Suchtgefährdung und Suchtprävention bei geflüchteten Menschen

Autor(en): **Sarrazin, Doris**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **43 (2017)**

Heft 5

PDF erstellt am: **31.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800170

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Suchtgefährdung und Suchtprävention bei geflüchteten Menschen

Traumatische Erlebnisse, schwierige Alltagsbedingungen, unklare Zukunftsperspektiven und kulturelle Unterschiede im Aufnahmeland sind Risiken für eine Suchtentwicklung. Beobachtet werden insbesondere Alkohol-, Tabak-, Medikamenten- und Cannabisgebrauch. Universelle und selektive Suchtprävention sollte so früh wie möglich starten. Es existieren gut geeignete Ansätze, die für die Zielgruppe angepasst werden müssen. Beachtet werden muss die Bearbeitung von Traumata.

Doris Sarrazin
Diplom-Pädagogin, Diplom-Sozialpädagogin, Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Leiterin der LWL-Koordinationsstelle Sucht, Schwelingstrasse 11, D-48145 Münster, doris.sarrazin@lwl.org, www.lwl-ks.de

Stichworte: Migration | Flucht | Suchtprävention | Epidemiologie | Traumata |

Vor Krieg, Gewalt und Verfolgung flohen 2016 weltweit 65.6 Millionen Menschen. Das ist die höchste Zahl, die jemals vom United Nations High Commissioner for Human Rights UNHCR[1] veröffentlicht wurde. Die meisten bleiben im eigenen Land oder in angrenzenden Nachbarländern. Nur ein kleiner Teil von ihnen (ca. 3%) kommt in Europa an. In Deutschland wurden 2016 321'371 Flüchtlinge im EASY-System registriert, 2015 waren es ca. 890'000. 65 % stammen aus Syrien (89'161), Afghanistan (48'622), dem Irak (45'091), Iran (13'053) und Eritrea (12'291). 34,3% der in Deutschland Asylsuchenden sind weiblich (19,5% Frauen, 14,8% weibliche Minderjährige), 44,3% sind Männer und 21,4% männliche Minderjährige.[2] Unter den Männern sind viele Familienväter, die darauf hoffen, ihre Familien nachholen zu können.

Schätzungen gehen davon aus, dass 30-40% der Geflüchteten unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSB)leiden[4] und 30-50% das Vollbild einer psychischen Störung entwickeln, neben PTSB z. B. auch Depressionen, suizidale Krisen, Angststörungen. Die Wahrscheinlichkeit hängt dabei von der Anzahl aversiver und traumatischer Lebensereignisse ab.[5] Das trifft auch auf Suchterkrankungen zu. Alkohol, Medikamente und illegale Drogen können zunächst Entspannung und Linderung der Symptome bewirken. Diese sog. Selbstmedikation kann jedoch später zu einer Abhängigkeitsproblematik führen.

Was wissen wir über den Konsum?

Konkrete Zahlen und Daten zum Suchtmittelkonsum liegen nicht vor. Der Konsum illegaler Drogen kann zum Verlust des Aufenthaltsrechts führen. § 29 Absatz 1 des deutschen Betäubungsmittelgesetzes[6] besagt:
Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer:

- Betäubungsmittel unerlaubt anbaut, herstellt, mit ihnen Handel treibt, sie, ohne Handel zu treiben, einführt, ausführt, veräussert, abgibt, sonst in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft.

Bei einem Vergehen gegen diesen Paragraphen kann von einem öffentlichen Interesse an einer Ausweisung ausgegangen werden. Es ist deshalb unwahrscheinlich, dass eine Befragung von Geflüchteten zu validen empirischen Ergebnissen führt.
Im Rauschgiftlagebericht des Bundeskriminalamtes wird bei den Rauschdelikten nur zwischen deutschen und nicht deutschen Tatverdächtigen unterschieden. Auch diese Zahlen lassen deshalb keine Rückschlüsse zu. Bei Straftaten wie Körperverletzung, Vandalismus, sexuellen Übergriffen wird generell nicht erfasst, ob sie unter Alkoholeinfluss begangen wurden. Hier gibt es nur Hinweise aus Zeitungsartikeln, dass Täter oftmals Alkohol getrunken hatten.

Aus Praxiseinrichtungen (wie z.B. Mudra Nürnberg,[7] Condrobs München[8] oder Sucht.Hamburg,[9] aber auch im regionalen und überregionalen Fachaustausch) wird berichtet, dass insbesondere Alkohol- und Cannabiskonsum sowie Medikamente eine Rolle spielen. Je nach Herkunft liegen jedoch keine Erfahrungen

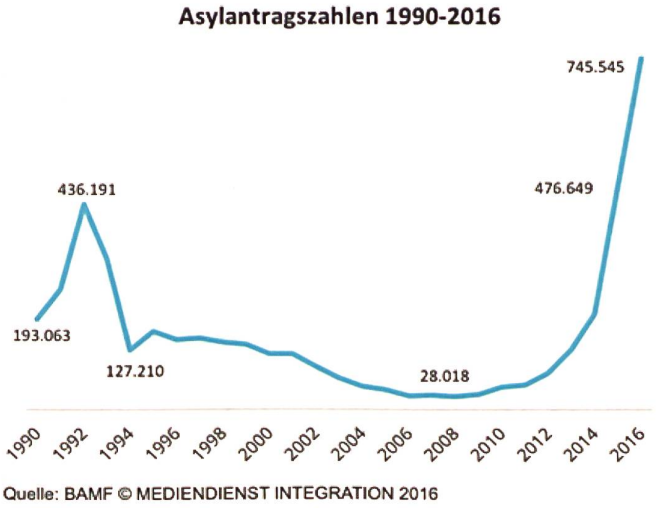

Abb.1: **Asylantragszahlen 1990-2016.**[3]

im Umgang mit Alkohol vor, während Cannabiskonsum oft legal und Teil der eigenen Kultur war. Medikamente werden – wie in der heimischen Bevölkerung – eher von Frauen eingesetzt. Aus Ballungszentren wie Hamburg wird auch von abhängigen Substituierten berichtet, oder Abhängigen, für die eine Substitution die Behandlung der Wahl wäre. Das stellt jedoch die Einrichtungen vor Abrechnungsprobleme, da im Asylverfahren nur Akutbehandlungen abgedeckt sind. Einige geflüchtete, z.B. aus dem Iran oder Afghanistan,[10] waren schon in ihrem Heimatland substituiert.

In Deutschland dauert es deutlich über ein Jahr von der Einreise bis zur Entscheidung über einen Asylantrag. Hinzu kommt eine Wartezeit von durchschnittlich ca. 6 Monaten, bis überhaupt ein Asylantrag gestellt werden kann.

Schon in dieser Zeit der Unsicherheit und der fehlenden Tagesstruktur wäre es notwendig und angebracht, über Suchtmittel, ihre Gefahren und Risiken sowie kulturelle und rechtliche Rahmenbedingungen zu informieren.

Die EU-Projekte ‹Search› und ‹Search II›[11]

Die große Anzahl der in den vergangenen zwei Jahren ankommenden Flüchtlinge haben zunächst die Regelung der Versorgung mit den alltäglichsten Notwendigkeiten wie Nahrung, Kleidung, Unterkunft erforderlich gemacht. Eine besondere Suchtgefährdung aufgrund der Lebenssituation von Geflüchteten ist bisher wenig in den Blick genommen worden. Daher wurden nach unserem Wissen auch keine aktuellen Massnahmen durchgeführt. Die LWL-Koordinationsstelle hat deshalb Ende 2015 ihre Jahrestagung zum Thema ‹Flucht-Trauma-Sucht› durchgeführt, um das vorhandene Wissen zusammen zu führen. In der Vorbereitung wurde deutlich, dass die in einem EU-Projekt gewonnenen Erkenntnisse auch heute eine hilfreiche Ausgangsbasis bieten.

Mit Förderung der Europäischen Kommission und unter Beteiligung von zwölf Mitgliedsländern (AT, BE, DE, ES, GR, IE, IT, LU, NL, PT, SE, UK) führte die LWL-Koordinationsstelle Sucht von 2000 – 2004 die Search-Projekte durch. Untertitel war: ‹Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Migranten›.[12] Der Titel ‹Search› war bewusst gewählt, wir machten uns gemeinsam auf die Suche – und zwar sowohl in Bezug auf die Suchtbelastung als auch im Hinblick auf passgenaue Präventionsansätze. Hintergrund waren die Fluchtbewegungen aus dem früheren Jugoslawien sowie illegale Migranten aus Nordafrika, insbesondere in Südeuropa. Unter Gewichtung aller aktuell bekannten Indikatoren, können die Ergebnisse auch heute hilfreiche Hinweise geben.

In einem ersten Schritt wurde mit der Methode des «Rapid Assessment and Response» (RAR)[13]eine Erhebung zum beobachteten Suchtmittelkonsum und geeigneten Suchtpräventionsmethoden durchgeführt. Die Erhebung wurde von allen Projektpartnern in den 12 teilnehmenden EU-Ländern an vorher beobachteten Brennpunkten durchgeführt – wo die Zielgruppe lebte oder sich derzeit aufhielt. In einem zweiten Schritt wurden auf den Ergebnissen basierend verschiedene Suchtpräventionsmassnahmen in allen Ländern durchgeführt. Wissenschaftlich unterstützt wurde das Projekt vom Trimbos-Institut, Utrecht.

Das gestufte RAR-Design beinhaltete verschiedene Methoden (Sammeln existierender Daten, semi-strukturierte Interviews, strukturierte Interviews, Fokusgruppen). In semi-strukturierten Interviews wurden 10 Schlüsselpersonen (Fachkräfte der Einrichtung, aber auch Taxifahrer, Müllmänner, Nachbarn, Freizeiteinrichtungen in der Nähe) und nach dem Schneeballsystem weitere 30 Personen anschliessend in strukturierten Interviews befragt. Ziel war es, aus möglichst vielen Blickwinkeln die Aussagen der ersten Befragungsrunde zu überprüfen. Abweichungen in den Aussagen wurden in den anschliessenden Fokusgruppen diskutiert sowie zielgruppenspezifische Suchtpräventionsmassnahmen erarbeitet.

Ergebnisse des RAR[14]

An allen Standorten wurde deutlich, dass für die Durchführung der Befragung der Aufbau einer Vertrauensbasis notwendig war, um überhaupt Zugang zu finden.

Die Konsumsituation stellte sich in den beteiligten Ländern sehr unterschiedlich dar. In fast allen Ländern wurde von Tabak, Alkohol und Cannabiskonsum berichtet, aber auch Amphetamine, Heroin, Kokain und Ecstasy wurden genannt, ebenso wie Medikamente. Der Umgang mit Alkohol war umso riskanter, je weniger er zur Kultur des Herkunftslandes gehörte. Aus Spanien und Italien wurde der riskante Gebrauch von Schnüffelstoffen und Lösungsmitteln minderjähriger illegaler Migranten aus Nordafrika berichtet.

Zusammengefasst ergaben sich folgende Ergebnisse aus dem RAR:

- Die tatsächliche Suchtbelastung war in den untersuchten Gruppen quantitativ eher gering. Da, wo Suchtprobleme auftreten, nehmen sie tendenziell aber einen eher schwereren Verlauf.
- Nur ein geringer Anteil brachte Drogenerfahrungen und -probleme aus dem Heimatland mit. Das bedeutet, dass Suchtrisiken und -probleme meist erst im Aufnahmeland entstehen.
- Insbesondere gefährdet sind junge, allein lebende Männer und unbegleitete Minderjährige.
- Ein starker Familienzusammenhalt bietet Schutz.
- Gefährdet ist später allerdings die ‹zweite Generation›, wenn sich Familienkultur und Kultur des Aufnahmelandes in Bezug auf den Substanzkonsum sehr unterscheiden (z.B. bei Alkohol).

Als Belastungs- und Risikofaktoren wurden sprachliche Probleme, schwierige Wohnbedingungen, erschwerter Zugang zu Arbeit, Unkenntnis der Versorgungsstruktur, Auflösung von Familienstrukturen, auf der Flucht erlittene Traumata und Migration selbst als Trauma sowie strukturelle Ausgrenzungsmechanismen benannt.

Sprachliche Probleme

Sich nicht in der Sprache des Aufnahmelandes ausdrücken zu können bedeutet auch, von vielen Alltagskontakten abgeschnitten zu sein. Automatisch forciert das eine engere Anbindung an Personen mit gleicher Muttersprache. Doch selbst wenn Deutsch gelernt wird, ist die Bedeutung der Sprachinhalte oft schwer zu verstehen.

Schwierige Wohnbedingungen

Viele Flüchtlinge und AsylbewerberInnen und insbesondere illegale MigrantInnen wohnen unter restriktiven und belastenden Bedingungen. Sie leben meistens sehr beengt, in Heimen, teils gefängnisartigen Unterkünften oder auf der Strasse. Für die Projektmitarbeitenden war das teilweise eine recht bedrückende Erfahrung.

Erschwerter Zugang zu Arbeit

Die meisten Geflüchteten dürfen aufgrund der Gesetzgebung nicht oder nur sehr eingeschränkt arbeiten. Das trifft natürlich auf illegale MigrantInnen besonders zu. Sie werden damit zur Untätigkeit gezwungen und zu ‹AlmosenempfängerInnen› degradiert, denn viele von ihnen wollen gerne arbeiten, wollen

der Gesellschaft nützlich sein. Das hat erheblichen Einfluss auf das Selbstwertgefühl und den Lebensmut.

Unkenntnis der Versorgungsstruktur

Durch die Unkenntnis der sozialen und gesundheitlichen Hilfestruktur wird mögliche adäquate Hilfe oft nicht gesucht, sondern es werden Lösungen, z.B. im Familienverband, erörtert. Teilweise sind aber auch Hilfen durch die Gesetzgebung versperrt. Inzwischen wurden wichtige Informationsbroschüren und auch Videos in verschiedenen Sprachen erstellt.[15] Sie müssen aber den Weg zu den Betroffenen finden.

Auflösung von Familienstrukturen

Im Zuge der Flucht selbst werden häufig Familien auseinandergerissen. Oft erschweren rechtliche Beschränkungen das Zusammenführen von Familien. Dabei ist der Familienverbund nicht nur für kleinere Kinder wichtig, er bietet auch älteren eine wichtige soziale Anbindung.

Erfahrene Traumata

Die Gründe für eine Flucht sind in der Regel dramatisch und meistens traumatisierend. Die Flucht selbst bedeutet für viele neue traumatische Erlebnisse. Bewegende und bedrückende Fernsehbilder zeigen uns heute sowohl die Auswirkungen kriegerischer Auseinandersetzungen als auch der Flucht selbst.

Strukturelle Ausgrenzung

Geflüchtete haben rechtlich einen Sonderstatus. Arbeitsverbote, geringe Bezüge, die schlechte Wohnsituation und die soziale Isolation (kaum soziale Kontakte ausserhalb der Unterkunft, Ausgrenzung durch die Bevölkerung) machen einen guten Teil der Suchtgefährdung aus.[16]
Hier leisten aktuell Ehrenamtliche einen sehr positiven Beitrag. Die Rahmenbedingungen hängen allerdings von politischen Entscheidungen ab.

Hingewiesen wurde in den Interviews auch darauf, dass durch die geringen zur Verfügung stehenden Geldmittel das Risiko zum Einstieg in den Drogenverkauf entsteht. Verstärkt wird der Aspekt durch die teils vorhandene Verpflichtung, Geld zur Familie im Herkunftsland zu schicken. Hier wurde öfter berichtet, dass in einem solchen Kontext mit Drogen gehandelt wird, ohne selbst zu konsumieren.

Einige brachten bereits Abhängigkeitsprobleme aus ihren Heimatländern mit. Aktuell wird davon berichtet, dass in Verbindung mit Kriegseinsätzen Drogen konsumiert wurden. Auch aus Flüchtlingslagern wird von Drogenproblemen berichtet. Viele Suchtprobleme entstehen jedoch erst im Aufnahmeland.

Hinweise zur Suchtprävention

Die dargestellten Ergebnisse aus der RAR-Erhebung weisen schon darauf hin, dass verhaltenspräventive Massnahmen alleine unzureichend sind. Ergänzend sind verhältnispräventive Massnahmen erforderlich. Hier ist die Asylpolitik gefordert. Lokal kann und muss aber ebenfalls auf Änderungen hingewirkt werden, die die Lebenssituation der geflüchteten Menschen verbessern. Hier leisten viele Ehrenamtliche einen wichtigen Beitrag. Sie und Fachkräfte in Flüchtlingseinrichtungen zu sucht- und gesundheitspräventiven Themen zu schulen, wurde im Projekt als sinnvoll vorgeschlagen und ist es auch heute noch.

In allen Berichten aus den beteiligten Ländern wurde die

Notwendigkeit betont, über Drogenrisiken zu informieren. Unterteilt wurde die Informationserfordernis in verschiedene Stufen:

- Einbindung von Schlüsselpersonen aus der Zielgruppe. Für einige Gruppen wird auch die Einbeziehung religiöser Würdenträger empfohlen.
- Die Einbindung speziell ausgebildeter «KulturmediatorInnen».[17]

In der zweiten Projektphase wurden konkrete Präventionsmassnahmen umgesetzt. Sie bezogen sich in allen Ländern konkret auf die erhobene Situation und waren daher sehr unterschiedlich.

Beispiele umgesetzter Präventionsmassnahmen

An den meisten Projektstandorten hatten sich zwei Jahre nach Start des Projektes die Bedingungen, die Gruppen und die Zusammensetzung deutlich verändert. Daher waren Anpassungen erforderlich. Z.B. waren allein reisende minderjährige Asylsuchende (sog. AMAS) in den Niederlanden nicht mehr in den ursprünglichen Einrichtungen, auch weil einige mittlerweile über 18 waren. Diese Gruppe wurde als Erwachsene – anders als Minderjährige – nicht mehr in Einrichtungen betreut, sondern war auf sich selbst gestellt oder anders untergebracht. Die Einrichtungen selbst waren aufgelöst worden, weil die Gruppe der AMAS weitergezogen war. Damit war auch Personal, das in der ersten Projektphase Ansprechpartner war, nicht mehr greifbar. Trotzdem wurden an allen Projektstandorten Suchtpräventionsmassnahmen durchgeführt. Sie wurden integriert in örtliche und überörtliche Netzwerke. Als besonders nachhaltig wurde die Schulung von Ehrenamtlichen und Professionellen eingestuft. In Österreich wurden Einzel- und Kleingruppencoachings für Betreuende in Einrichtungen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge entwickelt und durchgeführt. In den Niederlanden wurde das Trainingsmanual ‹Erkennen und Begleiten von Genussmittelgebrauch› (vier Einheiten von je 5 x 45 Minuten) erarbeitet, durchgeführt und evaluiert. Es war ebenfalls für Fachkräfte konzipiert, die in Einrichtungen für AMAS beschäftigt waren. Auch in Deutschland und Spanien wurden passgenaue Schulungen und Supervision angeboten.
In Spanien wurde ebenfalls eine beachtenswerte Broschüre zu Lösungsmitteln erarbeitet und verbreitet. In Italien wurde gemeinsam mit einer Gruppe junger nordafrikanischer Geflüchteter Informationsmaterial mit dem Titel ‹Sagt es weiter› erstellt. In der direkten Arbeit mit der Zielgruppe wurden nicht-verbale Methoden als wichtig erachtet. Der niederländische Partner setzte ein Kartenspiel mit Drogeninfos, eine Musik-CD und ein Figurenset zur Darstellung der unterschiedlichen Wirkungen von Rauschmitteln (stimulierend, bewusstseinsverändernd, betäubend) ein.
Es wurde deutlich, dass die Möglichkeiten, suchtpräventiv aktiv zu werden, finanziell, personell und räumlich beschränkt sind. Hinzu kommt erschwerend ein häufiger Wechsel der Umgebung.[18] Die Situation ist insgesamt sehr komplex durch viele verschiedene Kulturen, Sprachen, Religionen und Lebensweisen. Der Flüchtlingsstrom der letzten 1-2 Jahre hat diese Situation noch erheblich verschärft. Andererseits sprechen heute viele Geflüchtete Englisch und besitzen ein Smartphone. Dadurch sind neue Zugangswege möglich.

Fazit für suchtpräventives Handeln

Vor dem Hintergrund der damaligen Erkenntnisse und aktuellen Entwicklungen ergibt sich folgendes Fazit für suchtpräventives Handeln:

- Es gibt einen Handlungsbedarf für suchtpräventives Handeln.
- Je früher Hilfe und Unterstützung angeboten werden, umso erfolgreicher werden sie sein.
- Wichtig sind Informationen über die Wirkung von Alkohol und die Rechtssituation insb. beim Cannabiskonsum.
- Um die Zielgruppe (und auch die ehrenamtlichen und professionellen Betreuenden) gut zu erreichen, sollte Suchtprävention eingebunden sein in gesundheitspräventive Ansätze generell.
- Die Bearbeitung traumatischer Erlebnisse muss angemessen berücksichtigt werden.
- Die missbräuchliche Verwendung von psychoaktiven Medikamenten scheint – nach dem Alkoholgebrauch – zweithäufigstes Suchtrisiko. Insbesondere bei Frauen ist der Medikamentengebrauch zu beachten.
- Es gibt sehr verschiedene Vorstellungen von Körper, Gesundheit und gesundheitlichen Risiken und Verantwortung.
- Suchtprävention mit Asylsuchenden und Flüchtlingen ist Teil einer ‹interkulturellen Suchtarbeit› und erfordert «interkulturelle Kompetenz».
- Bei der Vielzahl der Kulturen, Sprachen, Religionen der Geflüchteten können Präventionsfachkräfte nicht alles wichtige Wissen – z.B. zu Konsumgewohnheiten im Herkunftsland – mitbringen.
- Die Zusammenarbeit mit bestehenden Netzwerken, Schlüsselpersonen und Peers aus der Zielgruppe selbst ist richtungsweisend.
- Strukturelle Ausgrenzungsmechanismen verstärken eine Suchtgefährdung. Verhaltenspräventive Aktivitäten müssen durch verhältnispräventive Massnahmen gestützt werden.
- Gruppenaktivitäten wie gemeinsames Kochen und Essen, kulturelle Aktivitäten, Sport und Bewegung sind Teil einer wirksamen Suchtprävention.
- Es gibt bereits viele gut erprobte Beratungs- und Behandlungsansätze, sie müssen nur der aktuellen Situation angepasst und – vor allem – auch angewandt werden.[19]
- Viele Geflüchtete sprechen Englisch. Das kann auch für die direkte Kommunikation genutzt werden. Je emotionaler jedoch ein Thema wird, umso eher sollten Geflüchtete sich in der eigenen Muttersprache ausdrücken können.
- Auch ehrenamtlich tätige – aber geschulte – Personen können erfolgreich eingesetzt werden.
- Die Unterscheidung zwischen universeller und selektiver/indizierter Prävention macht auch für diese Zielgruppe Sinn.
- Die aktuelle Gesetzgebung ist nicht dazu geeignet, Integrationsbemühungen zu fördern und soziale Schutzfaktoren zu stärken (s. z.B. Beschränkung der Familienzusammenführung).
- Um einen besseren Einblick in die aktuelle Situation zu erhalten und Daten und Fakten als Grundlage für adäquates Handeln zu haben, wäre eine aktuelle Erhebung nach den Prinzipien des RAR sinnvoll und notwendig.●

Literatur

Ameskamp, D./Kuhlmann, T./Leicht, A./Meyer-Thompson, H.-G./Quellhorst, S./Tretter, F./Wessel, T. (2017): Flüchtlinge und (Opioid-)Abhängigkeit:Die Hürden zur Behandlung, S. 61-65 in: LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.): Herausforderung Substitutionsbehandlung – Qualität – Kooperation - Verantwortung. Münster: Eigendruck. www.tinyurl.com/ybwr4dcc, Zugriff 08.09.2017.

Ertl, V. (2016): «Flucht–Trauma–Sucht» – Ein internationaler Blick auf die Situation – Erfahrungen und Good Practices. S. 23-34 in: LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.), «Flucht-Trauma-Sucht» – was erwartet die Suchthilfe? Münster: Eigendruck. www.tinyurl.com/glrdrzp, Zugriff 08.09.2017.

LWL – *Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2004):* Handbuch - RAR für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern. Münster: Eigendruck. www.tinyurl.com/y862mv73 , Zugriff 14.09.2017.

LWL – *Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.)(2004):* Materialien zur Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer – Ein Handbuch. Münster: Eigendruck. www.tinyurl.com/y7j9tewy, Zugriff 08.09.2017.

Leidgens, E. (2016): Neue Flüchtlingsaufkommen in NRW, neue Aufgaben und Kooperationen für die Suchthilfe? S. 7-22 in: LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.), «Flucht-Trauma-Sucht» – was erwartet die Suchthilfe? Münster: Eigendruck.

Endnoten

1 Vgl. Entwicklung der erzwungenen Zuwanderung weltweit 2016, UNHCR: www.tinyurl.com/yc64sh57, Zugriff 27.08.2017.
2 Vgl. Flüchtlingsrat BW, Zahlen und Fakten 2016: www.tinyurl.com/y7r6dpej, Zugriff 27.08.2017.
3 Quelle: BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Mediendienst: www.tinyurl.com/ydzbsdee, Zugriff 11.09.2017.
4 Leidgens 2016: 15.
5 Ertl 2016: 23.
6 Vgl. Betäubungsmittelgesetz BtMG: www.tinyurl.com/ybto26dq, Zugriff 31.08.2017.
7 Begegnungsstätte Medina, interreligiöser Austausch in der Mudra in Nürnberg: www.tinyurl.com/ycmoqanq, Zugriff 11.09.2017.
8 Das Angebot der Condrobs in München für Flüchtlinge: www.tinyurl.com/ybywmajg, Zugriff 11.09.2017.
9 Pressemitteilung von Sucht.Hamburg, Suchtpräventionsprojekt für Flüchtlinge: www.tinyurl.com/y9bjnhgg, Zugriff 12.09.2017.
10 Ameskamp et al. 2017: 62.
11 Projekte für Flüchtlinge des LWL, Search I und Search II unter: www.tinyurl.com/yanhazbm, Zugriff 12.09.2017.
12 Vgl. Projektseite auf den Seiten des LWL: www.tinyurl.com/yanhazbm, zugriff 08.09.2017.
13 RAR wurde seit den 1990er-Jahren insbesondere im Bereich des Konsums verbotener Substanzen und der HIV-Prävention eingesetzt. Sie soll kurzfristig insb. Erkenntnisse zu sog. «hidden population» (versteckte Bevölkerungsgruppen) gewinnen und schnelle Handlungsoptionen aufzeigen. Entwickelt wurde sie von Stimson et al., Universität London im Auftrag der WHO. Vgl. LWL 2002: 15.
14 Leider existieren derzeit noch keine weiteren Zahlen oder Daten, nur Praxishinweise und Zeitungsberichte. Eine Erhebung in ähnlicher Form ist geplant.
15 Siehe z.B. den Ratgeber «Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland» (in verschiedenen Sprachen erhältlich), 2016 herausgegeben vom Bundesgesundheitsministerium, www.tinyurl.com/y86tkfkd. Siehe auch das Erklär-Video ‹Alkohol› der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen, www.tinyurl.com/y7amf6jw, Zugriff 08.09.2017.
16 LWL 2002: 52.
17 Ein positives Beispiel der Umsetzung ist z.B. das Projekt MiMi (Mit Migranten für Migranten) des Ethno-medizinischen Zentrums in Hannover. www.tinyurl.com/yckqvaqz, Zugriff 08.09.2017.
18 Die Flüchtlinge sind zunächst in einer Erstaufnahmeeinrichtung, dann werden sie vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge nach dem sog. Königsteiner Schlüssel auf Bundesländer verteilt und einer Kommune zugewiesen. Hier werden sie zunächst in Flüchtlingsheimen untergebracht. Von dort wird versucht, sie in eigenen Wohnungen unterzubringen, was unterschiedlich lange dauert. Wenn Flüchtlinge sich verselbständigt haben und kein weiterer ‹Nachzug› kommt, werden teils provisorische Flüchtlingsheime auch wieder geschlossen. Daher sind Geflüchtete selten länger an einem Ort, sondern wechseln häufig bzw. müssen ihr Lebensumfeld häufig wechseln.
19 Siehe UNHCR guidelines: www.tinyurl.com/y8avrpuc;
ASPIS – Asylum-Seekers' Protection Indices: www.tinyurl.com/y77re46e;
EASO – European Asylum Support Office: www.tinyurl.com/y8pznpft;
Rückkehrprojekt des BAMF: www.tinyurl.com/yatgmwyy;
Seeking safety, Leitlinien zur Suchtprävention der LWL: www.tinyurl.com/glrdrzp;
Individuelle PTBS-Therapie; Projekt HOPE: www.tinyurl.com/y8ucf464;
Workshops zur therapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen, Hochschule Emden: www.tinyurl.com/yccxomoh, Zugriff 12.09.2017.

Bücher

Flucht – Trauma – Sucht. Was erwartet die Suchthilfe?
Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht
2016, LWL, 116 S.

Der Zusammenhang zwischen einer Traumatisierung und einer Suchterkrankung ist lange bekannt. Aber was passiert bei mehrfacher Traumatisierung? Die Erfahrung in der Arbeit mit Flüchtlingen zeigt, dass die belastende Lebenssituation dieser Menschen auch eine Suchterkrankung fördern kann, insb. bei jungen Männern ohne Familie. Das professionelle Suchthilfesystem steht hier vor vielfältigen Herausforderungen. Was können und sollen Suchthilfeeinrichtungen tun? Auf der Fachtagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht von Ende 2015 wurde das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven in den Blick genommen und es wurden praktische Impulse für die Arbeit vor Ort gegeben.

Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen
Ludwig Gortner/
Joachim W. Dudenhausen (Hrsg.)
2017, Springer Medizin, 96 S.

Drogenmissbrauch in der Schwangerschaft hat negative Folgen für die werdende Mutter und ihr ungeborenes Kind. Eine möglichst frühe und umfassende Aufklärung ist deshalb eine der wichtigsten Aufgaben, die vor allem Ärztinnen und Ärzte leisten müssen, aber auch Angehörige aller Gesundheitsberufe, die Schwangere und junge Mütter betreuen. Ziel ist dabei, Mutter und Kind vor den Folgen des Drogenkonsums zu bewahren bzw. zumindest die Risiken so weit wie möglich zu minimieren.
Grundlegende pharmakologische Kenntnisse der intrauterinen Exposition mit deren Langzeitfolgen und den sich daraus ergebenden therapeutischen Massnahmen bilden die Basis zu diesen Aufgaben.

Geschlecht und Sucht – Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann
Doris Heinzen-Voss/Heino Stöver (Hrsg.)
2016, Pabst, 232 S.

Die vielfältigen Beiträge aus Psychiatrie, Sozialwissenschaft, Psychotherapie und Sozialarbeit zeigen die Notwendigkeit und den Nutzen einer geschlechter-/gendersensiblen Suchtarbeit, von der Prävention über die Beratung und Behandlung bis hin zum strukturellen Einbezug von Genderaspekten in die Einrichtungen. Die AutorInnen liefern eine Fülle an Hintergrundwissen und geben praktische Hilfestellungen. Spezifische Themen wie Traumafolgestörungen bei Frauen, männliche Gewaltbetroffenheit oder sexuelle Orientierung werden aufgenommen. Das Buch wirbt für eine differenzierte Umgehensweise, eröffnet neue Perspektiven und zeigt auf, wie sich Gender als Querschnittsaufgabe in der Suchthilfe verankern lässt.

Migration und Flucht. Orientierungswissen für die Soziale Arbeit
Nausikaa Schirilla
2016, Kohlhammer, 263 S.

Migration ist Gegenstand Sozialer Arbeit in all ihren Bereichen, wenn MigrantInnen marginalisiert sind und die Gesellschaft auf Anforderungen neuer Vielfalt reagieren muss. Ausgehend von der Darstellung von Migration und Flucht und ihren entsprechenden sozialen Herausforderungen erörtert das Buch migrationsspezifische Handlungsfelder der Sozialen Arbeit und erläutert entsprechende Konzepte und Methoden. Debatten zu Integration, interkultureller Kompetenz und verwandte Ansätze werden in ihrer Relevanz für ein handlungsleitendes Konzept Sozialer Arbeit befragt. Querschnittsthemen sind dabei: kulturelle Vielfalt in der Gesellschaft, Diskriminierung, interkulturelle und antirassistische Bildungsarbeit, interkultureller und interreligiöser Dialog.