



**Landesstelle  
Sucht NRW**

**Infobrief der Geschäftsstelle**

**Migration,  
Fluchterfahrung  
und Sucht**

Die Geschäftsstelle der Landesstelle Sucht NRW hat zum Themenschwerpunkt „Migration, Fluchterfahrung und Sucht“ einen Infobrief für Fachkräfte in der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe sowie angrenzender Professionen erstellt. Die Gesundheitsministerkonferenz stellte 2017 fest, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig nur unzureichend von Angeboten der Suchthilfe erreicht werden. In der Suchtprävention und Suchthilfe sollen daher laut Beschluss für die Zielgruppe der geflüchteten Menschen unter Berücksichtigung von kulturellem Hintergrund, Alter und Geschlecht

- geeignete und lebensweltorientierte Maßnahmen der Suchtprävention,
- bedarfsgerechte Beratungsangebote und
- erforderlichenfalls passgenaue Maßnahmen der Suchthilfe geschaffen bzw. weiterentwickelt werden.

Ziel solle es sein, dies im bestehenden System zu leisten, ohne Sonderstrukturen zu schaffen. Besonders steht das Suchtverhalten im Fokus, wenn es im Folgenden um Flucht und Migration geht - sei es als Bewältigungsstrategie oder als bereits vorher manifestiertes Verhalten. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich im Wesentlichen auf die wenigen empirischen Ergebnisse zur Forschungslage hauptsächlich hinsichtlich geflüchteter Menschen. Aber auch wird der Blick immer wieder auf die Frage nach der strukturellen Integration der Mitbürgerinnen und Mitbürger mit Migrationshintergrund gerichtet, die schon länger in Deutschland leben.

## Inhaltsverzeichnis

Auf einen Blick.....	3
Situation in NRW.....	3
Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten.....	5
Gesundheit bei Menschen mit Fluchterfahrung.....	6
Häufigkeit psychischer Störungen, insbes. Suchterkrankungen .....	7
Drogenkonsum und Hilfebedarf von Geflüchteten in Deutschland .....	9
Suchtrehabilitation für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund.....	10
Besonders vulnerable Gruppen unter den Geflüchteten.....	11
Praktische Hilfeansätze.....	15
Literaturverzeichnis.....	19

## Auf einen Blick

- § Im Zeitraum von Januar bis Mai 2018 kamen die meisten asylsuchenden Menschen aus Syrien (26 %) nach Deutschland, gefolgt von Menschen aus dem Irak (10%) und aus Nigeria (7%). Damit entfällt mehr als ein Drittel der seit Januar gestellten Erstasylanträge auf diese drei Staatsangehörigkeiten (BAMF, 2018).
- § Ungefähr 30% der Asylanträge in Deutschland wurden von bzw. für Minderjährige/n gestellt, davon sind ca. 10% unbegleitete Flüchtlinge (Unicef, 2016).
- § Die Hauptaufnahme der Flüchtlingsbewegungen tragen in der Regel die unmittelbaren Nachbarländer. So wurden aktuell mehr als 5.6 Millionen syrische Flüchtlinge in der Türkei (63,4%), im Libanon (17,4%), in Jordanien (11,8%), im Irak (4,4%) und in Ägypten (2,3%) aufgenommen (UNCHR, 2018).

## Situation in NRW

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2018).  
Bevölkerung mit Migrationshintergrund.

Die Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) stellt in ihrer Aufstellung die Bevölkerungsanteile mit Migrationshintergrund für Deutschland dar. Demnach hat etwa jede fünfte Person einen Migrationshintergrund – in Westdeutschland jede vierte, in Ostdeutschland jede sechzehnte Person (2016: 25,5 bzw. 6,4 Prozent). Im Bundeslandvergleich wohnen die meisten Personen mit Migrationshintergrund in Nordrhein-Westfalen (26,2 Prozent). Zwei Drittel aller Personen mit Migrationshintergrund sind selbst eingewandert (erste Generation), ein Drittel ist in Deutschland geboren (68,6 bzw. 31,4 Prozent, zweite und dritte Generation). Etwas mehr als die Hälfte der Personen mit Migrationshintergrund haben die deutsche Staatsbürgerschaft (51,8 Prozent). Mittelfristig, schätzt die bpb ein, wird sich der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund weiter erhöhen: 2016 hatten 38,1 Prozent aller Kinder unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund.

Bundesregierung (2018).  
Wie sieht die Verteilung von Asylbewerbern auf die Bundesländer aus?

Zur aktuellen Lage und Verteilung der geflüchteten Menschen der großen Flüchtlingswelle seit 2016 stellt die Bundesregierung die Verteilung der Asylbewerber vor. Diese werden nach dem sogenannten Königsteiner Schlüssel auf die Bundesländer verteilt. Der Königsteiner Schlüssel legt fest, wie hoch die einzelnen Bundesländer an gemeinsamen Finanzierungen zu beteiligen sind. Der Anteil, den ein

Bundesland tragen muss, wird an seinem Steueraufkommen und seiner Bevölkerungszahl gemessen.

Für 2017 fallen die Verteilungsquoten wie folgt aus <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/Erstverteilung/erstverteilung-node.html>):



## Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten

Borde, T. (2015):  
Gesundheit von  
Migrant/innen.

Zu den Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten in der medizinischen Versorgung in Deutschland liegen wenige empirische Erkenntnisse vor. Migrantinnen und Migranten sind eine sehr heterogene Gruppe, die häufig Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung erleben. Nach Borde gehören zu diesen Barrieren beispielsweise die Sprache bzw. der Alphabetisierungsgrad. Oft fehlen auch Kenntnisse zum Gesundheitssystem oder aber es herrscht Misstrauen gegenüber den Institutionen vor.

Bei irregulären Migrantinnen und Migranten kommt – ähnlich wie bei Geflüchteten – noch der unklare rechtliche Zugang hinzu. All dies hat Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus und die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung.

Im Gesundheitssystem fehlt es oft an Berücksichtigung migrationspezifischer Voraussetzungen (z.B. Sprache, soziokulturelle Aspekte). Gründe sind in der Regel strukturelle Probleme in den Krankenhäusern, fehlende ethnomedizinische bzw. migrationspezifische Ausbildungsthemen oder auch ungelöste Finanzierungsfragen (Übersetzerinnen und Übersetzer, Aufklärungsmaterialien in verschiedenen Sprachen usw.). Darüber hinaus ist das Wissen über den eigenen Körper und seine Funktionen besonders bei den Migrantinnen und Migranten der ersten Generationen als gering einzuschätzen. Offenbar existieren auch Wissenslücken hinsichtlich der Kenntnisse über die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens.

Deutsche Gesellschaft  
für Psychiatrie,  
Psychotherapie und  
Nervenheilkunde  
(DGPPN) (2012).  
Positionspapier zum  
Thema „Perspektiven  
der  
Migrationspsychiatrie  
in Deutschland“.

Der Sammelbegriff „Migrationshintergrund“ bildet nach Einschätzung der Autorin die Unterschiedlichkeit der Lebenslagen der Einwandernden und deren direkte Nachkommen nicht ab. Aspekte wie Ethnizität, Herkunftsregionen, Migrationsgründe, Aufenthaltsdauer, Niederlassung, Migrationsgeneration u.a. haben z.T. direkte Auswirkungen auf Gesundheit.

Gün, A. K. (2018).  
Interkulturelle  
therapeutische  
Kompetenz.  
Möglichkeiten und  
Grenzen  
psychotherapeutischen  
Handelns.

Laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde leiden Migrantinnen und Migranten in Deutschland deutlich häufiger unter psychischen Erkrankungen als der Bevölkerungsdurchschnitt (DGPPN, 2012). Nach Gün (2018) ist es für Menschen, die aus einer Kultur kommen, die sich eher an familiären und gesellschaftlich strukturierten Wertevorstellungen orientieren, eine Herausforderung, sich an eine individualistische Kultur

Zurhold, H. (2017).  
Ausmaß des  
problematischen  
Substanzkonsums von  
unbegleiteten  
minderjährigen  
Ausländern (UMA).

Schouler-Ocak, M.  
(2017). Geflüchtete im  
Versorgungssystem.

Kuhn, S., Zurhold, H.,  
Lehmann, K., Verthein,  
U. (2018).  
Drogenkonsum und  
Hilfebedarfe von  
Geflüchteten in  
Deutschland.

anzupassen, bei der der Mensch und seine Person im Mittelpunkt stehen.

Übereinstimmend stellen Fachkräfte fest, dass Geflüchtete oftmals einen anderen Krankheits- bzw. Suchtbegriff haben und ihnen das deutsche Suchthilfesystem fremd ist (Zurhold, 2017).

Das medizinische Versorgungssystem in Deutschland war auf die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund nicht gut eingestellt und wurde durch die hohe Zahl geflüchteter Menschen mit einer Traumafolgestörung vor große strukturelle Herausforderungen gestellt. Die interkulturelle Behandlung stellt den Regelfall dar. Allerdings fehlen noch immer qualifizierte Sprach- und Kulturmittler und -mittlerinnen sowie interkulturell kompetente Behandler in ausreichender Zahl (Schouler-Ocak, 2017).

Kuhn et al. (2018) merken an, dass zwischen Migrantinnen und Migranten und Geflüchteten oft nicht trennscharf unterschieden wird. Aber Konzepte, die sich bei türkisch- oder russischsprachigen Migrantinnen und Migranten bewährt haben, sind nicht unreflektiert beispielsweise auf die Gruppe der Geflüchteten aus Iran oder Afghanistan zu übertragen.

## Gesundheit bei Menschen mit Fluchterfahrung

Böttche, M., Heeke, C.  
& Knaevelsrud, C.  
(2016). Sequenzielle  
Traumatisierungen,  
Traumafolgestörungen  
und  
psychotherapeutische  
Behandlungsansätze  
bei  
kriegstraumatisierten  
erwachsenen  
Flüchtlingen in  
Deutschland.

Böttche et al. (2016) stellen in ihrer Überblicksarbeit zur Versorgung von Geflüchteten in Deutschland fest, dass die Flucht selbst zusätzlich zum traumatischen Erleben im Herkunftsland als belastendes und lebensbedrohliches Ereignis einzustufen ist, was die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Traumafolgestörung bedeutsam erhöht. Die direkten Auswirkungen kriegs- und fluchtassoziierter Traumatisierungen sind erheblich und können sowohl zu somatischen als auch zu psychischen Folgeerkrankungen führen. Die mit etwa 30% beiden häufigsten Folgeerkrankungen aufgrund belastender Lebensereignisse im Zusammenhang mit Flucht sind die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die Depression. Erlebte Traumata sind häufig mit einem Substanzmissbrauch oder einer Abhängigkeit assoziiert. Neben den psychischen Folgen erkennt man aber auch zunehmend die physischen Folgen von Fluchterfahrungen, vor allem chronischen Schmerzen: Die Prävalenz von PTBS gemeinsam mit chronischen Schmerzen liegt zwischen 75% und 88% in der Gruppe der Geflüchteten.

## Häufigkeit psychischer Störungen, insbes. Suchterkrankungen

Czycholl, D. (2017).  
Interkulturelle  
Kompetenz in der  
Suchthilfe.

Nach Einschätzung von Czycholl (2017) kamen im Hauptfluchtjahr Jahr 2015 900.000 Asylsuchende oder Bürgerkriegsflüchtlinge nach Deutschland. Nach seinen Schätzungen leiden von diesen Personen 30 % - 60 % unter Traumafolgestörungen, 40.000 – 80.000 Personen haben Psychotherapiebedarf und 30.000 Personen weisen eine Substanzabhängigkeit auf.

Koch, E., Müller, M. J.,  
Assion, H. J. (2014).  
Interkulturelle Aspekte  
bei der Diagnostik und  
Psychotherapie von  
Suchtstörungen.

Nach Koch & Assion (2014) stellen Migration und Flucht ein kritisches Lebensereignis dar und können u.a. zu einem erhöhten Substanzkonsum bzw. zu einer Suchterkrankung führen. Es gibt Faktoren, die abhängigkeitsfördernd sind, z.B. erhöhtes Traumatisierungsrisiko, ökonomische Schwierigkeiten und soziale Randständigkeit. Geflüchtete Menschen stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar.

Berufsverband für  
Kinder- und  
Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und  
Psychotherapie (BKJPP)  
(2013). Psychische  
Erkrankungen bei  
Kindern und  
Jugendlichen mit  
Migrationshintergrund  
erhöht.

Der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2013) weist darauf hin, dass die in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen, PTBS, psychosomatische Leiden oder andere psychische Störungen haben.

Die Autoren konstatieren anhand der Daten weniger lokaler Untersuchungen in Deutschland, dass Menschen mit Migrationshintergrund in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe eher unterrepräsentiert, in forensischen Kontext allerdings überrepräsentiert sind. Weiterhin wird festgehalten, dass diejenigen der Menschen mit Migrationsgeschichte, die eine Beratung hinsichtlich ihrer Suchtstörung aufsuchen, sozial und/ oder familiär eher integriert sind.

Rommel, A. & Köppen,  
J. (2016). Migration  
und Suchthilfe –  
Inanspruchnahme von  
Leistungen von  
Menschen mit  
Migrationshintergrund.

Rommel & Köppen (2016) erweitern in ihrer Untersuchung über die Inanspruchnahme von Menschen mit Migrationshintergrund diese Feststellung dadurch, dass Frauen mit Migrationshintergrund in der ambulanten Suchthilfe eher unterrepräsentiert, Männer mit Migrationshintergrund aber bevölkerungsproportional anzutreffen sind. In Einrichtungen der stationären Suchthilfe sind Migrantinnen und Migranten insgesamt unterrepräsentiert:



im Jahr 2012

Männer ohne Migrationshintergrund 18,5% vs.

Männer mit Migrationshintergrund 13,2%,

Frauen ohne Migrationshintergrund 17,6% vs.

Frauen mit Migrationshintergrund 9,1%, (2016, 86).

Die Autoren ziehen den Schluss, dass in Deutschland geborene Menschen mit Migrationshintergrund einen höheren Hilfebedarf zeigen. Daher empfehlen sie, dass Suchtstörungen in dieser Gruppe stets mit bedacht werden sollten. Sie sehen besonders in der 1. Generation Zugangshemmnisse, die es den Betroffenen schwermachen, Hilfe zu suchen und anzunehmen (Rommel & Köppen, 2016).



## Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in Deutschland

Kuhn, S., Zurhold, H.,  
Lehmann, K. &  
Verthein, U. (2018).  
Drogenkonsum und  
Hilfebedarfe von  
Geflüchteten in  
Deutschland.

In einer aktuellen Untersuchung von Kuhn und anderen (2018) wurden zwischen Juni und Dezember 2017 128 drogenabhängige geflüchtete Männer in fünf niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland mithilfe von Sprachmittlern und anhand eines Fragebogens interviewt. Das Durchschnittsalter beträgt 30 Jahre, der Hauptkonsum bezieht sich auf das Rauchen von Heroin. Die Ergebnisse beziehen sich auf Geflüchtete, die Farsi oder Dari sprechen.

Knapp 91 % kamen aus Ländern, in denen Farsi oder Dari gesprochen wird (38% Iraner, 32% Afghanen aus dem Iran, 30% Afghanen aus Afghanistan). Von ihnen waren bereits 55% in der Heimat drogenabhängig. Rund 16 % konsumierten gelegentlich Alkohol und/oder Cannabis und rund 28 % berichteten keinen Konsum im Heimatland.

Von den bereits abhängigkeiterkrankten Personen berichten rund die Hälfte von Erfahrungen mit Entgiftungsbehandlungen im Heimatland. Während der Flucht besorgten sich rund 34% Methadon gegen Entzugserscheinungen (Schwarzmarkt). Die Geflüchteten formulieren Unterstützungsbedarf in den Bereichen Drogenbehandlungen, Hilfen bei der Wohnungssuche und beim Asylantrag. Bei der Befragung zeigte sich, dass Geflüchtete in nennenswerter Anzahl nur in niedrigschwelligen Einrichtungen auftraten und es in diesen Einrichtungen fast keine Kenntnisse zu dieser neuen Klientel gab.

Schlussfolgerungen: Geflüchtete Drogenabhängige sind keine homogene Gruppe. Die adäquate Versorgung wird erschwert durch Sprachbarrieren, fehlende Behandlungsangebote sowie deren ungeklärte Finanzierungen.

Der mit knapp 30% hohe Anteil der Drogenabhängigen, die erst in Deutschland mit dem Konsum begannen, zeigen den hohen Bedarf einer frühzeitigen Suchtprävention, beispielsweise bereits in den Flüchtlingsunterkünften.

Die Autoren empfehlen zentral konzipierte Aufklärungsmaterialien, die den Suchthilfeeinrichtungen proaktiv angeboten werden (z.B. DHS, BZgA).

Suchthilfeeinrichtungen sollten schnell, unbürokratisch und kostenneutral auf Sprachmittler zurückgreifen können.

Die hoch frequentierten Einrichtungen der Suchthilfe benötigen eine Aufstockung ihres Personals mit muttersprachlichen Mitarbeitenden.

## Sucht-Rehabilitation für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund

Czycholl, D. (2018).  
Sucht-Rehabilitation  
mit Patienten mit  
Migrationshintergrund:  
Migration,  
Rehabilitation,  
Integration.

Die aktuelle Zuwanderungswelle führt Czycholl (2018) zur Frage, ob und wie angemessene Sozial- und Gesundheitsleistungen für Menschen angeboten werden können, die aus einem anderen Sozialisations- und Kulturraum stammen. Somit muss sich auch das Suchthilfesystem daraufhin überprüfen lassen. Rehabilitationskonzepte sollten den Bedürfnissen von Menschen mit Migrationserfahrung angepasst werden. Auch denen, deren Eltern Migration erlebt haben.

Der Autor regt an, in der Praxis der Sucht-Rehabilitation bei therapeutischen Prozessen und deren Instrumente auf die biografische Bedeutung der Migration zu achten. Diagnose-Verfahren müssen bspw. darauf ausgerichtet sein, migrationsbedingte Krisen zu erfassen, Behandlungsmethoden sollten dazu verhelfen, migrationsbedingtes Bewältigungsverhalten zu stützen und auszubilden.

Der Kultursensibilität müsse eine Migrationssensibilität zur Seite treten.

Eine wichtige Anforderung an transkulturell kompetente Reha-Konzepte besteht nach Czycholl (2018) in der stetigen Prüfung des gesamten Handlungssystems hinsichtlich diskriminierender, fremdenfeindlicher und projektiver Tendenzen. Dies sollte beispielsweise in Teamsitzungen, Supervisionen oder Fortbildungsmaßnahmen explizit anvisiert werden.

Zugangsbarrieren aller Art sollten durch die Facheinrichtungen identifiziert und ausgeräumt werden. Dazu gehören u.a. Sprachbarrieren und Informationsmangel – nicht die Patienten sollten diese lösen müssen, sondern die Facheinrichtungen.

Beispiel Sprachbarrieren: Einrichtungen könnten sich auf bestimmte Migrantengruppen spezialisieren und entsprechendes Fachpersonal mit jeweiligen Sprachkenntnissen rekrutieren. Dadurch könne die Chance entstehen, dass Konzeptionen entwickelt werden können, die nicht ausschließlich auf den Kulturregeln des Aufnahmelandes bestehen, sondern auch andere Ansätze zum Verständnis des Krankheits- und Heilungsgeschehens einbezogen werden können. Nachteil an der Zielgruppenspezifität sei, dass das Problem der angemessenen Versorgung von Zuwanderern an wenige besonders

qualifizierte Einrichtungen verschoben werde. Dies werde dem zukünftig aller Wahrscheinlichkeit zunehmenden Problem in keiner Weise gerecht.

Auf Vorschlag des Autors seien zielgruppenspezifische Angebote notwendig, wenn kurzfristig dringender Versorgungsbedarf bestehe und beträchtliche Barrieren den Zugang von Migranten zu anderen Reha-Einrichtungen erschweren. Mittel- und langfristig sei allerdings eine systematische Entwicklung transkultureller Kompetenzen in den Institutionen zur Behandlung Abhängigkeitskranker unbedingt erforderlich.

Die Frage nach kultureller Implikation sollte genauso präsent sein wie die Frage nach Gender oder anderen Qualitätsmaßstäben. Diese Präsenz sei durch entsprechende Kontrollinstrumente und durch begleitende Fortbildungs- und Supervisionsmaßnahmen sicherzustellen.

### Besonders vulnerable Gruppen unter den Geflüchteten

Im Folgenden werden die beiden besonders vulnerablen Gruppen unter der Geflüchteten 1. Kinder und unbegleitete Flüchtlinge sowie 2. Frauen und die damit verbundenen Herausforderungen für das Gesundheitssystem bzw. die Suchthilfe skizziert:

#### 1. Kinder und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Zurhold, H. (2017).  
Ausmaß des  
problematischen  
Substanzkonsums von  
unbegleiteten  
minderjährigen  
Ausländern (UMA).

In Deutschland werden unbegleitete minderjährige Flüchtlinge direkt nach ihrer Ankunft gemäß dem KJHG vom Jugendamt in Obhut genommen und in Einrichtungen der Jugendhilfe untergebracht (Zurhold, 2017). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, die aus ihren Herkunftsländern ohne ihre Familien alleine nach Deutschland kommen, gehören zu den schutzbedürftigsten Flüchtlingsgruppen und gleichzeitig zur Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Erkrankungen inklusive problematischem Substanzkonsum. Die hier beschriebene Studie des BMG zieht ihre Erkenntnisse aus insgesamt 35 leitfadengestützten Interviews mit Fachkräften aus 19 Einrichtungen wie Jugendämtern, der Koordinierung der Erstversorgung, der Betreuung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen sowie der Jugendsuchthilfe in den Städten Hamburg, Frankfurt und München. So zeigt etwa die Hälfte der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge psychische Auffälligkeiten. Es wird dargestellt, dass die Jugendlichen den Substanzkonsum z.B. von Alkohol als Problemlösung (Stressregulation) nutzen und den

Konsum nicht problematisieren. Die Jugendlichen kommen aus alkoholfernen Kulturen und haben den Umgang mit Alkohol nicht gelernt. Wenn sie in Deutschland mit Alkohol in Berührung kommen, können sie die Wirkungsweise unterschiedlicher alkoholischer Getränke nicht unterscheiden. Die Studie postuliert, dass unbegleitete minderjährige Flüchtlinge vielfältigen Stressoren ausgesetzt sind, beispielsweise Trennung von ihrer Familie, Druck zur finanziellen Unterstützung der zurückgebliebenen Familie sowie den Anforderungen an die Integration in eine neue Kultur (ebd., 54). Hinzu kommt die Ungewissheit, wo sie untergebracht sein werden und welche Bleibeperspektive sie haben, die oftmals von ihrem Schulerfolg, den Sprachkenntnissen und dem Herkunftsland abhängen. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Betreuung sind der Studie nach zu etwa 90% männlich, meist zwischen 16-17 Jahre alt und kommen vorwiegend aus Afghanistan, Syrien, Irak, Somalia und Eritrea. Auch für die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge gilt, dass die Zugangsbarrieren zur Suchthilfe für Geflüchtete abgebaut werden müssen. Die strukturellen Hürden müssen also auch für die vulnerable Zielgruppe deutlich abgebaut werden.

UNICEF (2016).  
Lagebericht zur  
Situation der  
Flüchtlingskinder in  
Deutschland.

Nach einem UNICEF-Lagebericht zur Situation der Flüchtlingskinder bzw. der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge in Deutschland (2016) sind folgende Besonderheiten aufzuzeigen:

§ Kinder und Jugendliche auf der Flucht brauchen besonderen Schutz. Besonders schutzbedürftige Menschen werden unter den Geflüchteten jedoch nicht systematisch identifiziert. Ob und wie sie durch geeignete Maßnahmen unterstützt werden, unterliegt zum größten Teil dem Zufall.

§ Die wenig oder nicht kindgerechten Bedingungen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschafts-unterkünften sind für Kinder in ihrer Entwicklung eine große Belastung und gleichzeitig ein Risikofaktor. Es ist oft kein ausreichender Kinderschutz in Bezug auf Gewalt und Übergriffe durchführbar. Darüber hinaus herrschen zum größten Teil mangelhafte hygienische Bedingungen. Auch gibt es Sondereinrichtungen für Menschen mit schlechter Bleibeperspektive, die dort untergebrachte Kinder gehen nicht zur Schule oder werden auch nicht an anderen Integrationsmaßnahmen beteiligt. Die für die Flüchtlingskinder vorherrschenden Schwierigkeiten beim Zugang zu Bildung sind in solchen Sondereinrichtungen noch gravierender bis gar nicht vorhanden.

## 2. Frauen

Schouler-Ocak, M. & Kurmeyer, C. (2017). Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland.

Für die repräsentative Untersuchung „Study on Female Refugees“ von Schouler-Ocak und Kurmeyer (2017) wurden 639 geflüchtete Frauen in Interviews direkt nach ihren Fluchtgründen, Fluchtwegen, Erfahrungen vor, während und nach der Flucht sowie ihrer aktuellen Situation in Deutschland befragt. So sollen frauenspezifische Versorgungsbedarfe von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland ermittelt werden. Im Rahmen der Untersuchung wurden folgende Aspekte resümiert, die in künftigen gesundheits- und gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen zu geflüchteten Frauen berücksichtigt werden sollten:

§ Sprachbarrieren abbauen: Es gäbe einen hohen Bedarf an muttersprachlichem Personal, Sprach- und Kulturmittlerinnen in Unterkünften, Behörden und Beratungsstellen. Telefon-/ Videodolmetscherinnen seien möglich. Es würden dafür finanzielle Regelungen zu finden sein, damit diese Dienste auch genutzt werden.

§ Thema Gesundheit: Etablierung eines Netzwerks an Ärztinnen und Ärzten, Kontakten in Krankenhäusern, Psychologinnen/ Psychologen und Traumatherapeutinnen/ -therapeuten. Diese Initiativen sollten möglichst kultursensibel gestaltet sein, die Mitarbeitenden darin sollten möglichst muttersprachlich sein bzw. über Erfahrung in der Arbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie über interkulturelle Kompetenz verfügen. Es wird das Recht auf umfassende bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung angeregt. In diesem wird auf die Forderung der Bundesärztekammer und der Bundes-psychotherapeutenkammer nach Psychotherapie und zu psychiatrischer Versorgung für Geflüchtete verwiesen. Besondere Schutzbedürftigkeit sei bereits bei Ankunft in Deutschland festzustellen und für den weiteren Verlauf zu berücksichtigen (Alleinerziehende, Genitalverstümmelte, Folteropfer, Traumatisierungen usw.). Anhörung von Folteropfer oder anderer Opfer müsse traumasensibel passieren. Aufsuchender Gewaltschutz in den Unterkünften sei wichtig.

§ Wohnbedingungen: Alleinreisende Frauen müssen separiert werden. Ihre Schutzbedürftigkeit solle als Härtefallklausel bei Wohnraumverteilung deklariert werden. Sanitärbereiche seien zu trennen.

§ Asylverfahren/ Familienzusammenführung: Die Trennung von der Familie, besonders von Kindern, sei in höchstem Maße belastend. Eine Beschleunigung des Asylverfahrens sei sehr wünschenswert. In diesem Zusammenhang sprechen die Autorinnen von sog. „Postmigrationsstress“, der die Prävalenz von psychischen Folgestörungen erhöhen könne.

§ Bildung: Bei Frauen bestehe ein erhöhter Bedarf an Alphabetisierungskursen, Deutsch- und Integrationskursen in Zusammenhang mit Kinderbetreuung. Digitale Lernmedien seien einsetzbar (Apps, Online-Kurse). Aber: Traumafolgestörungen können zu Lernschwierigkeiten führen – hier gelte es, sensibel mit Leistungsdruck umzugehen. Es bestehe ein großer Wunsch nach Integration in den Arbeitsmarkt zur Erreichung von Unabhängigkeit.

§ Diskriminierung: In den Unterkünften müsse bei allen Beteiligten ein Bewusstsein für kultursensiblen Umgang mit Geflüchteten bzw. miteinander hergestellt werden. Sinnvoll sei es, eine Beschwerde-/Beratungskultur ist zu schaffen, um Ohnmachtsgefühle abzubauen.

§ Sichere Herkunftsregionen: Afghanistan als sichere Herkunftsregion zu deklarieren, erzeugt große Verunsicherung. Gerade afghanische Frauen seien sehr stark traumatisiert.

## Praktische Hilfeansätze

Als ein Aspekt von zentraler Wichtigkeit aller Aktivitäten der Suchthilfe für Migrantinnen und Migranten bzw. für geflüchtete Menschen wird immer wieder die Integration in die ambulante sowie stationäre Regelversorgung betont. Im Folgenden werden einzelne Praxisansätze dargestellt, die sich der Zielgruppe der suchtkranken Menschen mit Migrations- und/ oder Fluchthintergrund annehmen. Diese Aufzählung ist keinesfalls komplett.

Die Landesstelle Sucht NRW hat sich zum Ziel gesetzt, aktuelle, gute Praxisansätze zu sammeln und der Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, in der folgenden Auflistung noch nicht aufgeführte Projekte und Maßnahmen gerne an uns zu melden, um eine möglichst breite Aufstellung der unterschiedlichen Hilfeansätze zur Verfügung stellen zu können.

### **Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche in Hamburg**

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf betreibt seit 1999 die „Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche“, in enger Kooperation mit der Stiftung Children for Tomorrow ([www.children-for-tomorrow.de](http://www.children-for-tomorrow.de)). Flüchtlingskinder finden hier ein ambulantes psychiatrisches und psychotherapeutisches Versorgungsangebot mit stationärer Anbindung an die Klinik.

### **Sprach- und Integrationsmittler/innen (SIM) im Rheinland**

Der Einsatz von Sprach- und Integrationsmittler/innen (SIM) wird seit 2013 in den Kliniken des LVR-Klinikverbundes durch den LVR finanziell gefördert. Seit 2015 werden im Rahmen der LVR-Flüchtlingshilfen darüber hinaus der SIM-Einsatz zur Versorgung von Patient/innen mit Fluchtgeschichte zusätzliche Haushaltsmittel bereitgestellt. Seit Beginn 2017 werden SIM auch in Kontakt- und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) durch den LVR finanziert. Parallel hat der LVR begonnen, die SPZ-Mitarbeitenden für die interkulturelle Arbeit in der Praxis und die Zusammenarbeit mit Sprach- und Integrationsmittlern zu schulen. Diese Aufgabe übernehmen die sieben Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren (SPKoM) im Rheinland. Als erster deutscher Psychiaterverband setzt der LVR in seinen Kliniken bei Bedarf Sprach- und Kulturmittler bzw. Sprach- und Integrationsmittler systematisch ein. Diese neue Berufsgruppe spricht die jeweilige Sprache und hilft dem Behandlungsteam bei Bedarf, um interkulturelle Missverständnisse zu überbrücken. Professionelle Sprach- und Integrationsmittler\*innen (SIM) sind „Brückenbauer“ im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen. Sie haben die Aufgabe, die sprachliche und soziokulturelle Verständigung zwischen Fachkräften und Patient\*innen mit Flucht- und Migrationshintergrund zu verbessern, und geht so über eine reine Übersetzungstätigkeit hinaus.

Die Qualifikation zum SIM dauert in der Regel mindestens ein Jahr und findet überwiegend nach bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards statt. [http://www.klinikverbund.lvr.de/de/nav\\_main/frpatienten/migrationintegration\\_1/verbundprojekt\\_migration/verbundprojekt\\_migration.html](http://www.klinikverbund.lvr.de/de/nav_main/frpatienten/migrationintegration_1/verbundprojekt_migration/verbundprojekt_migration.html)

### **Psychiatrische Ambulanz in Hemer**

Die Hans-Prinzhorn-Klinik in Hemer hat eine psychiatrische Ambulanz für Frauen mit türkischem Migrationshintergrund eingerichtet. Behandelt werden dort Frauen mit Depressionen, Schizophrenie, Suchtproblemen, Demenz, Angst- und Zwangsstörungen sowie Posttraumatischen Belastungsstörungen. Leiterin Dr. Naciye Geyhan, die das Konzept mitentwickelt hat, sieht einen hohen Bedarf für die neue LWL-Einrichtung. Viele türkische Frauen wünschten sich, in ihrer Muttersprache behandelt zu werden. Frauen aus dieser Gruppe könnten sich oft niemandem anvertrauen. <https://www.ikz-online.de/staedte/hemer/spezial-aufnahme-fuer-frauen-mit-tuerkischen-wurzeln-id214074999.html>

### **Bedarfserhebung geflüchtete Mädchen und Frauen mit Substanzkonsum**

Von den nach Deutschland kommenden geflüchteten Menschen sind rund ein Drittel Frauen: Ihre Fluchtgründe, Fluchterfahrungen sowie Bedürfnisse sind sehr vielfältig, unterscheiden sich jedoch in vielfacher Hinsicht von denen der Männer (Schouler-Ocak & Kurmeyer, 2017). Die Lebenslagen der vulnerablen Gruppe der geflüchteten Mädchen und Frauen, insbesondere geschlechterbezogene Traumatisierungen ebenso wie Zugangsbarrieren zum Versorgungs- und Hilfesystem, gilt es in der Suchtprävention und Suchthilfe zu berücksichtigen, um eine angemessene Versorgung von geflüchteten Mädchen und Frauen gewährleisten zu können. Eine verbesserte Datenlage ist die unabdingbare Voraussetzung für die Planung und Umsetzung einer bedarfsgerechten und zielgruppensensiblen Versorgung geflüchteter Menschen. Aus diesen Gründen greift die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, diese Datenlücke auf und führt gemeinsam mit dem Forschungsinstitut tifs eine erste Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung zum Thema „Geflüchtete Mädchen/Frauen und Substanzkonsum“ durch. Die Bedarfserhebung wurde im September 2018 an die entsprechenden Fachdienste verschickt und wird aktuell ausgewertet.



### **Modellprojekt "Partizipative Suchtprävention für und mit geflüchteten Menschen (PaSuMi)"**

PaSuMi ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Deutschen Aidshilfe e.V. (DAH) gefördertes Projekt, in dessen Rahmen Menschen mit Fluchterfahrungen für einen sogenannten Peer-to-Peer-Ansatz (Gleichgesinnte, Gleichaltrige) gewonnen werden, um gemeinsam mit anderen Menschen mit Fluchterfahrung Maßnahmen zur Suchtprävention zu entwickeln und umzusetzen.

<http://www.sucht-hamburg.de/information/presse/235-suchtpraevention-mit-und-fuer-menschen-mit-fluchterfahrung>

### **HERKUNFT–ANKUNFT–ZUKUNFT (HAZ)**

Das Projekt leistet seit über zehn Jahren kultursensible Aufklärung über das Suchthilfesystem in Hamburg und vermittelt Informationen rund um das Thema Sucht in den jeweiligen Communities und in Muttersprache. Dabei steht die Enttabuisierung des Suchtthemas unter den Migrant\*innen im Mittelpunkt. Hierzu wird das Projekt von ehrenamtlichen Keypersons (Schlüsselpersonen) unterstützt, die ihr speziell geschultes Wissen zu dieser Thematik in einzelnen Veranstaltungen einbringen. Die hamburgweiten Informationsveranstaltungen sind in Arabisch, Dari, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Hebräisch, Italienisch, Kurdisch, Malinké, Paschto, Polnisch, Portugiesisch, Romanes, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Twi abrufbar – diese Vielfalt ist einmalig in Deutschland. Kontakt: [yapar@sucht-hamburg.de](mailto:yapar@sucht-hamburg.de), Internet: [sucht-hamburg.de](http://sucht-hamburg.de)

### **Website und App – Mind Your Trip**

„Mind Your Trip“ besteht aus der Internetseite und einer App für Smartphones. Das Angebot kann in den Sprachen Deutsch, Französisch, Finnisch, Italienisch, Griechisch, Lettisch, Niederländisch, Portugiesisch, Slowakisch und Slowenisch genutzt werden. Das Webangebot richtet sich an Konsumierende neuer psychoaktiver Substanzen (NPS). Zu dieser Gruppe der Suchtmittel gibt es allgemeine Informationen und einen validierten Test zur Selbsteinschätzung des eigenen Konsums. Die Nutzerinnen und Nutzer haben die Möglichkeit, ein Konsumtagebuch zu führen und ein modulares Beratungsangebot in Anspruch zu nehmen. Das webbasierte Interventionsangebot „Mind Your Trip“ erreichen Sie über die URL: <http://www.mindyourtrip.eu>

## **Guidance**

In Berlin wurde vom Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. das Guidance-Projekt aufgebaut. Guidance berät und vermittelt in gesundheits- und suchtspezifische Hilfsangebote in Berlin. Es werden Minderjährige, Jugendliche und Erwachsene sowie Angehörige, Fachkollegen und Multiplikatoren rund um das Thema Migration und Drogenkonsum unterstützt. Beraten und gesprochen wird auf Arabisch, Persisch, Englisch, Türkisch, Griechisch und Usbekisch. Weitere Sprachen sind jederzeit auf Anfrage möglich. Die Mitarbeiter beraten im Einzel- und Gruppensetting kultursensibel zu allen Fragen und Anliegen rund um das Thema Drogenkonsum und -abhängigkeit. Guidance kooperiert mit allen regionalen und überregionalen Organisationen der Suchthilfe, Migrantenorganisationen, Ärzten, Therapeuten und sozialen Trägern in Berlin. Gespräche können auf Wunsch anonym erfolgen. Zudem wurde eine App entwickelt, die als mehrsprachiger Wegweiser zu Alkohol, Drogen und Sucht Orientierung geben soll. Mehr dazu unter [www.guidance-berlin.de](http://www.guidance-berlin.de)

## **Medien zur Thematik „Migration und Sucht“**

Die Geschäftsstelle der Landesstelle Sucht NRW hat in einem [pdf-Dokument](#) bundesweite Informationen zur Sucht für Menschen mit Migrationshintergrund zusammengestellt. Zum einen werden hier diverse Printmedien zu den Themenbereichen substanzbezogener sowie verhaltensbezogener Abhängigkeitserkrankungen in verschiedenen Fremdsprachen aufgezählt. Zum anderen finden sich in der Aufstellung Dokumentationen, Studien und Arbeitshilfen genauso wie Projekte, Maßnahmen oder Arbeitskreise zum Themenbereich. Schließlich werden einige serviceorientierte Angebote wie Apps und Erklärfilme aufgezählt. Da die aktuelle Zusammenstellung nicht abschließend sein kann, freuen wir uns, wenn Sie der Geschäftsstelle bisher noch nicht bedachte Maßnahmen oder Medien aufzeigen könnten unter [kontakt@landesstellesucht-nrw.de](mailto:kontakt@landesstellesucht-nrw.de).

## **Adressdatenbank „Hilfe in NRW“**

Für die Landesstelle Sucht NRW ist die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten ein wichtiges Schwerpunktthema geworden. Die bestehende Adressdatenbank „Hilfe in NRW“ der Landesstelle Sucht NRW umfasst Angebote für Migrantinnen und Migranten mit Suchtproblematik. Zukünftig soll die Datenbank detaillierte Informationen für Hilfeangebote für Migrantinnen und Migranten beinhalten. Um auf die entsprechenden Angebote hinweisen zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Bitte geben Sie uns eine Rückmeldung, welche Hilfeangebote Sie mit Ihrer Einrichtung für die Zielgruppe Menschen mit Migration und/ oder Menschen mit Fluchterfahrung vorhalten. Dazu wird die Landesstelle Sucht in Kürze eine Abfrage per E-Mail durchführen, die genauere Informationen zu Ihren Hilfeangeboten im Bereich Migration und Flucht erhebt.

<http://www.landesstellesucht-nrw.de/suchthilfedatenbank.html>

## Literatur

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) (2013). Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erhöht. Deutsches Ärzteblatt, 11.11.2013.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56535/Psychische-Erkrankungen-bei-Kindern-und-Jugendlichen-mit-Migrationshintergrund-erhoeht>. Zugriff am 12.07.2018.

Böttche, M., Heeke, C. & Knaevelsrud, C. (2016). Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt (59), 621-626.

Borde, T. (2015): Gesundheit von Migrant/innen. [https://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/vortrag/Borde\\_Plenum\\_Gesundheit-von-Mig.pdf](https://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/vortrag/Borde_Plenum_Gesundheit-von-Mig.pdf) Zugriff am 10.08.2018.

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2018). Bevölkerung mit Migrationshintergrund <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i>. Zugriff am 10.08.2018.

Bundesregierung (2018). Wie sieht die Verteilung von Asylbewerbern auf die Bundesländer aus? <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Lexikon/FAQ-Fluechtlings-Asylpolitik/2-was-bekommen-fluechtlinge/02-Wie-Verteilung-Bundeslaender.html> Zugriff am 10.08.2018.

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2018). Bevölkerung mit Migrationshintergrund I. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i>. Zugriff am 10.08.2018.

Czycholl, D. (2017). Interkulturelle Kompetenz in der Suchthilfe. 5. Studientage Komplexe Suchtarbeit. Graz, 20./21.03.2017. [https://www.caritas-steiermark.at/fileadmin/storage/steiermark/documents/Hilfe-und-Angebote/Menschen-In-Not/Gesundheit/Sucht/Kontaktladen/Aktuelles/Studientage-Komplexe-Suchtarbeit/2017/Vortraege\\_und\\_Workshops/WS\\_Czycholl\\_Migration0317Graz.pdf](https://www.caritas-steiermark.at/fileadmin/storage/steiermark/documents/Hilfe-und-Angebote/Menschen-In-Not/Gesundheit/Sucht/Kontaktladen/Aktuelles/Studientage-Komplexe-Suchtarbeit/2017/Vortraege_und_Workshops/WS_Czycholl_Migration0317Graz.pdf). Zugriff am 06.07.2018.

Czycholl, D. (2018). Sucht-Rehabilitation mit Patienten mit Migrationshintergrund: Migration, Rehabilitation, Integration. Suchttherapie 2018; 19: 126-131.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2012). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und

Nervenheilkunde zum Thema „Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland“. Nr. 14/13.09.2012, Berlin.

Gün, A. K. (2018). Interkulturelle therapeutische Kompetenz. Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischen Handelns. Stuttgart: Kohlhammer.

Koch, E., Müller, M. J., Assion, H. J. (2014). Interkulturelle Aspekte bei der Diagnostik und Psychotherapie von Suchtstörungen. Prävalenz, Konzepte und Evidenz. Suchttherapie, 15 (2), 67-74. doi: 10.1055/s-0034-1371861

Kuhn, S., Zurhold, H., Lehmann, K., Verthein, U. (2018). Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in Deutschland. Suchttherapie, 19 (3), 140-147.

Rommel, A. & Köppen, J. (2016). Migration und Suchthilfe – Inanspruchnahme von Leistungen von Menschen mit Migrationshintergrund. Psychiatrische Praxis, 43 (2), 82-88.

Schouler-Ocak, M. (2017). Geflüchtete im Versorgungssystem. Der Neurologe & Psychiater, 18 (7-8), 20-27.

Schouler-Ocak, M. & Kurmeyer, C. (2017). Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Abschlussbericht für die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin.

UNICEF (2016). Lagebericht zur Situation der Flüchtlingskinder in Deutschland. <https://www.unicef.de/.../zur-situation-der-fluechtlingskinder-in-deutschland-data.pdf>. Zugriff am 22.06.2018.

Zurhold, H. (2017). Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA). Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Hamburg.