielkulturellen Zusammenlebens unterschiedlicher Individuen, Gruppen und Lebensweisen, bei dem die Differenz betont wird) zur Transkultur (Aufhebung von bestehenden Differenzen) und Interkultur (ein Denken und Handeln dazwischen) entwickelt (vgl. Jurt 2016: o.S.).

Da sich die vorliegende Arbeit mit der Interkulturalität und interkulturellen Kompetenz in der Beratung beziehungsweise Suchtberatung befasst, werden nachfolgend die beiden Begriffe Interkulturalität und interkulturelle Kompetenz genauer definiert.

2.3.4 Definition von Interkulturalität und interkultureller Kompetenz

Interkulturalität ist ein Denken und Handeln *dazwischen* und drückt «die Auseinandersetzung und Bearbeitung von Zwischenräumen» aus (Knepper 2016: o.S.). Die Unterschiedlichkeiten werden im Kontext angesehen. Interkulturalität beschreibt kulturelle Überschneidungssituationen wie zum Beispiel unterschiedliche, auch widersprüchliche Regeln, Verhaltensweisen und Orientierungsmuster. Betont wird bei der Interkulturalität die Möglichkeit zur Veränderung, Lösungen zu finden (vgl. ebd.), und beschreibt einen Raum, in dem ein Austauschprozess von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Prägungen erfolgen kann (vgl. Schirilla 2016: 133).

Hamid Reza Yousefi schildert die Grundlagen folgendermassen: «Interkulturalität ist der Name einer Theorie und Praxis, die sich mit dem historischen und gegenwärtigen Verständnis aller Kulturen und den Menschen als deren Träger auf der Grundlage ihrer völligen Gleichwertigkeit beschäftigt» (Yousefi 2011, zit. nach Schirilla 2016: 133).

Interkulturelles Lernen ist der Weg, auf dem interkulturelle Kompetenz erworben werden kann (vgl. Freise 2007: 156). Dabei sind die Grundlagen für ein interkulturelles Lernen die kritische Haltung gegenüber der eigenen Kultur und das Kennenlernen von neuen Einstellungen und Handlungsweisen. Somit findet eine Erweiterung des Denkhorizontes statt und es kann entschieden werden, ob das neu Kennengelernte in die eigene kulturelle Prägung übernommen oder abgelehnt wird. Hier wird auch der dynamische Charakter der Kultur wieder sichtbar. Da die Identitätsentwicklungen durch Individualisierung und Globalisierung der Umgebung geprägt sind, muss interkulturelles Lernen diese beachten und kann dabei helfen, diesen Prozess der Identitätsentwicklung mitzugestalten (vgl. ebd.: 147).

Die interkulturelle Kompetenz gilt in der Sozialen Arbeit als ein Anforderungsprofil. Sie wird als eine Handlungskompetenz in kulturellen Überschneidungssituationen definiert und als ein Bündel von Teilkompetenzen gedeutet, welches sowohl Reflexionsfähigkeit als auch Handlungskompetenz beinhaltet. Hervorgehoben werden dabei die Bedeutung der Wertereflexion und eine antirassistische Haltung (vgl. Fischer 2009: 33).

Der Erwerb interkultureller Kompetenz ist eine lebenslange Aufgabe. Diese Aufgabe orientiert sich an den Anforderungen, welche «sich aus der gesellschaftlichen Realität und den sich wandelnden Berufssituationen entwickeln» (Fischer 2009: 34). Die Festlegung auf eine ethnisch-kulturelle Zugehörigkeit wird hinsichtlich der Interaktionspartner verweigert. Dafür wird das Konzept des Aushandelns von Identitätsentwürfen akzentuiert (vgl. ebd.).

Interkulturelle Kompetenz umfasst dabei «Schlüsselqualifikationen wie Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen, die auf kognitiver, emotionaler und psychomotorischer Ebene den Umgang mit kultureller Vielfalt ermöglichen» (Fischer 2009: 36).

Ausführliche Erläuterungen zu den Teilkompetenzen und Schlüsselqualifikationen werden in Kapitel 5 dargelegt.

3 Zusammenhänge von Sucht und Migration

Da in Kapitel 2 die zentralen Begriffe definiert wurden und zusätzlich mithilfe des Sucht-Trias-Modells ein Verständnis über die Entstehung von Sucht geschaffen wurde, ebenso die Entstehung von Migration erläutert wurde, kann zusammengeführt werden, ob explizite Zusammenhänge zwischen Sucht und Migration bestehen.

Zunehmend charakterisiert sich die Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten durch einen schlechten sozialen Status, durch Diskriminierung, vorangegangene Folter und politische Verfolgung sowie Vertreibung, gesundheitliche Probleme und rechtliche Unsicherheit, welche schon zu Vorbelastungen führen (vgl. Tuna 2002: 96).

Migration ist wie erwähnt mehr als nur der physische und geografische Wohnortswechsel. Sich in einem neuen Land zurechtfinden zu müssen beziehungsweise einhergehende soziale Akkulturation sowie psychische Adaptation an die neue Kultur bringen zusätzliche Belastungen mit sich. Veränderungen im Lebensraum (z.B. Klima, Ess- und Kleidungsgewohnheiten, Verlassen der gewohnten Umgebung), kulturelle Veränderungen (z.B. Akkulturation von einer kollektivistischen in eine individualistische Gesellschaft usw.) und vor allem tiefgreifende psychosoziale Veränderungen sind wichtige Dimensionen des Migrationsprozesses. Migration beinhaltet daher immer eine Trennung, welche ambivalente Gefühle versteckt hält. Sie löst Selbstzweifel, Einsamkeit und Angst vor der Zukunft aus, bringt aber auch Hoffnung mit sich und sorgt für Mut und Kraft. Migrantinnen und Migranten müssen sich von sozialen Beziehungen und Netzwerken (die bis dahin Lebensinhalt und -sinn vermittelt haben), der Familie, Bindungen wie Beruf und Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe trennen und ihre Verhaltensgewohnheiten verändern. Kein Bereich des Individuums bleibt also unverändert und in keinem Lebensbereich hat der Mensch dann die Möglichkeit, sich festzuhalten (vgl. ebd.: 90).

Cyzcholl beschreibt es als «Verlust psychischer Ganzheit und die Anforderung, in einem neuen Sozialisations- und Integrationsprozess diese Ganzheit wiederherzustellen» (Cyzcholl 2017: 23). So wird bei der Migration auch von der Entwurzelungsproblematik gesprochen. Damit wird das Selbstkonzept eines Menschen infrage gestellt. Das Gewohnte hat keine Geltung mehr und die Integrität des Selbst wird bedroht (vgl. Tuna 2002: 90).

Entwurzelung bedeutet, aus den emotionalen und psychischen Bindungen herausgelöst oder herausgerissen zu werden. Dargelegt wird jede Entwurzelung als ein kritisches Lebensereignis und wird jeweils persönlich anders begründet, anders verarbeitet und führt auch zu unterschiedlichen Konsequenzen. Eine davon kann unter anderem auch die Suchtmittelabhängigkeit sein. Denn die Ergebnisse der Stressforschung von Lazarus und Launier legen dar, dass kritische Lebensereignisse und chronische Stressoren eine Auswirkung auf die Gesundheit eines Menschen haben, und erfordern hohe Anpassungsleistungen (vgl. ebd. 91).

«Je stärker und je länger diese Ereignisse auf die Betroffenen einwirken, sodass schliesslich die normalen Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass als Folge innere Spannungszustände auftreten» und zu krankmachenden Prozessen führen (Tuna 2002: 91).

Häufig sind Migrantinnen und Migranten auch enttäuscht über das neue Heimatland, weil der Immigration hohe Erwartungen vorangingen. Die Vorstellung von der Zukunft wird oft nur auf wenige Aspekte wie wirtschaftliche Situation oder Zusammenleben mit der Familie komprimiert. Andere Aspekte wie zum Beispiel soziales Leben werden nicht bedacht und sie versuchen sich an der alten Norm zu orientieren, was zu sozialen Schwierigkeiten führen kann.

Migrantinnen und Migranten haben meistens eine schwierige finanzielle Lage, die im neuen Land zunächst eine unbefriedigende und deprimierende Lebenssituation zur Folge hat und oft nachhaltig bleibt. Statusverlust und Einschränkungen in sozialen Beziehungen können demnach zu psychischen Belastungen führen.

Oft können Migrantinnen und Migranten mit Einheimischen keine Beziehungen aufbauen, da sie häufig auf Misstrauen und Vorurteile seitens der Einheimischen stossen. Mangelhafte Sprachkenntnisse sind weitere Hindernisse, welche die Kommunikation erschweren. Somit wird die Vereinsamung, welche schon durch die Entwurzelung entstanden ist, noch verstärkt und kann besonders psychisch belastend werden (vgl. ebd. 92).

Weitere Faktoren, welche mit den oben genannten Faktoren im Zusammenhang stehen, wie zum Beispiel Beziehungskrisen in den Familien, Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, erschwerte Schul- und Ausbildungsbedingungen können ebenfalls als Stressoren wirksam werden und somit «die Wiederherstellung psychischer Ganzheit im Migrationsprozess» beeinträchtigen (Czycholl 2017: 23).

Für Jugendliche kommen nach Tuna (2002: 95f.) weitere Belastungen hinzu: Junges Einreisealter, Sprachprobleme, verunsicherte Familiensituation, abweichende Erziehungsstile, kulturelle Konflikte und anderer Einfluss der Eltern, Ablehnung im Heimatland, widersprüchliche Anforderungen sowie beiden Kulturen gerecht werden zu wollen. So entstehen zum Beispiel bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund aufgrund der kulturellen Normen zusätzliche Konfliktsituationen. Diese sind Spannungen zwischen familiärer Subkultur und Kultur des Aufnahmelandes vor allem in Religion (der christliche Glaube im Gegensatz zum muslimischen Glauben), Erziehungsvorstellungen sowie Familienstruktur. Auch sind Spannungen innerhalb der Familie vorhanden, da die einzelnen Familienmitglieder eine unterschiedliche Öffnung für die Kultur des Aufnahmelandes sowie Autoritätskonflikte haben und sich zugleich aufgrund des Migrationsverlaufs entfremden (vgl. ebd.). Vom Verlassen des Heimatlandes bis hin zur wirklichen Akzeptanz im und durch das Aufnahmeland erleben die Migrantenfamilien einen diffusen Prozess (vgl. Van Bekkum 2002: 75).

All diese belastenden Faktoren im Migrationsprozess erhöhen das Stressniveau, das wiederum wesentliche Hinweise für die individuelle Disposition zur Entwicklung und Aufrechterhaltung eines Suchtmittelgebrauchs ergibt (vgl. Ladewig 1996: 43).

Zum Beispiel wird «das Glücksspiel analog zum Gebrauch psychotroper Substanzen häufig zur positiven Ablenkung von negativen Gefühlszuständen eingesetzt» (Schouler-Ocak/Kavasoglu 2013: 81). Studien weisen sogar auf, dass Menschen mit problematischem Spielverhalten oft stressanfällige, problembelastete Menschen sind, die das Glücksspiel auch als Problemlösungsstrategie anzuwenden versuchen. Bei Menschen mit Migrationshintergrund ist das pathologische Glücksspiel sehr verbreitet. Dabei spielt der Einfluss der gesellschaftlichen Akzeptanz von Glücksspielen eine wichtige Rolle. Zum Beispiel gibt es in südeuropäischen Ländern wie Italien, Spanien und hauptsächlich in der Türkei Versammlungsorte für Männer wie Männercafés und Teehäuser, in denen sehr viel gespielt wird. Dieses Verhalten der Männer wird in diesen Kulturen positiv wahrgenommen und als eine legitime Freizeitaktivität gesehen. So wird es auch positiv bewertend vorgelebt und weitervermittelt, was durch das Lernen am Modell zum Nachahmen verleitet. Die Menschen mit Migrationshintergrund sind häufiger von der Arbeitslosigkeit betroffen, deshalb halten sie sich in ihrer Freizeit auch vermehrt in solchen Cafés auf, was das Spielen wiederum durch erhöhte Verfügbarkeit erleichtert (vgl. ebd.: 80–85).

Zurückgreifend auf das Modell der Sucht-Trias, bei dem sich die einzelnen Komponenten Person, Umwelt und Suchtmittel oder süchtiges Verhalten gegenseitig bedingen und fließend ineinander übergehen, wird eine Abhängigkeit im migrationsspezifischen Kontext aufgrund der Belastungssituationen begünstigt.

Eine Mehrheit der Migrantinnen und Migranten kann Schwierigkeiten und Probleme im Migrationsprozess über eine kurze oder lange Zeit bewältigen. Jedoch erfolgen für eine schwer ermittelnde Anzahl von Migrantinnen und Migranten psychogene Erkrankungen, die durch die Überforderung des Migrationsprozesses und seine Umstände entstehen. Es kann auch sein, dass vor der Migration eine Affinität zur Abhängigkeit besteht, die durch den Migrationsprozess bestätigt oder verstärkt wird (vgl. Czycholl 2017: 23).

In den zahlreichen Fällen, in denen solche Erkrankungen in Gestalt der Sucht auftreten, korrespondiert der migrationsbedingte Verlust psychosozialer Integrität mit dem desintegrierenden, destrukturierenden Charakter der Krankheit, zu deren Symptomatik in der wiederholten, unverzichtbaren Rauschmittelwirkung die Schaffung einer Illusion von Integrität und Ganzheit gehört. (Czycholl 2017: 23)

Czycholl (2017: 23-29) stellt fest, dass die Suchtmittelabhängigkeit im Zusammenhang mit migrationsspezifischen Integrationsproblemen eine besonders evidente Symptombildung ist, denn sie bietet für diese Probleme Scheinlösungen. Genauso aber verstärkt sie diese Probleme dramatisch und macht sie deutlicher erkennbar. Integrationsprobleme bedingen und verstärken also Abhängigkeitssymptome und Abhängigkeitssymptome bedingen und verstärken Integrationsprobleme.

Wichtig ist aber, dass diese Belastungsfaktoren nicht stereotyp auf alle Migrantinnen und Migranten zugeschrieben werden dürfen. Denn es besteht nur für Personen mit einem unsicheren Selbstwertgefühl, die über keine Konfliktfähigkeit und keinen ausreichenden Rückhalt verfügen, die Gefahr einer Suchtmittelabhängigkeit (vgl. Domenig 2001: 75). In diesem Fall ist der Zugang zur Selbsthilfe oder professioneller Beratung und Therapie aber meist durch Barrieren erschwert (vgl. Czycholl 2017: 29).

Diese Arbeit stellt als zentrale Frage, ob das Angebot des Suchthilfesystems seine Adressatin und seinen Adressaten erreicht, respektive ob und welche Zugangsbarrieren es gibt. Die entsprechenden Hindernisse werden im nächsten Kapitel erläutert.

4 Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem

Menschen mit Migrationshintergrund werden nach wie vor häufig als eine einheitliche Bevölkerungsgruppe dargestellt, jedoch enthält diese unterschiedlichste Herkunftsländer, Migrationsgenerationen, Altersgruppen, Bildungsniveaus, Aufenthaltsstatus, Milieus usw. und sind daher keine einheitliche, sondern eine heterogene Gruppe. Bei den Aussagen über die Menschen mit Migrationshintergrund muss daher beachtet werden, dass diese nicht alle betreffen. Fachkreise und Fachpersonen nehmen seit mehreren Jahren Abhängigkeitserkrankungen von Migrantinnen und Migranten sowie deren Zugang zum Suchthilfesystem zunehmend in den Fokus, jedoch ist es immer noch nicht klar, wie viele Migrantinnen und Migranten von einer Suchterkrankung betroffen sind, da genaue nationale epidemiologische Daten über Menschen mit Migrationshintergrund fehlen. Auch bleibt weiterhin unklar, ob Migrantinnen und Migranten von den Suchthilfeorganisationen erreicht werden oder ob immer noch Zugangsbarrieren vorhanden sind (vgl. Penka 2013: 27, Carron 2002: 211f.). Es wird nachfolgend versucht, diese Barrieren zum Suchthilfesystem vorzustellen.

Zugangsbarrieren können sowohl auf individueller Ebene (individuell aufseiten der Migrantinnen und Migranten oder individuell aufseiten der Professionellen) als auch auf struktureller Ebene (aufseiten des Angebots oder der Organisation) verortet werden (vgl. Gaitanides 2006: 225).

4.1 Zugangsbarrieren seitens Menschen mit Migrationshintergrund

Zugangsbarrieren von Menschen mit Migrationshintergrund für eine Inanspruchnahme der Suchthilfe sind an erster Stelle Kommunikationsbarrieren sprachlicher und kultureller Art. Es besteht die Angst, nicht verstanden beziehungsweise missverstanden zu werden. Ergänzend haben die Migrantinnen und Migranten – seien es die Jugendlichen mit Migrationshintergrund oder deren Eltern – ein unzureichendes Wissen über Drogen und Abhängigkeit. Auch wurden sehr wenige Kenntnisse von Hilfsangeboten und mangelnde Informationen über Sinn und Zweck von Suchthilfeeinrichtungen festgestellt (vgl. Penka 2013: 33).

Beispielsweise nutzt jemand, der drogen- oder alkoholgefährdet und erst vor kurzer Zeit eingewandert ist, die Angebote der Suchthilfe nicht, da er sie nicht kennt oder weil er infolge seiner Vorkenntnisse das Suchthilfesystem als einen Teil der staatlichen Repression wahrnimmt (vgl. Czycholl 2017: 78).

Ein wesentliches Hindernis ist auch die Angst vor Behörden und Institutionen, erst recht vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen wie Sanktionen oder Ausweisung aus dem Land, sobald ein Drogenkonsum beziehungsweise eine Abhängigkeit aufgedeckt wird. Die Schweigepflicht von Professionellen von Suchthilfeeinrichtungen ist vielen Migrantinnen und Migranten jedoch fremd (vgl. Penka 2013: 33). Trotz der Schweigepflicht besteht bei Migrantinnen und Migranten, welche eine Aufenthaltserlaubnis haben, das Risiko der Gefährdung, weil somit Ausweisungsgründe offenbart werden können und dadurch mindestens eine Statusverschlechterung veranlasst werden kann (vgl. Czycholl 2017: 78).

Dagegen ist es Asylsuchenden oder Personen, die sich illegal im Land befinden, durch die aufenthaltsrechtlichen Vorgaben verwehrt, Hilfen in Anspruch zu nehmen (vgl. Penka 2013: 33). Zum Beispiel muss ein illegaler Einwanderer mit Drogen- oder Alkoholproblemen aufpassen, nicht aufzufallen, damit seine Personalien nicht aufgenommen werden. Das führt dazu, dass die Person versucht, sich von jeder Hilfe oder Behandlung fernzuhalten, auch wenn eine akute Entgiftung und Therapie erforderlich wären (vgl. Czycholl 2017: 78).

Die fehlende Motivation von Migrantinnen und Migranten zu Beendigung des Drogenkonsums, Nutzung einer Beratung sowie Beginn einer Therapie ist auch erkennbar. Verantwortlich für die fehlende Motivation sind dabei besonders gesellschaftliche und rechtlich bestimmte Einflüsse wie der Aufenthaltsbeziehungsweise Ausländerstatus. Denn mit einem befristeten Aufenthaltsstatus entstehen ohnehin negative Auswirkungen bei der Suche nach einer Ausbildungsstelle oder Diskriminierungserfahrungen im Alltag, zum Beispiel bei Wohnungssuche, Behördenentscheid oder Konfrontationen mit Stereotypbildern. So entsteht auch ein Gefühl der Benachteiligung, unter welchem die Migrantinnen und Migranten sehr leiden und generell demotiviert werden. Diese Erfahrungen übertragen sich auch auf die Motivation, wenn es um die Nutzung des Suchthilfesystems geht (vgl. Penka 2013: 33–38).

Es bestehen infolge der Rolle der Psychiatrie die Angst der Stigmatisierung sowie die Assoziation mit einem sozialen Absturz. Es entsteht auch Angst bei den Migrantinnen und Migranten, weil sie die Psychiatrie oft mit dem Gefängnis gleichsetzen (vgl. ebd.). Die Therapie und die Beratung dagegen werden auch mit Negativem wie Schwäche assoziiert.

In Bezug auf das Konzept des Erklärungsmodells von Kleinman wurde festgestellt, dass die verschiedenen Kulturen eine Krankheit unterschiedlich erleben und verstehen können. Daher können Ansichten zu Symptomen, Entstehungsbedingungen, Verläufen und Behandlungsmöglichkeiten einer Krankheit verschieden sein (vgl. ebd.).

Es werden demzufolge im weiteren Verlauf dieses Kapitels Barrieren im Allgemeinen sowie auch Barrieren von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Besonderen dargelegt, um auf die Hindernisse kultureller Art (aufgrund türkischer Kultur/Gesellschaft) aufmerksam zu machen.

Abhängige Migrantinnen und Migranten sehen den Kontrollverlust selten in Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen. Hier entfaltet sich eine Gefahr der Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, worauf Hilfe gar nicht oder zu spät aufgesucht wird (vgl. ebd.: 38).

«Von den Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund wurde ausserdem der Begriff **niemand kann helfen** [Hervorhebung im Original] zu schwerwiegenden Problemen wie einer Drogenabhängigkeit zugeordnet, was als sehr bedenklich erscheint.» (Penka 2013: 38.) Diese Haltung könnte mit dem Gefühl der Stärke im Kontext stehen und auch erklären, wieso sie eventuell die Hilfe im Suchthilfesystem nicht beanspruchen wollen. Das Gefühl von Stärke steht also dem Wunsch nach Hilfe im Wege. Sichtbar sind hierbei soziokulturell vermittelte hohe Leidensbereitschaft und Stolz. So sind bei den Migrantinnen und Migranten, sofern es sich um eine generell suchtspezifische Einstellung handelt, eine Selbstüberschätzung und ein Gefühl der Kontrollfähigkeit im Umgang mit Drogen und Abhängigkeit sowie auch eine daraus erfolgende fehlende Einsicht abzuleiten. Noch stärker scheint diese fehlende Einsicht vor allem bei den Drogenabhängigen mit türkischem Migrationshintergrund. Sichtbar wird bei ihnen eine gewisse verinnerlichte Stärke, die sozusagen von Kindheit an anezogen wurde und erfordert, Probleme selbständig lösen zu können (vgl. ebd.: 34–38).

Bei auftretenden Drogenproblemen gibt es zum Beispiel bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund ausserdem noch eine bevorzugte Anwendung von innerfamiliären Bewältigungsstrategien, welche die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen verhindern (vgl. ebd.: 33).

Im Anschluss wird die türkische Gesellschaft mit ihren religions- und traditionsgebundenen Aspekten näher beschrieben, um Rückschlüsse zu den innerfamiliären Bewältigungsstrategien als Zugangsbarriere machen zu können.

In der islamischen Welt sind Alkohol und Drogen strikt verboten, obwohl Wein und gewisse Rauschmittel nach Beginn der Offenbarung des Korans (um das Jahr 610 n. Chr.) an den Propheten Mohammed noch erlaubt waren. Sie wurden danach schrittweise verboten. Unangemessenes Benehmen aufgrund von Drogenkonsum galt als verwerflich. Dennoch gibt es bis heute viele Gläubige, die durch die Verbote nicht davon abgehalten werden, Wein und andere Rauschmittel zu konsumieren (vgl. Yüksel 2002: 32f.). Im Laufe der Geschichte konnte der Wein respektive Alkohol so nur in privatem Rahmen beziehungsweise «unter Ausschluss der Öffentlichkeit» getrunken werden (Yüksel 2002: 32f.). Im Koran wird dazu aufgerufen, den *rechten Weg* zu befolgen und nicht in die falsche Richtung (in die Irre) zu gehen. Da sich die Gläubigen dem rechten Weg entsprechend verhalten müssen, nimmt der heimliche Konsum durch den extremen Druck vonseiten der Gesellschaft und der Gesetzeshüter zu. Der vor der breiten Öffentlichkeit versteckte Konsum wird zum gängigen Verhaltensmuster, das sich bis heute erhalten hat. Heutzutage ist in islamischen Ländern Alkohol aber auch in bestimmten öffentlichen Lokalen erhältlich (vgl. ebd.).

Das Konzept des rechten Weges kennzeichnet sich durch die Abgrenzung von *innen* (die Familie) und *aussen* (Religionsgemeinschaft, Gesellschaft). «Die Grenze zwischen diesen beiden Bereichen liegt sowohl in einem religionsgebundenen als auch in einem traditionsgebundenen Aspekt begründet, wobei Religion und Tradition in islamischen Gesellschaften so stark ineinander verschmolzen sind, dass eine Abgrenzung der beiden Bereiche voneinander kaum möglich ist.» (Yüksel 2002: 35) In der türkischen Gesellschaft wird die Abgrenzung von innen und aussen durch zusätzliche Muster befürwortet und verstärkt. Das Konzept bekommt allerdings in der Migration eine eigene Dynamik. Es grenzt zwischen Interaktionen nach *innen* (der Familie, dem eigenen Kulturkreis) und nach *aussen* (der Aufnahmegesellschaft) ab. Hierbei wird angenommen, dass die Aufnahmegesellschaft aufgrund ihrer anderen Werte und Normen für den rechten Weg unzutraglich sei (vgl. ebd.).

In der Türkei ist die traditionelle Kerngemeinschaft auch die Grossfamilie. Für die Charakterisierung dieser Kerngemeinschaft sind vier Begriffe sehr zentral: Ehre, Ansehen, Respekt gegenüber den Älteren und Liebe zu den Jüngeren (vgl. ebd. 35f.). Nun wird darauf hingewiesen, wie sich diese Haltungen auf die Suchterfahrungen auswirken könnten.

Die Grundeinstellung der Ehre: Ehre ist die Ehre der Familie und sie darf nicht beschmutzt werden. Der Kern dieser Ehre sind die Frauen und diese gelten als das Innen der Familie. Die Integrität der Frauen wird bewahrt, um der Gefahr von Ehebruch usw. vorzubeugen. Die Männer schützen dabei die Frauen gegen Übergriffe von aussen. Beim Verlust der Ehre betrifft es die Frau und den Mann. Deswegen sind zum Beispiel verhältnismässig weniger drogenabhängige türkische Frauen anzutreffen. Der Schutz nach aussen widerspiegelt sich hier als ein Effekt, denn so ist die Gefahr, selbständig an Drogen heranzukommen und diese zu konsumieren, verkleinert. Durch die Veränderungen in der türkischen Gesellschaft hat jedoch die Anzahl der türkischen Suchtmittelkonsumentinnen nun doch zugenommen (vgl. ebd.: 36f.).

Bei der Grundeinstellung des Ansehens ist es wichtig, dass das Ansehen der Familie gegenüber der Gesellschaft gestärkt wird. Aufgewertet wird es durch Güte, Reichtum sowie Bildung. Vermieden wird alles, was dem Ansehen schaden könnte. Bei einem Fehlverhalten von einem einzelnen Familienmitglied sind alle Mitglieder aufgefordert, dieses zu unterbinden, weil die Gesellschaft das Fehlverhalten des Einzelnen als Bewertungsgrundlage für die ganze Familie sieht. Wenn zum Beispiel das Kind in einer Familie drogenabhängig ist und die Familie ihr Ansehen dadurch geschädigt sieht, versucht sie, dies tunlichst zu unterbinden. Wenn dies nicht gelingt, wird die Drogenabhängigkeit vor der Gesellschaft verheimlicht. Als Konsequenz dessen wird das Kind den Drogenkonsum ohnehin geheim halten, sodass es eine Intervention der Familie verhindern kann, welche ihm den Zugang zu Drogen verwehren würde, und es deshalb auf die Drogen verzichten müsste. Oftmals wird in solchen Fällen auch, um Schadensbegrenzung beim Ansehen nach aussen zu betreiben und als Bewältigungsstrategie, das suchtkranke Kind in die Türkei geschickt. Diese Massnahme wird von türkischen Familien sehr oft eingesetzt (vgl. ebd.).

Die Grundeinstellung Respekt gegenüber den Älteren wird durch symbolische Handlungen bewirkt. Beispielsweise soll der Jüngere nicht in Gegenwart des Älteren rauchen oder dem Älteren nicht widersprechen. Wenn der Vater, der als Familienoberhaupt angesehen wird, einen Lösungsweg für den drogenabhängigen Sohn

bestimmt, darf der Sohn keinen Widerstand leisten, weil er vom rechten Weg abgekommen ist.

Die Grundeinstellung Liebe zu den Jüngeren wird besonders zum Ausdruck gebracht, wenn der Jüngere sich in einer Notlage befindet und ihm geholfen wird. Ausgedrückt wird diese Grundeinstellung auch mit dem Wort Verantwortung, denn abgesehen von den Eltern sind ältere Geschwister ebenfalls verantwortlich für beispielsweise den jüngeren Bruder. So wird dem drogenabhängigen Sohn, sofern er respektvoll mit ihnen umgeht, stets geholfen und soziale Unterstützung geleistet (vgl. ebd.: 37f.).

Soziale Unterstützung durch die Familie kann demnach auch negative Folgen der Abhängigkeit lange Zeit verbergen, jedoch kann am Ende der Verlust von Selbstkontrolle nicht verhindert werden (vgl. Koch/Assion 2013: 17). «Ziel der Fürsorge ist es, dem Jüngeren dazu zu verhelfen, die Ideale der Familie und der Gesellschaft zu verwirklichen.» (Yüksel 2002: 39) Dabei gilt die Gründung einer eigenen Familie als bedeutendster Lebensaspekt. Deshalb werden junge Erwachsene, die eine drogenfreie Phase haben, direkt verheiratet. Das Verheiraten wird nebst dem In-die-Türkei-Schicken bei den traditionellen Familien als geläufige Bewältigungsstrategie angewendet (vgl. ebd.).

Bei einer Migration gelten in der türkischen Gesellschaft – neben der Familie – enge Freunde, die Menschen aus der Nachbarschaft und diejenigen aus dem gleichen Dorf als nächste wichtigste Solidargemeinschaft. So erhoffen sich auch neu Immigrierende Hilfe in der Fremde von Migrantinnen und Migranten, die aus der gleichen Gemeinschaft kommen und sich schon länger im Aufnahmeland befinden (vgl. ebd.).

Aus diesem Aufbau türkischer Gesellschaften entstehen Folgen, von denen auch das Suchthilfesystem betroffen ist. Denn die Menschen mit türkischem Migrationshintergrund nehmen Angebote erst in Anspruch, wenn sie zum Beispiel durch juristischen Druck gezwungen werden oder zur Einsicht kommen, sich nicht auf die Hilfe vonseiten der Solidargemeinschaft verlassen zu können (vgl. ebd.: 42).

Schon für einheimische Drogenabhängige ist der Zugang zum hochschwelligem Suchthilfesystem (Beratung, Therapie, psychosoziale Betreuung usw.) sehr schwierig, weil es Hürden wie beispielsweise überwiegende Abstinenzorientierung der Einrichtungen sowie Schwierigkeiten seitens der Drogenabhängigen gibt. Unter anderem sind das Schwierigkeiten, wie man sich um seine eigenen Interessen kümmern und diese organisieren soll. Für Migrantinnen und Migranten, die an einer Suchterkrankung leiden, entsteht also abgesehen von Sprachproblemen, Unwissen

über die Gefahr der eigenen Situation oder über die vorhandenen Suchthilfeangebote noch zusätzlich (wie am Beispiel von traditionsgebundenen türkischen Migrantinnen und Migranten) eine Neigung zur Abgrenzung nach aussen, weil sie die Probleme innerhalb ihrer Gemeinschaft zu bewältigen versuchen (vgl. ebd.: 42).

Domenig (2001: 24) beschreibt, dass die Hälfte der Migrantinnen und Migranten der ersten Generation versucht, sich erst mal selbst zu helfen. Erst wenn alles andere scheitert, richten sie sich an offizielle Stellen. Zu den offiziellen Stellen möchten sie aber so wenig Kontakt wie möglich haben, weil diese für sie der «Inbegriff von sozialer Kontrolle» bedeuten (Domenig 2001: 24).

Weitere Zugangsbarrieren vonseiten der Migrantinnen und Migranten sind die Übertragung von schlechten Erfahrungen von Ämtern auf das Suchthilfesystem (vgl. Penka 2013: 33). Domenig (2001: 23) unterscheidet bei den Zugangsbarrieren dabei zwischen primären Zugangsbarrieren, welche den Weg zu den Hilfeangeboten bereits von Beginn erschweren (siehe obere Abschnitte), und sekundären Zugangsbarrieren, in denen nach einem aus Sicht der Migrantinnen und Migranten schlecht ablaufenden Erstkontakt ein erneutes Aufsuchen einer Institution nicht erfolgt. Ein schlecht ablaufender Erstkontakt kann durch Interaktionsschwierigkeiten wie zum Beispiel unterschiedliche Erwartungen und Vorstellungen in Bezug auf den Beratungs- oder Therapieverlauf, unterschiedliches Suchtverständnis oder abweichende soziale Praktiken entstehen (vgl. ebd.: 202f.). Zum Beispiel geben Menschen mit türkischem Migrationshintergrund auch als Barriere die Unkenntnis der Fachpersonen über ihre Kultur an, sodass eine erneute Kontaktaufnahme nicht vorgenommen wird (vgl. Schouler-Ocak/Kavasoglu 2013: 84). Die Migrantinnen und Migranten fühlen sich auch von Professionellen oft nicht ernst genommen und abgewertet. Sekundäre Zugangsbarrieren erfolgen also aus den Interaktionen mit Professionellen, bei denen Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund nicht situationsgerecht und nicht ihren Bedürfnissen und Vorstellungen entsprechend begegnet wurde (vgl. Domenig 2001: 202f.).

Deshalb soll bei der Analyse der Zugangsprobleme beachtet werden, dass diese nicht nur den Migrantinnen und Migranten zugeschoben werden können, sondern «auch die ausgrenzenden Einstellungen und Verhaltensmuster der MitarbeiterInnen und des institutionellen Arrangements» in den Blick genommen werden müssen (Gaitanides 2006: 225).

4.2 Zugangsbarrieren seitens Professioneller

Wie bereits erwähnt, wurden für die Zugangsbarrieren in der Vergangenheit vielfach die Menschen mit Migrationshintergrund verantwortlich gemacht. Lange wurde nicht wahrgenommen, dass diverse Barrieren auch durch Einschränkungen der Suchthilfe entstehen könnten (vgl. Penka 2013: 39). Jedoch nimmt die Sensibilisierung immer mehr zu, sodass auch Suchteinrichtungen selbst sowie deren Mitarbeitende ebenfalls eine Mitverantwortung für eine erschwerte Erreichbarkeit in Bezug auf die Migrantinnen und Migranten tragen (vgl. Penka 2013: 39).

Seitens der Professionellen des Suchthilfesystems sind genauso Hindernisse zu beschreiben, die den Zugang von Migrantinnen und Migranten zu den Hilfeangeboten behindern. Dabei sind auch hier Sprachbarrieren sowie ethno- und soziozentrische Denk- und Auffassungsweisen zu betrachten. Eine weitere Barriere ist die Überbetonung und klischeehafte Generalisierung kultureller Unterschiede, bei der die Individualität unterschätzt und der Handlungsspielraum durch defizitäre Zuschreibungen reduziert wird. Auch die Aktivierung und Abwehr verdrängter kollektiver Schuldgefühle, vor allem wenn Ausländer zu einem Feindbild heraufbeschworen werden, werden zu Hindernissen. Professionelle Überforderungsgefühle sowie Abwehr durch Kompetenzverlustängste sind weitere Zugangsbarrieren seitens Professioneller. In diesem Fall wird angenommen, dass im Umgang mit der Migrantinnen- und Migrantenklientel die erworbenen Kompetenzen abgewertet werden und dass die angeeigneten Methoden misslingen. Ebenso ist die Angst vor Mehrbelastung durch eine besonders schwierige und belastete Klientel ein Hindernis. Dabei entlasten sie sich direkt durch die Delegation an Sonderdienste. Mangelnde Bereitschaft und fehlende Energie, umzulernen, kann auch zu Schwierigkeiten führen. Wesentliche Zugangsbarrieren sind auch die Ignoranz der kulturellen Differenz, rassistische und strukturelle Ausgrenzung, welche auch als Colour-Blindness bezeichnet und dabei dennoch die Position «wir behandeln alle gleich!» vertreten wird (vgl. Gaitanides 2006: 226).

Menschen mit nicht genügenden Deutschkenntnissen kommen häufig nicht in Versorgungsangeboten an und werden zum Teil auch gezielt exkludiert. So ist es deutlich, dass diverse Barrieren vorliegen, die durch Mitarbeitende bedingt oder struktureller Art sind (vgl. Penka 2013: 39).

4.3 Zugangsbarrieren seitens Organisationen

In der Schweiz leisten rund 10 % der Suchthilfeeinrichtungen ein migrationsspezifisches Angebot. Dies wertete Infodrog – die Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht Schweiz – im Jahre 2012 aus. Sie schildern auch, dass eine weitere Sensibilisierung nötig ist, um dem Sinne von gesundheitlicher Chancengleichheit gerecht werden zu können (vgl. König 2012: 137f.).

In der Infodrog-Datenbank sind insgesamt 682 Suchteinrichtungen eingetragen. Davon haben 404 Einrichtungen die Frage nach einem migrationsspezifischen Angebot mit «Nein» und 75 Einrichtungen mit «Ja» beantwortet. Von den 75 Einrichtungen haben dann aber nur 69 ihr migrationsspezifisches Angebot näher beschrieben (vgl. ebd.).

Im Anschluss werden die Auswertungen der Infodrog-Datenbank (2012) als Tabelle dargestellt.

Angebotstyp	Anzahl Einrichtungen insgesamt	Anzahl Einrichtungen mit Migrationsangebot	in Prozent (gerundet)
Stationär	176	23	13,1 %
Teilstationär	66	6	9,1 %
Ambulant	378	35	9,3 %
Niederschwellig / Schadensminderung	62	5	8,1 %
	682	69	10,1 %

Tabelle 1: Suchthilfeeinrichtungen in der Schweiz mit migrationsspezifischem Angebot (<https://www.infodrog.ch>).

Dass nur 10 % aller Schweizer Einrichtungen migrationsspezifische Angebote ausweisen, ist sehr gering und zeigt, dass das Bewusstsein für migrationsspezifische Angebote seitens der Behörden und Einrichtungen relativ gering ist und gesteigert werden muss. Eine ausdrückliche und kohärente Verankerung der Migrationsthematik mit entsprechenden Leitbildern, Richtlinien und Konzepten fehlt also bei vielen Suchteinrichtungen, welche damit den Zugang von Migrantinnen und Migranten zu diesen Einrichtungen grundsätzlich erschweren. Der Migrationsklientel ist der Weg

aufgrund fehlender zielgruppenspezifischer Angebote verbaut und gilt zum Beispiel wegen der Sprachbarriere als hochschwellig (vgl. König 2012: 137f.)

Auch wenn alle schweizerischen Suchthilfeeinrichtungen Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund offenstehen, haben nur wenige davon migrationsspezifische Angebote (vgl. ebd.).

Strukturelle Zugangsbarrieren können unter anderem auch Gebühren, Lage (wie z.B. Wohnortferne), Kommunikationsstrukturen oder Öffnungszeiten sein, die mit der Lebenswelt belasteter Familien mit Migrationshintergrund nicht kompatibel sind. Auch religiöse Trägerschaften, die einen grossen Teil der sozialarbeiterischen Einrichtungen übernehmen, sind Hindernisse für die Migrantinnen und Migranten, da sie «christliche Tendenzbetriebe» sind (Gaitanides 2006: 225).

Das Suchthilfesystem steht insgesamt den Migrantinnen und Migranten nicht in gleicher Weise offen wie den Einheimischen. Die Aufgaben der Einrichtungen sind daher vorerst, ihre Arbeiten und Konzepte zu kontrollieren, ob sie von Menschen mit Migrationshintergrund prinzipiell genutzt werden können. Wichtige Entwicklungsansätze sind dennoch vorhanden und ergeben sich oft aus der Praxis. Jedoch ist die Aufgabe der Einrichtungen und Professionellen auch, zu überprüfen, wie primäre und sekundäre Zugangsbarrieren systematisch bewältigt werden können. Um Zugangsbarrieren im Suchthilfesystem senken zu können, braucht es eine systematische Entwicklung, die aufgrund interkultureller Öffnung und Kompetenz erfolgen kann (vgl. Czycholl 2017: 81 und 133). Doch was genau beinhaltet eine interkulturelle Öffnung und Kompetenz?

Um die Bedeutung der interkulturellen Öffnung und Kompetenz insbesondere für das Suchthilfesystem beantworten zu können, werden im Anschluss die interkulturelle Öffnung, die Schlüsselqualifikationen der interkulturellen Kompetenz und die interkulturelle Kompetenz in der Beratung resp. Suchtberatung dargelegt.

5 Interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenz

5.1 Interkulturelle Öffnung und Orientierung

Prof. Dr. Esteban Piñeiro & Dr. Martina Koch (2016: 4) halten fest, dass eine interkulturelle Öffnung einen radikalen Wechsel der Regeldienste im Umgang mit Migrantinnen und Migranten erfordert. Anstatt einer isolierten und dedizierten (segregativen) Arbeit mit Migrantinnen und Migranten sollen integrative Angebote in das allgemeine Angebot von Regeldiensten aufgenommen werden.

Dabei sollten Konzepte zur interkulturellen Öffnung von Organisationen in ein Gesamtkonzept von Antidiskriminierungsstrategien eingebaut sein. Die einzelnen Strategien benötigen daher auch eine Konkretisierung auf unterschiedlichen Politikebenen wie auf Bundesebene (mit der Einwanderungspolitik), auf kantonaler Ebene (mit Massnahmen für eine verbesserte Integrationspolitik) und auf kommunaler Ebene (Konzept für eine interkulturelle Stadtpolitik). Damit soll aber nicht nur eine «Top-down-Strategie» erfolgen, sondern begleitend sollen auch Initiativen, die aus den Einrichtungen selbst gelangen, gefördert werden. Durch eine sogenannte «Bottom-up-Stossrichtung» können prinzipiell Möglichkeiten von einzelnen Institutionen für die interkulturelle Öffnung gebraucht werden (Fischer: 2009: 21).

Interkulturelle Öffnung bedeutet infolgedessen einen «Prozess der Organisationsentwicklung, der die Zugangsbarrieren für Migranten zu Bildung, Kultur und Sozialen Diensten beseitigt» (Fischer 2004, zit. nach Fischer 2009: 20).

Die interkulturelle Öffnung erfordert interkulturelle Kompetenz. Dabei geben Einzelne oder Gruppen als Protagonisten den Antrieb. Die Organisationsentwicklung entsteht somit zum einen in Top-down-, zum anderen auch in Bottom-up-Richtung und versteht die Organisation als Ganze, welche auf einem Gesamtkonzept gestützt ist und auf bestimmten Qualitätsstandards beruht. Alle Dienste und Angebote einer Organisation sollen durch diese Entwicklung und deren Beiträge für jeden – unabhängig von seiner Herkunft, Religion, Weltanschauung, Lebensweise usw. – offenstehen (vgl. Fischer 2009: 21).

Durch das siebenstufige Modell der interkulturellen Organisationsentwicklung von Hoogsteder kann der Stand der interkulturellen Organisationsentwicklung kategorisiert werden (vgl. ebd.). Dabei werden bei diesem Modell folgende Stufen differenziert:

- **Stufe 1:** Die Organisation, in der es weder Mitarbeitende noch Klienten mit Migrationshintergrund gibt.
- **Stufe 2:** Die Öffnung der Organisation für Migrantinnen und Migranten als Nutzerinnen und Nutzer der Angebote und Dienstleistungen der Institution.
- **Stufe 3:** Ein interkulturelles Management der Dienstleistungen, das mit einer Anpassung des Dienstleistungsangebots auf die Interessen und Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten vereint ist.
- **Stufe 4:** Die Einstellung von Professionellen mit Migrationshintergrund als Sonderprojekte, um z.B. die Anzahl der Migrantinnen und Migranten zu erhöhen.
- **Stufe 5:** Interkulturelles Management des Personals, das mit einer umgestalteten Personalpolitik verbunden ist und unter anderem die Abschaffung von Diskriminierungen beabsichtigt.
- **Stufe 6:** Integriertes interkulturelles Management, welches interkulturelles Handeln zur integralen Komponente der Organisation gemacht hat.
- **Stufe 7:** Die interkulturelle Organisation, in welcher kulturelle Diversität sowohl auf der Ebene der Mitarbeitenden als auch der Nutzerinnen und Nutzer vorliegt und zum Normalzustand des Arbeitsalltags gehört. Von allen Akteuren wird es auch als eine effektive Chance gesehen (vgl. ebd.).

Wie erwähnt, ist das Ziel der interkulturellen Öffnung, die bestehenden Barrieren für den Zugang zu den Institutionen abzubauen und benachteiligenden Zuschreibungen entgegenzusteuern. Auch ist das Ziel, Professionelle mit Migrationshintergrund in möglichst allen Beschäftigungsbereichen und Funktionen einzustellen (vgl. ebd. 24).

Einige Städte, Organisationen und private Träger entwickeln und setzen interkulturelle Leitbilder um. Die interkulturelle Orientierung soll auch im Leitbild einer Stadt ihren Platz finden. Dabei beinhaltet die interkulturelle Orientierung einer Stadt die Anerkennung der kulturellen Diversität einer Stadtgesellschaft und ist darauf eingestellt, die «verschiedenen Gruppen am gesellschaftlichen Gestaltungsprozess zu beteiligen, Benachteiligungen abzubauen und Chancengleichheit herzustellen» (vgl. ebd.).

Soziale Ungleichheiten sowie Status- und Rechtsungleichheiten usw. werden nicht aus dem Fokus verloren. So ist für die Akteure die interkulturelle Orientierung mit der Selbstverpflichtung verbunden und hängt insofern mit einer selbstreflexiven Haltung zusammen. Auch sollte die interkulturelle Orientierung zum Querschnittsthema der Gesamtverwaltung werden, da alle Städte mit den Folgen von Migration konfrontiert sind und Stadtverwaltungen heterogene Gebilde sind (vgl. ebd.).

Das Modell einer lernenden Organisation, welches von Peter M. Senge entwickelt worden ist, zieht das Denken in Systemen und für Systeme heran. Dabei «sind neben dem Systemdenken die Disziplin der Selbstführung und Persönlichkeitsentwicklung (...), mentale Modelle, die Entwicklung einer gemeinsamen Vision und das Team-Lernen unabdingbar für die lernende Organisation» (Fischer 2009: 25). Somit wird also die gemeinsame Vision für die Entwicklung durch das Leitbild angegeben, indem aber auch Konkretisierungen auf der Institutionsebene zielgruppen- und aufgabenspezifische Ziele vorgenommen werden müssen. Zum Beispiel muss ein Jugendzentrum beim Abbau von Zugangsbarrieren darauf achten, dass beispielsweise türkische Mädchen als Zielgruppe anders angesprochen werden sollten als deutsche Mädchen. Die Kompetenzprofile müssen daher auch auf die speziellen Aufgaben und Funktionen angepasst werden. Es wird deutlich, dass dieser Prozess in der Hierarchie auf alle Akteure verweist. Schlussendlich muss gesagt sein: Damit dieser Prozess erfolgreich abläuft, ist von allen Professionellen Interesse und Verpflichtung erforderlich (vgl. ebd.).

Initiiert, begleitet und evaluiert werden sollte der Prozess in jeder Institution von einer Pioniergruppe, welche die Aufgaben des Change Managements übernimmt. Während des Prozesses ist die Leitung des Bereichs oder der Institution unbedingt zu beteiligen, weil es um wichtige Veränderungen und diverse Erwartungen geht. Die Pioniergruppe verknüpft dabei drei Punkte, welche aus der Führungsebene, der Klientel und dem Team besteht, und gleicht diese mit den eigenen Vorstellungen ab. Die Pioniergruppe respektive auch die Protagonistin oder der Protagonist spielen eine wichtige Rolle, da die eigenen Erfahrungen mit Veränderungen, Vorbildern, Bedürfnissen, Ängsten usw. das eigene Handeln beeinflussen. Daher sind klare Ziele und Handlungsschritte festzulegen (vgl. ebd.). «Ein weiterer Pol in diesem Spannungsfeld sind die Erwartungen und Erfahrungen des Klienten mit der Einrichtung» (Fischer 2009: 26).

Wie in Kapitel 4 beschrieben, sind dazu etliche Barrieren nachweisbar, die den Zugang zu sozialen Diensten erschweren. Barrieren innerhalb einer Institution werden somit ebenso deutlich. Deshalb hat das Change Management auch mit Widerständen seitens

Professioneller zu kämpfen. Mit diesen Widerständen sich auseinanderzusetzen, ist jedoch der erste Schritt bei der Entwicklung eines Teams (vgl. ebd.: 27).

Den meisten Mitarbeitenden, die in ihren Alltagsroutinen verstrickt und auch einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind, fehlt es an Reflexionsebenen, bei der die Wirkung des eigenen Handelns auf die Gesamtorganisation wiedergegeben wird. Oft wird dies von der Organisation nicht vorgelebt und erstrebt. Also heisst es, dass Organisationsentwicklung auf Personen angewiesen ist, die die Bereitschaft zum Umdenken zeigen, ihre Einstellungen selbstkritisch abfragen und diese in ihrem beruflichen Handeln umsetzen. Ohne eine professionelle Unterstützung, zum Beispiel Fortbildungen zur Vermittlung interkultureller Kompetenz, können Prozesse der Organisationsentwicklung nicht implementiert werden (vgl. ebd.).

5.2 Interkulturelle Kompetenz und ihre Teilkompetenzen

Die interkulturelle Kompetenz wird in interkulturell kognitive Kompetenz und interkulturelle Handlungskompetenz aufgeteilt, welche Schlüsselqualifikationen interkultureller Kompetenz beschreiben (vgl. Gaitanides 2006: 223). Um eine bessere Übersicht zu bekommen, werden diese nachfolgend beschrieben:

Interkulturell kognitive Kompetenz

- Kenntnisse über Herkunftsgesellschaften/-kulturen/politische Strukturen/ Geschichte usw. der Herkunftsländer von Migrantinnen und Migranten
- Kenntnisse über Herkunftssprachen und Auslandserfahrungen
- Kenntnisse über geschichtliche Prägungen, politische/sozio-ökonomische Strukturen, kulturelle Standards und spezifische kollektive Identitätsprobleme der Mehrheitsgesellschaft des Einwanderungslandes
- Kenntnisse über Struktur und Entwicklung, Ursachen und Folgen von Migrationsprozessen
- Kenntnisse über die verschiedenen psychosozialen Reaktionsmuster und Bewältigungsstrategien von Integrationsproblemen
- Kenntnisse über das migrantenspezifische Versorgungsnetz und über die spezifischen Zugangsbarrieren zu den Angeboten der sozialen Dienste
- Kenntnisse über die Binnendifferenzierung der Einwanderergruppen

- Kenntnisse über rechtlichen, politischen und sozialen Status der Immigrantinnen und Immigranten
 - Kenntnisse über Erscheinungsformen und Ursachen von Vorurteilen und Rassismus
 - Kenntnisse über theoretische Bedingungen, Strategien und Methoden interkulturellen Lernens und antirassistischer Arbeit
- (vgl. ebd.).

Interkulturelle Handlungskompetenz

Empathie

- Bereitschaft und Fähigkeit zur Einfühlung in Menschen anderer kultureller und sozialer Herkunft und Zugehörigkeit
- Einfühlung in die Opfer von Vorurteilen, rassistischer Ausgrenzung und Ungleichbehandlung

Rollendistanz

- Dezentrierte kulturelle und soziale Selbstwahrnehmungsfähigkeit
- Fähigkeit zur Einnahme der anderen Perspektive und Relativierung der eigenen Ansicht

Ambiguitätstoleranz

- Fähigkeit, Ungewissheit, Unsicherheit, Fremdheit, Nichtwissen und Mehrdeutigkeiten zu erdulden
- Neugier und Offenheit gegenüber dem Unbekannten
- Respektieren der anderen Meinung
- Abgrenzungs- und Konfliktfähigkeit: Das Fremde/andere weder abwehren durch Abwertung – noch sich ihm überanpassen durch Selbstverleugnung

Kommunikative Kompetenz

- Sprachfähigkeit
- Dialogfähigkeit, Verständigungsorientierung
- Aushandlungsfähigkeit

(Gaitanides 2006: 223)

Die interkulturelle Kompetenz gilt als Profil einer beruflichen Schlüsselqualifikation und lässt sich auf verschiedenen Ebenen bilanzieren. Unterschieden werden entsprechend die Ich-, Wir-, Sach-, und Organisationsebene, welche allerdings in einer globalen Kausalität integriert sind (vgl. Fischer 2009: 37).

Der Kern des Kompetenzprofils (die Ebene der Interaktion und Kommunikation) wird in verschiedene Kontexte inkludiert: den Rahmen der Organisation, den Rahmen der Gesellschaft und die transnationalen Aspekte. Globale Prozesse beeinflussen dabei konstant berufliche Tätigkeiten im Migrationskontext (vgl. ebd.). «Insbesondere Entwicklungen im Rahmen der Europäischen Union (z.B. Harmonisierung des Asylrechts oder Veränderungen der Zuwanderungsbedingungen) wirken sich letztlich auch auf professionelles Handeln in den Migrationsfeldern der Gesellschaft aus» (Fischer 2009: 37). Diese Entwicklungen kommen in Ökonomie, Recht, Politik, Kultur und sozialen Strukturen der jeweiligen Staaten zum Ausdruck und beeinflussen somit die institutionellen Rahmenbedingungen. Sie führen zu einer Umgestaltung der Leitlinien für das berufliche Handeln des Einzelnen (vgl. ebd.).

Dies lässt sich folgenderweise veranschaulichen:

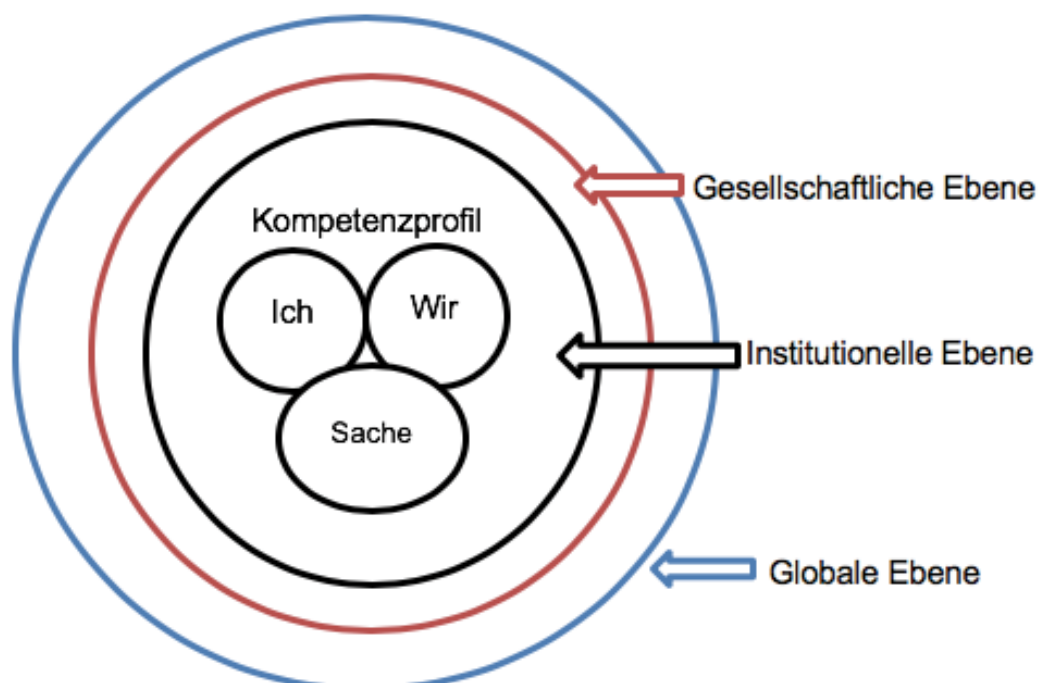


Abbildung 3: Interkulturelles Kompetenzprofil (eigene Darstellung).

Die Differenzierung der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten nach Herkunft, Einkommen, sozialen Zusammenhängen, Alter, Geschlecht, kulturellen Identifikationen, Aufenthaltsstatus, Integrationsstand usw. sind weiterhin bemerkbar und aufgrund dessen sind auch Integrationserfolge bei einigen Zielgruppen zu beobachten. Jedoch entstehen bei vielen Migrantinnen und Migranten, welche bereits seit Jahren im Aufnahmeland leben, «durch die marginale sozioökonomische und rechtliche Stellung» vielseitige Probleme der Benachteiligung, aus der sich ein besonderer Beratungs-Dienstleistungsanspruch herausbildet (Zacharaki 2009: 173).

5.3 Interkulturelle Kompetenz in der Beratung

Gesellschaftliche und ökonomische Entwicklungen haben aktuell zur Folge, dass der bereits bestehende Beratungs- und Dienstleistungsbedarf steigt. Vielfach sind bei schlechter werdenden Lebensbedingungen in allen Bereichen die Migrantinnen und Migranten betroffen. Diese machen sich auf dem Arbeitsmarkt, bei der Integration, Gesundheit, beim Wohnen usw. bemerkbar. Die sozialen Dienste sind aufgrund dieser Klientel mit den unterschiedlichsten kulturellen Prägungen vor neue Herausforderungen gestellt (vgl. Zacharaki 2009: 173).

Die immer grösser und schwieriger werdende Diversität von Werten und Lebenshaltungen in der Bevölkerung macht interkulturelle Öffnung und Kompetenz in sozialen Institutionen unvermeidbar. Die Rahmenbedingungen müssen überprüft und verbessert werden, sodass alle Personen, unabhängig von ihrer ethnischen kulturellen Prägung und Herkunft, das Angebot nutzen können. Dieses Angebot muss durch den Erwerb interkultureller Kompetenz sowie durch zusätzliches Handlungswissen, welche im Unterkapitel 5.2 vorgestellt worden sind, ergänzt werden (vgl. ebd.). Eine wichtige Grundlage in der interkulturellen Arbeit ist es, dass die professionellen Beraterinnen und Berater ihre eigenen Wertvorstellungen aufgrund der eigenen kulturellen Prägung reflektieren (Zacharaki 2009: 174). Dadurch können die eigenen Deutungsmuster und Wahrnehmungen erfasst, geordnet und gegebenenfalls verändert werden. Durch die Selbstreflexion der eigenen kulturellen Prägungen kann das Bewusstsein ausgeweitet werden. Die Person kann damit erkennen, wie die eigenen automatisierten Haltungen und Leitbilder in das Handeln einfließen und deshalb auch als normal, selbstverständlich sowie feststehend wahrgenommen werden. Die Erfahrungen, die die Klientel in den eigenen Kulturkreisen, in der Familie oder ethnischen Gemeinschaft im Aufnahmeland gemacht haben, und die daraus entstandenen Grundsätze und

Haltungen sind für diese ebenfalls Normalität, verbindlich und selbstverständlich. Die professionellen Beraterinnen und Berater müssen unter anderem auch die Kompetenz des Respektierens und des Nichtbewertens der Wahrnehmungen der Klientel mitbringen (vgl. ebd.). Nach Zacharaki (2009: 175) besteht die Fähigkeit der interkulturell ausgerichteten Beratung darin, «in der Beratungssituation selbst eine Begegnung zwischen den Beteiligten zu ermöglichen und den wechselseitigen Zugang zu den unterschiedlichen Wahrnehmungs- und Deutungsmustern, die jeder aufgrund seiner eigenen Erfahrungen und kulturellen Prägungen mit sich bringt, in der Kommunikation zu erschliessen». Diesbezüglich brauchen die Professionellen Informationen über den Migrationshintergrund, die Kultur, Lebensweisen, soziale Situation, Infrastruktur und das Umfeld der Klientel sowie geeignete Methoden für die Gestaltung der Kommunikation (vgl. ebd.).

5.3.1 Systemische Ausrichtung der Beratung im interkulturellen Feld

Die Systemtheorie ist hierbei eine geeignete Methode und trägt vornehmlich dazu bei, dass Störungen und Konflikte nicht per se individualisiert und als abnormal erklärt, sondern mit dem sozialen und kulturellen Zusammenhang verknüpft werden (vgl. ebd.). «Generell kann man die systemische Beratung als den Versuch ansehen, von einem Problem-Zustand zu einem Nicht-Problem-Zustand, mit dem Ziel einer Lösung zu kommen.» (Schlippe et al. 2000, zit. nach Zacharaki 2009: 175)

Zum Beispiel können somit neue Prozesse veranlasst beziehungsweise neue Zustände entworfen werden. Weiterhin kann das Problem anders bewertet und somit positiv uminterpretiert werden. Wenn das Problem unverändert bleibt, wird dies akzeptiert, wodurch die Möglichkeit, mit dem Problem anders umzugehen, sich öffnet. Das Aufrechterhalten eines Systems (Familie, soziales Umfeld) hat den Vorteil, das vorhandene Gleichgewicht nicht hinsichtlich gefährlich erlebter Veränderungen zu stören. Auslöser erscheinen vielfach in kritisch erlebten Übergängen wie Arbeitslosigkeit, Migration, Scheidung usw. und werden bedrohlich erlebt, da an der Identität des Systems gezweifelt wird. Da Migration auch bedeutet, das stützende System aufzugeben und sich in ein neues zu integrieren, werden bei Problemlagen nicht nur die Ursachen der Migrantinnen und Migranten beachtet, sondern auch das System (Familien, soziales Milieu usw.). Denn ein gesundes System trägt dazu bei, dass Probleme und Störungen besser bewältigt werden können. Der Zugang zum Individuum kann mit dem systemischen Ansatz meist erst dann erreicht werden, wenn das soziale Umfeld auch berücksichtigt wird (vgl. ebd.).

«Bei dem systemischen und bei dem interkulturellen Ansatz handelt es sich in der Beratung um die Begegnung zwischen professionell Handelnden und Klienten» (Zacharaki 2009: 176). Das heisst, dass die Beratung von Migrantinnen und Migranten eine Kombination aus systemischem und interkulturellem Ansatz benötigt. Einerseits beansprucht die interkulturelle Arbeit ein systemisches Denken, andererseits ein Verständnis und Bewusstsein für kulturelle Prägungen (vgl. ebd.).

Systemisches professionelles Handeln ist letztendlich:

- die Fähigkeit, eine konstruktive Beratungsbeziehung zwischen Beraterin und Berater und Klientin und Klienten herzustellen, aufrechtzuerhalten und einen Rahmen zu schaffen, in dem der Beratungsprozess verlaufen kann
- professionell den Beratungsprozess zu steuern und mit verbalen und non-verbalen Mitteln den Ablauf aktiv mit zu beeinflussen, durch die Empathie das gegenseitige Vertrauen herzustellen, um eine Veränderung in der Situation der Klientinnen und Klienten auszulösen
- die Fähigkeit, Vermutungen der Klientinnen und Klienten über Erwartungen an andere festzustellen und zu verdeutlichen
- die Fähigkeit, Problemsituationen zu bewerten, dadurch den Blick auf Chancen und Möglichkeiten zu richten und sich bewusst von der defizitären Facette der Ereignisse abzuwenden
- Offenheit, Neugier, Wertschätzung sowie Auseinandersetzung mit den eigenen Bildern und Stereotypen und mit denen der Klientel
- die Selbstreflexion des eigenen Handelns als laufende Auseinandersetzung ist sowohl beim systemischen als auch beim interkulturellen Ansatz wichtig

(vgl. Zacharaki 2009: 177)

Mit den oben genannten Fähigkeiten kann eine angemessene Begegnung zwischen der Beraterin und dem Berater und der Klientel mit ihren unterschiedlichen kulturellen Prägungen sichergestellt werden. Die kulturellen Kontexte müssen also bei der Beratung von Migrantinnen und Migranten betrachtet werden. In diesem Fall können die Dimensionen zur Charakterisierung von Kulturen nach Hofstede Hilfe bieten, welche im Anschluss vorgestellt werden. Beachtet werden muss jedoch bei diesen Ordnungsdimensionen von Kulturen, dass die Person immer mit ihrer individuellen Biografie, ihren Selbstbildern und Selbstkonzepten das Wichtigste ist (vgl. ebd. 178).

5.3.2 Dimensionen kultureller Unterschiede in der Beratung

Bei den von Hofstede beschriebenen Kulturdimensionen handelt es sich um ein theoretisches Konstrukt, welches für die Beratung einer Klientin oder eines Klienten Anknüpfungspunkte erfassen kann (vgl. ebd.). Hofstede nennt fünf voneinander unabhängige Dimensionen kultureller Unterschiede:

1. Machtdistanz

Bei dieser Dimension wird der Grad der ungleichen Machtverteilung innerhalb einer Gesellschaft und deren Akzeptanz durch die Mitglieder der Gesellschaft bestimmt. Mit der Machtverteilung wird in verschiedenen Gesellschaften sehr unterschiedlich umgegangen. In einigen Gesellschaften wird eine ungleiche Machtverteilung als Naturgesetz akzeptiert, dagegen gibt es Gesellschaften, die die Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit des Einzelnen unterstreichen. Kommunikations- und Entscheidungsprozesse mit einer hohen Machtdistanz laufen von oben nach unten ab. Das heisst, dass den Eltern, Vorgesetzten oder Lehrern nicht widersprochen wird. Doch in Ländern mit einer geringen Machtdistanz wird nach dem Gleichheitsprinzip agiert, bei dem die Eltern, Kinder, Lehrer gleichberechtigt sind und auf Augenhöhe kommunizieren können.

2. Kollektivismus – Individualismus

Eine einzelne Person, die in ein ungezwungenes Netz sozialer Beziehungen eingebettet ist, lebt in einer Gesellschaft, in der die Kultur individualistisch orientiert ist. Dagegen gibt es in Gesellschaften mit kollektivistisch orientierten Kulturen enge Gruppenverbindungen, bei denen eine hohe Erwartungshaltung und eine Verpflichtung der gegenseitigen Hilfe innerhalb der Gruppe bestehen. Die Gruppe regelt das Privatleben und die Meinungsbildung, weil die Kollektivinteressen der Gruppe das Individualinteresse anführen. Daher wird Denken in der «Wir-Form» gelernt. Ebenso, dass auch die Gemeinschaft das Hauptgewicht hat. Konfrontationen und Konflikte werden hierbei als unhöflich betrachtet und direkte Auseinandersetzungen werden deswegen vermieden.

3. Maskulinität – Feminität

Maskulin geprägte kulturelle Orientierungssysteme unterstreichen die männliche Geschlechterrolle. Es wird besonders von maskulinen Werten wie Unabhängigkeit, Selbstbehauptung und Wettbewerb ausgegangen. Die Geschlechterrollen

überschneiden sich dagegen in Gesellschaften, in denen auch feminine Werte gültig sind. Diese werden genauso geschätzt. Es besteht bei den Mitgliedern ein beziehungs- und kooperationsorientiertes Verhalten.

4. Unsicherheitsvermeidung (stark – schwach)

Je nach Gesellschaft werden unsichere, widersprüchliche und fremde Situationen unterschiedlich gehandhabt. Das Bedürfnis nach klaren Regeln und strukturierten Situationen wird bei kulturellen Orientierungsmustern, die vor allem Unsicherheitsvermeidung erstreben, ersichtlich. Handkehrum sind kulturelle Orientierungsmuster, die eine schwache Unsicherheitsvermeidung mit sich bringen, mit hoher Risikobereitschaft, Offenheit und Neugier gegenüber Andersartigkeit verbunden.

5. Zeit- und Raumdimensionen

Kulturen werden zwischen schnellen und langsamen Lebensrhythmen unterschieden, sowie wird zwischen «monochroner» und «polychroner» Zeiteinteilung differenziert. Ein monochrones Zeitverständnis herrscht z.B. in der Schweiz. Handlungsabläufe werden in Zeitabschnitte eingeteilt und nacheinander geschaltet, wodurch Zeit linear verstanden wird. Hochstrukturiertes, methodisches Arbeiten ist gewünscht und auf Pünktlichkeit wird geachtet. Private Zeit und Arbeitszeit werden voneinander getrennt und Privatsphäre muss respektiert werden. Auf ein polichrones Zeitverständnis dagegen wird in den Mittelmeerregionen, in Lateinamerika, im mittleren Osten oder in Afrika gesetzt. Da regeln Menschen viele Sachen gleichzeitig und gehen sehr flexibel mit Zeitplänen um. Termine sind weniger wichtig als menschliche Beziehungen. Raumkonzepte sind auch oft kulturell geprägt. Eine geringe körperliche Distanz bei Gesprächen ist für einige Kulturen gewöhnlich, währenddessen es bei anderen nicht erwünscht wird. Dies gilt auch bei Berührungen im Falle einer Kontaktaufnahme. Zum Beispiel ermöglichen die eigenen vier Wände in westlichen Gesellschaften, welche die Privatsphäre und den öffentlichen Raum stark trennen, Auszeit und Schutz. In anderen Gesellschaften können Menschen (z.B. Muslime) hingegen unangemeldet einen Besuch abstatten, da dies nicht als Störung erfasst wird (vgl. Zacharaki 2009: 178f.).

Die jeweiligen Kultursysteme sollten analysiert werden und gleichzeitig sollten Beraterinnen und Berater der eigenen Kulturessenz gegenüber kritisch bleiben (vgl. ebd.).

5.3.3 Interkulturelle Kompetenz in der Suchtberatung

«Die Einführung von kulturellen Aspekten und die Berücksichtigung von Migranten als spezielle Zielgruppe bei Aktivitäten der Prävention, Beratung, Betreuung und Therapie in den Handlungsfeldern der Suchthilfe begünstigt und begründet interkulturelle Suchthilfe.» (Salman 2002: 17)

Wenn die Angebote der Suchthilfe sprachliche, kulturelle und migrationsspezifische Aspekte beinhalten, kann die Suchthilfe als interkulturell bezeichnet werden. Emanzipatorische Grundlagen sind die Basis einer integrativen und kultursensiblen Suchthilfe. Hinsichtlich der interkulturellen Qualität müssen die vorhandenen Suchthilfekonzepte überprüft und um migrationsspezifische Faktoren ergänzt werden. Um einen konzeptionellen Abbau von Zugangsbarrieren zu ermöglichen, muss insgesamt eine interkulturelle Öffnung bestehender Regeldienste der Suchthilfe vorangetrieben und favorisiert werden. Damit Migrantinnen und Migranten Zugang zur Suchthilfe finden, sollten die vorhandenen migrationsspezifischen Institutionen integrierend wirken und die Regeldienste der Suchthilfe nicht ersetzen, sondern ergänzen. Eine Zusammenarbeit aller Dienste im Aufbau dieser Angebote ist sinnvoll und effizient (vgl. ebd.).

Auch notwendig ist aber, Migrantinnen und Migranten als Experten der Suchthilfe auszubilden und einzustellen. Das bedeutet nicht, dass Professionelle mit Migrationshintergrund die besseren Fachkräfte sind, jedoch können Migrantinnen und Migranten zu diesen Personen schneller Vertrauen aufbauen und fühlen sich schneller verstanden und aufgehoben, denn Sprache ist eine Machtquelle und ein Hauptträger von Emotionen und Identität. Dies hat auch zur Folge, dass Migrantinnen und Migranten Suchtberatung öfters beanspruchen. Die Sprache ist auch eng mit Selbstwertgefühlen und mit den kulturellen Faktoren, welche in Kapitel 3 beschrieben worden sind, verbunden (vgl. ebd.: 17f.).

«Mit zunehmender Behandlung durch und mit Fachkräften aus dem gleichen Kulturkreis wird der Migrant damit belohnt, dass Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung von seinem Leiden sich decken, somit Kommunikation und Therapie möglich werden.» (Salman 2002: 19) Da die Migrantinnen und Migranten mit ihrem Problem oder ihrer Krankheit anerkannt werden, steigt ihre Motivation. So kann ihnen auch die Möglichkeit gegeben werden, bei Beginn einer Beratung einfacher mitzuarbeiten und zu kooperieren (vgl. ebd.).

Da alle Fachkräfte der Suchthilfe mit steigender kultureller Vielfalt konfrontiert sind, welche hohe Anforderungen an ihre berufliche Kompetenz stellt, müssen interkulturelle Kompetenzen für alle zum festen Programm der beruflichen Fachkompetenz in der Suchthilfe werden. Zum Beispiel unterscheiden sich die Sichtweisen zwischen Migrantinnen und Migranten und Beraterinnen und Berater, weil die Bedeutungsinhalte und Symbole in verschiedenen Sprachen nicht deckungsgleich sind (vgl. ebd.: 18). So kann durch den Erwerb der interkulturellen Kompetenz unter anderem die Fähigkeit, «das Verstehen der anderen Kultur (...) oder das Sich-vertraut-machen-Können mit ihr; [sowie] die Fähigkeit der Verständigung mit Personen anderskultureller Herkunft» angeeignet werden. Dadurch können in der interkulturellen Suchtberatung eine gemeinsame Sprache entwickelt und eine gemeinsame Realität konstruiert werden (Pavkovic 2002: 57). Das Verstehen und Verständigen bestimmen bei der Begegnung und Interaktion die Qualität der Beziehung zwischen Professionellen und Klientel. Je besser diese Beziehung funktioniert, desto grösser ist auch die Motivation des Hilfesuchenden, weiterhin in die Suchtberatung zu kommen und sein Verhalten in die gewünschte Zielrichtung (z.B. Abstinenz) zu wandeln (vgl. ebd.).

Deswegen sollten in beraterischen Aus- und Weiterbildungen migrations- und kulturspezifische Fachkenntnisse und Arbeitstechniken aufgenommen werden (vgl. Salman 2002: 18). «Diese umfassen kulturelle Konstruktionen und das stete Erweitern von fachlichen Kenntnissen über kulturelle Unterschiede bezüglich der Vorstellungen und Bewältigung der Sucht.» (Salman 2002: 18) Zum Beispiel kommen türkische Migrantinnen und Migranten, die suchtmittelabhängig sind, aus familiären Verhältnissen, von denen sie sich meist innerlich und äusserlich nicht getrennt haben. Damit ein bedarfsgerechtes Angebot gewährleistet werden kann, muss diese Tatsache in der Suchtberatung berücksichtigt werden (vgl. Yüksel 2002: 43). Die Erklärungsmuster für Suchtursachen sind gerade auch, «nebst der Wahrnehmung körperlicher Prozesse und bestimmter Erwartungen» an eine Behandlung oder Beratung, vom soziokulturellen Zusammenhang der Beteiligten gebildet (Salman 2002: 19). Erforderlich sind deshalb Kenntnisse über kulturell geprägte Suchtvorstellungen, damit Suchtverläufe erkannt, aus biografischer Sicht abgewogen und ausführbare Beratungs- und Behandlungswege aufgezeigt werden können. Hierzu gehören auch zielgruppenspezifische Informationen über Familienstrukturen, Geschlechterrollen und Migrationshintergründe (vgl. ebd.). Diesbezüglich können die Kulturdimensionen nach Hofstede, welche in Unterkapitel 5.3.2 erläutert worden sind, als eine Orientierungshilfe hinzugezogen werden.

Diese Kulturdimensionen nach Hofstede zeigen nämlich auch die Gefahr von Stereotypenbildung auf und können zu einem gleichwertigen Beratungsablauf führen (vgl. ebd.).

Da Abhängigkeitserkrankungen sich sowohl bei ethnischen Gruppen als auch in Abhängigkeit von Umgebungsfaktoren unterscheiden, kann eine integrierte Beratungs- und Behandlungsstrategie im Suchthilfesystem beides erreichen, und zwar sowohl den Migrationshintergrund berücksichtigen als auch die klassischen Behandlungsstrategien beinhalten (vgl. Koch/Assion 2013: 23).

In Suchthilfeeinrichtungen können externe interkulturelle Teams die Fachkräfte der jeweiligen Suchthilfe unterstützen, den Migrantinnen und Migranten eine angemessene Beratung und Behandlung anzubieten. Durch die lange dauernde Zusammenarbeit in interkulturellen Teams werden die Professionellen ohne Migrationshintergrund anhand von gewonnenen Erfahrungen und Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen mit Migrationshintergrund auch zu Spezialisten (vgl. Salman 2002: 20).

Der Erwerb der interkulturellen Kompetenz kommt nicht nur bestimmten Migrantinnen- und Migrantengruppen zugute, sondern allen Nutzern der Gesundheitsversorgung (vgl. Pavkovic 2002: 56).

6 Schlussfolgerungen

Im Folgenden sollen die wesentlichen Erkenntnisse der Arbeit aufgegriffen werden und zur Beantwortung der Hauptfragestellung führen. Ausgehend von den Erkenntnissen werden abschliessend weiterführende Fragestellungen formuliert, die interessant wären, in einem nächsten Schritt bearbeitet und diskutiert zu werden.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Menschen mit Migrationshintergrund werden bezüglich einer Suchterkrankung aufgrund des Migrationsprozesses als Risikogruppe bezeichnet. Es gibt jedoch kaum exakte Daten darüber, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund von einer Suchterkrankung betroffen sind. Mithilfe des Sucht-Trias-Modells nach Kielholz und Ladewig (1973) wurde ein Verständnis über die Entstehung von Sucht geschaffen. Sie entsteht aus einer komplexen Zusammenstellung von Bedingungsfaktoren bei der sowohl persönliche und gesellschaftliche Ursachen wie auch Ursachen in der Substanz betrachtet werden, welche in Wechselwirkung stehen. Daneben wird die Entstehung von Migration nach Han (2000) als ein Ergebnis eines Zusammenwirkens von etlichen Ursachen (wie z.B. politische, ökologische, ethnische, soziale usw.), welche zum einen auf gesellschaftlich struktureller, zum anderen auf persönlich individueller Ebene entstehen, verstanden. Dabei kann Migration in der Phase des Akkulturationsprozesses (Desozialisation) erhebliche Belastungen mit sich bringen (s. Kapitel 2.2 und 2.3). Das Thema Sucht und Migration ist ein weites Feld mit verschiedensten Begleiterscheinungen und grundlegenden Konsequenzen. Migration und die sich daraus ergebenden Belastungen und Erfahrungen können eine Suchtentwicklung begünstigen. Der Grund für eine Suchtentwicklung ist aber nicht der Migrationshintergrund selbst, sondern es sind die in der Aufnahmegesellschaft entstehenden sozio-ökonomischen Benachteiligungen, Diskriminierungserfahrungen, fehlenden Perspektiven usw., die ein kompensatorisches Suchtverhalten protegieren können (s. Kapitel 3). Obwohl mit der «Nationalen Strategie Sucht» die Verankerung der Migrationsthematik in der Suchtarbeit erfordert wird, existieren dennoch Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem.

Es gibt genauso keine gesicherten Zahlen, inwiefern und wie oft die Migrantinnen und Migranten die Suchthilfe in Anspruch nehmen. Allerdings gibt es Zugangsbarrieren zur Suchthilfe, die sowohl von Menschen mit Migrationshintergrund selbst, aber auch von

Suchthilfeeinrichtungen bzw. deren Mitarbeitenden entstehen (s. Kapitel 4). Die Zugangsbarrieren aufseiten der Migrantinnen und Migranten sind u.a.: Kommunikationsbarrieren sprachlicher und kultureller Art, unzureichendes Wissen über Drogen und Abhängigkeit von Migrantinnen und Migranten sowie geringe Kenntnisse von Hilfeangeboten, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen, Assoziation mit Schwäche, Gefühl vermeintlicher Stärke und Kontrollfähigkeit, innerfamiliäre Tabuisierung, Diskriminierungserfahrungen, negative Erfahrungen mit Ämtern, die auf das Suchthilfesystem übertragen werden usw. Bei den Zugangsbarrieren seitens Migrantinnen und Migranten zeigt sich eine besondere, und zwar die innerfamiliäre Suchtbewältigungsstrategie, welche vor allem von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund angewendet wird und von Beginn an zu einer Nicht-Inanspruchnahme der Suchthilfeangebote führt. Hingegen gibt es auch Zugangsbarrieren seitens Professioneller wie sprachliche und kulturelle Kommunikationsbarrieren, abweisendes Verhalten, Wirkung unbewusster Vorurteile, Befürchtungen von Mehrbelastung aufgrund komplexerer Arbeit usw., welche vor allem die sekundären Zugangsbarrieren erhöhen. Zudem gibt es auch Zugangsbarrieren seitens Organisationen wie Gebühren, Lage, Kommunikationsstrukturen, Öffnungszeiten oder religiöser Trägerschaften, welche das Aufsuchen der Suchthilfeangebote im Vorhinein verhindert. Dass von allen Schweizer Suchthilfeeinrichtungen nur 10% migrationsspezifische Angebote haben, zeigt ebenso eine strukturelle Barriere und bestätigt, dass die Bedürfnisse der Klientel mit Migrationshintergrund durch die Angebote der Suchthilfe unzureichend abgedeckt sind. Es wird deutlich, dass die Migrantinnen und Migranten, welche die Migrationsbelastungen nicht bewältigen können und diese mit dem Konsum von Suchtmitteln oder süchtigem Verhalten kompensieren, nicht die gleichen Zugangsmöglichkeiten wie die Einheimischen erhalten.

All diese erfassten Einflussfaktoren für den Zugang zum Suchthilfesystem belegen, dass eine kultursensible Entfaltung der Suchthilfeangebote unabdingbar ist. Insofern ist interkulturelle Kompetenz der Professionellen im Suchthilfesystem sowie die interkulturelle Öffnung der Organisationen erforderlich. Deutlich wird für die Autorin dieser Bachelorarbeit, dass zweifellos zwischen den angewendeten Massnahmen im Suchthilfesystem und den Bedürfnissen und den Erwartungen der Betroffenen eine Lücke besteht, die geschlossen werden muss. Die bestehenden Angebote werden nicht nur mangelnd beansprucht, sondern sie erfüllen vielmehr die Erwartungen und

Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten nicht (vgl. Schouler-Ocak/Kavasoglu 2013: 87). Deshalb benötigt es grundlegende Veränderungen im gesamten Suchthilfesystem. Durch den Einsatz von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund sowie Schulung in interkultureller Kompetenz weiterer Mitarbeitenden kann ein kultursensibler Zugang zum Suchthilfesystem ermöglicht und damit die Zugangsbarrieren gesenkt werden (vgl. ebd.: 86). Mithilfe interkultureller Kompetenz in der Suchtberatung können migrations- und kulturspezifische Erklärungs- und Handlungsmodelle nebst den fachspezifischen Modellen systematisch für Beratung, Diagnostik, die Gestaltung der Beziehung usw. genutzt werden. Schliesslich wird dadurch eine adäquate Beratung und Behandlung für betroffene Migrantinnen und Migranten ermöglicht (vgl. Pavkovic 2002: 59). Es können insbesondere die sekundären Zugangsbarrieren reduziert werden, weil die Suchtberaterinnen und Suchtberater angesichts der interkulturellen Kompetenz eine angestrebte Basis für eine gelungene Kommunikation und Interaktion schaffen (vgl. Salman 2002: 20.). Die interkulturelle Kompetenz in der Suchtberatung spielt also eine wichtige Rolle, wenn es um die Senkung der (insbesondere sekundären) Zugangsbarrieren geht. Jedoch muss diese interkulturelle Öffnung und Orientierung strukturell erstrebt, konzeptionell gesichert und fortlaufend verbessert werden. Es sind allgemein auch gesetzliche Ergänzungen zur Verpflichtung von Barrierenabbau und Abwendung von Diskriminierung in Versorgungseinrichtungen erforderlich (vgl. Penka 2013: 41). Denn nur so kann eine vollumfängliche Entfaltung im Gesundheitssystem, besonders im Suchthilfesystem, entstehen. Dies bringt allen Organisationen mit ihren Mitarbeitenden Nutzen und versorgt die betroffenen Menschen adäquat, sei es mit oder ohne Migrationshintergrund.

6.2 Überprüfung des Vorgehens

Durch die Bearbeitung der Haupt- und Teilfragen anhand von Literatur und Fachzeitschriften konnte in dieser Bachelor Thesis ein Überblick über den Zusammenhang von Migration und Sucht, über die Zugangsbarrieren von Menschen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem sowie über die interkulturelle Öffnung und Kompetenz verschafft werden. In der Arbeit stellte sich insbesondere die Frage nach der Entstehung von Migration. Hierbei war es schwer, auf eine Theorie Bezug zu nehmen, welche eine generalisierende Übersicht über die Thematik geben konnte. Denn Migration wird sowohl mithilfe ökonomischen Ansätze als auch nicht-ökonomischen und sozialen Faktoren erklärt. Sie kann selten monokausal erklärt werden. Es wurde daher

versucht, diese unterschiedlichen Erklärungen miteinander zu verknüpfen und dadurch weiterhin das Thema Migration trotz seiner Vielseitigkeit fokussiert auf die Teil- und Hauptfragestellung zu bearbeiten. Dieser Versuch, Migration multifaktoriell zu begründen, führte zu einem profunden Verständnis von Migration und zu einem aufschlussreichen Zwischenergebnis. Die in Kapitel 4 beschriebenen Zugangsbarrieren, welche aufgrund Literaturanalyse untersucht worden sind, waren allgemeine und exemplarische Betrachtungen. Durch qualitative Datenerhebungen hätten aktuellere und akkuratere Auswertungen erzielt werden können. Da es den Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen würde, könnte die qualitative Datenerhebung über die Zugangsbarrieren von Menschen mit Migrationshintergrund in einer weiterführenden Arbeit Platz finden.

6.3 Weiterführende Gedanken

Das Thema Kultur muss nicht nur deshalb Berücksichtigung finden, um Kommunikation und Handeln passend zu gestalten, sondern um überhaupt erst eine genügende Reichweite des Suchthilfesystems zu gewährleisten und Kontakt herzustellen (Yüksel 2002: 42). Deutlich wird für die Autorin, dass, wenn einige Suchthilfeangebote migrationspezifisch ausgerichtet sind, die Menschen mit Migrationshintergrund diese wegen primärer Zugangsbarrieren – wie Unwissen über Angebote, Sucht und Abhängigkeit sowie innerfamiliärer Bewältigungsstrategien – nicht erreichen sowie nutzen können. Bei den Zugangsbarrieren wurde auch eine unzureichende Prävention als solche erkannt (vgl. Penka 2013: 33f.). Obwohl die Erarbeitung eines Konzeptes zur erweiterten Primärprävention für Personen mit Migrationshintergrund als sinnvoll und notwendig angesehen wird, ist diese bis jetzt kaum umgesetzt worden (vgl. Bermejo 2013: 72). Deshalb stellen sich hier für eine weiterführende Untersuchung folgende Fragen:

- Wie können die primären Zugangsbarrieren aufseiten der Migrantinnen und Migranten mithilfe interkultureller Präventionsarbeit in der Suchthilfe gesenkt werden? Welche Probleme stellen sich in dieser Arbeit?
- Welche Rolle spielen «Key-Personen» der Migrantinnen und Migranten im Rahmen präventiver, ambulanter und stationärer Massnahmen der Suchthilfe?

Allgemein erkennt die Autorin noch viel Forschungsbedarf im Zusammenhang mit der Forschung zu nationalen epidemiologischen Daten in der Schweiz über Migrantinnen und Migranten im Suchtbereich.

Ebenso besteht auch Handlungsbedarf in der Ausweitung zur Reichweite der Angebote im Suchthilfesystem und wird festgestellt, dass nur unter Berücksichtigung der Diversität in Bezug auf kulturelle, migrationsspezifische und sprachliche Faktoren eine geeignete Gesundheitsförderung und -versorgung möglich ist.

Aus theoretischer Sicht sollten bei einer weiteren Arbeit dazu unbedingt Forschungsarbeiten aus Deutschland beigezogen werden, da diese über viel umfassendere Studien, Projekte und Interventionen verfügen. Dazu könnte das Projekt «Interkulturelle Suchthilfe: Prävention und Beratung für Migranten in Hannover», welches seit 1996 durch die Stadt Hannover gefördert und vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. durchgeführt wird, als eine Grundlage dienen. Die Förderung der Prävention bei Migrantinnen und Migranten ist das Hauptanliegen des Projekts und richtet sich nach dem primärpräventiven Ansatz. Es bewirkte bedeutende Entwicklungen in dessen Suchthilfesystem und konnte die Migrationsbevölkerung durch muttersprachliche und kulturspezifische Aufklärung für das Suchthilfesystem erreichen (vgl. Salman/Collatz 2002: 128–145). Dieses Projekt könnte auch dem Schweizer Suchthilfesystem in der Präventionsarbeit förderlich sein.

7 Literaturverzeichnis

- Ambulatorien für Abhängigkeitserkrankungen. Psychiatrie Baselland (2013). Spielsuchtkonzept. Basel-Land. Unveröffentlicht.
- Barth, Volker (2011). Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie. Reihe Suchttherapie special. Hemsbach: Beltz.
- Bastigkeit, Matthias (2003). Rauschgifte. Ein naturwissenschaftliches Handbuch. Eschborn: Govi-Verlag.
- Bermejo, Isaac (2013). Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten. In: Koch, Eckardt/Müller, J. Matthias/Schouler-Ocak, Meryam (2013). Sucht und Migration. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. Seiten 67–76.
- Bundesamt für Gesundheit (2002). Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (2015). Gesundheit liegt uns am Herzen. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (2016). Massnahmeplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024. Bern: BAG.
- Carron, Raphaelle (2002). Sucht und Migration in der Schweiz. In: Salman, Ramazan/Tuna, Soner/Lessing, Alfred (Hg.) (2002). Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. 2. Aufl. Giessen: Psychosozial-Verlag. Seiten 206–221.
- Czycholl, Dietmar (2017). Integration heisst Erneuerung. Beiträge zu Migration und Sucht 1994–2017. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (2017). ICD-10-GM Version 2018. Band 1: Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme,

10. Revision – German Modification. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.

Domenig, Dagmar (2001). Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Huber-Verlag.

Domenig Dagmar/Salis Gross, Corina/Wicker, Hans-Rudolf (2000). Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft. Schlussbericht. Bern. Institut für Ethnologie.

Fischer, Veronika (2009). Interkulturelle Kompetenz – Ein neues Anforderungsprofil für die pädagogische Profession. In: Fischer, Veronika/Springer, Monika/Zacharaki, Ioanna (Hg.) (2009). Interkulturelle Kompetenz. Fortbildung – Transfer – Organisationsentwicklung. Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verlag.

Freise, Josef (2007). Interkulturelle Soziale Arbeit. Theoretische Grundlagen – Handlungsansätze – Übungen zum Erwerb interkultureller Kompetenz. Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verlag.

Gaitanides, Stefan (2006). Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste. In: Otto, Hans-Uwe/Schrödter, Mark (Hg.) (2006). Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Multikulturalismus – Neo-Assimilation – Transnationalität. Sonderheft 8. Lahnstein: Neue Praxis-Verlag. Seiten 222–233.

Han, Petrus (2000). Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen, Perspektiven; 13 Tabellen. Stuttgart: Lucius und Lucius

Haug, Sonja (2000). Klassische und neuere Theorien der Migration. Arbeitspapiere – Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung. (30). Mannheim.

Jurt, Luzia (2016). Kultur und Rassismus. Grenzziehungsprozesse: Kulturelle und ethnische Grenzen. Vorlesung im Frühlingssemester am 3. März 2016. Fachhochschule Nordwestschweiz Olten.

- Knepper, Beate (2016). Kultur und Rassismus. Interkulturelle Kompetenz und Beratung. Vorlesung im Frühlingssemester am 15. April 2016. Fachhochschule Nordwestschweiz Olten.
- Koch, Eckardt/Assion, Hans-Jörg (2013). Substanzmissbrauch, Abhängigkeit und Migration – Annäherung und Einführung. In: Koch, Eckardt/Müller, J. Matthias/Schouler-Ocak, Meryam (2013). Sucht und Migration. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. Seiten 10–23.
- Ladewig, Dieter (1996). Sucht und Suchtkrankheiten. Ursachen – Symptome – Therapien. München: C.H. Beck-Verlag
- Pavkovic, Gari (2002). Interkulturelle Kompetenz und Qualität in der Suchtkrankenhilfe. In: Salman, Ramazan/Tuna, Soner/Lessing, Alfred (Hg.) (2002). Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. 2. Aufl. Giessen: Psychosozial-Verlag. Seiten 56–63.
- Penka, Simone (2013). Zugangsbarrieren von Personen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem – Konsequenzen für die Praxis. In: Koch, Eckardt/Müller, J. Matthias/Schouler-Ocak, Meryam (2013). Sucht und Migration. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. Seiten 27–46.
- Pineiro, Esteban/Koch, Martina (2016). Integration und Partizipation: Interkulturelle Öffnung der Institutionen. Vorlesung im Herbstsemester am 18. November 2016. Fachhochschule Nordwestschweiz Olten.
- Salman, Ramazan (2002). Stand und Perspektiven interkultureller Suchthilfe. In: Salman, Ramazan/Tuna, Soner/Lessing, Alfred (Hg.) (2002). Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. 2. Aufl. Giessen: Psychosozial-Verlag. Seiten 11–28.
- Schirilla, Nausikaa (2016). Migration und Flucht. Orientierungswissen für die Soziale Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Schouler-Ocak, Meryam/Kavasoglu, Riza (2013). Spielsucht bei Migranten, aktuelle Forschung und Versorgungssituation. In: Koch, Eckardt/Müller, J. Matthias/Schouler-Ocak, Meryam (2013). Sucht und Migration. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. Seiten 77–91.
- Tuna, Soner (2002). Entwicklungskrisen und migrationsbedingte Belastungen als Suchtgefährdungspotentiale jugendlicher Migranten. In: Salman, Ramazan/Tuna, Soner/Lessing, Alfred (Hg.) (2002). Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. 2. Aufl. Giessen: Psychosozial-Verlag. Seiten 89–102.
- Van Bekkum, Dirck H. J. (2002). Transitorische Anfälligkeit als Risikofaktor für Suchtverhalten. In: Salman, Ramazan/Tuna, Soner/Lessing, Alfred (Hg.) (2002). Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. 2. Aufl. Giessen: Psychosozial-Verlag. Seiten 64–88.
- Yüksel, Taner (2002). Der kulturelle Aspekt in der Suchthilfe – Türkisch-islamische Grundhaltung und ihre Auswirkungen auf das Drogenhilfesystem. In: Salman, Ramazan/Tuna, Soner/Lessing, Alfred (Hg.) (2002). Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. 2. Aufl. Giessen: Psychosozial-Verlag. Seiten 30–45.
- Zacharaki, Ioanna (2009). Interkulturelle Kompetenz in der Beratung. In: Fischer, Veronika/Springer, Monika/Zacharaki, Ioanna (Hg.) (2009). Interkulturelle Kompetenz. Fortbildung – Transfer – Organisationsentwicklung. Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verlag.

7.1 Elektronische Quellen

- Berthel, Toni (2006). Das Würfelmodell der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen. Instrument für die Suchtpolitik oder Hilfe für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem komplexen Problemfeld? URL:

http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Abhaegigkeiten/2006/iss_3/PDFs_articles_2006/ABH__vol12_iss3_art3.pdf [Zugriffsdatum: 25. November 2018].

Bundesamt für Gesundheit (2018). Zahlen und Statistiken. Bern: BAG. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht.html> [Zugriffsdatum: 10. November 2018].

Bundesamt für Gesundheit (2016). Schweizer Drogenpolitik. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news5.html> [Zugriffsdatum: 10. Dezember 2018].

Duc-Quang, Nguyen (2017). Wer sind die 2 Millionen Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz?. URL: https://www.swissinfo.ch/ger/gesellschaft/einwanderungs-serie-teil1-_wer-sind-die-2-millionen-auslaenderinnen-und-auslaender-in-der-schweiz/42411946 [Zugriffsdatum: 11. November 2018].

Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2005). «psychoaktiv.ch». Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Fachbericht der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF). URL: http://bps-hombrechtikon.ch/backupbps/psychoaktiv_2005_06.pdf [Zugriffsdatum 20. Dezember 2018].

König, Marianne (2012). Suchthilfeangebote für Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund in der Schweiz. Bern: Infodrog Schweizerische Koordinations- und Fachstelle für Sucht. URL: https://www.infodrog.ch/files/content/migration_de/koenig_suchthilfeangeboteklientenmigrationshintergrund_4.2012.pdf [Zugriffsdatum: 11. November 2018].

Staatssekretariat für Migration SEM (o.J.). Bern. URL: <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home.html> [Zugriffsdatum: 28. November 2018].

Sucht Schweiz (o.J.). Zahlen und Fakten. URL: <http://zahlen-fakten.suchtschweiz.ch> [Zugriffsdatum: 10. November 2018].

Sucht Schweiz (2013). Theoretische Grundlagen der Suchtprävention. Lausanne. URL: http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf [Zugriffsdatum: 27. November 2018].

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (1946). New York. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> [Zugriffsdatum: 1. Dezember 2018].

7.2 **Abbildungsverzeichnis/Tabellenverzeichnis**

Abbildung 1: Dreidimensionales Modell der Suchtpolitik Schweiz. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2005). URL: http://bps-hombrechtikon.ch/backupbps/psychoaktiv_2005_06.pdf [Zugriffsdatum 20. Dezember 2018]. Seite 11

Abbildung 2: Das Modell der Sucht-Trias. In: Bastigkeit, Matthias (2003). Rauschgifte. Ein naturwissenschaftliches Handbuch. Eschborn: Govi-Verlag. Seite 13

Abbildung 3: Interkulturelles Kompetenzprofil. In: Fischer, Veronika/ Springer, Monika/ Zacharaki, Ioanna (Hg.) (2009). Interkulturelle Kompetenz. Fortbildung – Transfer – Organisationsentwicklung. Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verlag. Eigene Darstellung, Zeynep Saricerci Dezember 2018. Seite 41

Tabelle 1: Suchthilfeeinrichtungen in der Schweiz mit migrationsspezifischem Angebot. URL: <https://www.infodrog.ch> [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2018} Seite 34