

Jahresbericht 2007

Interkulturelle Ambulanz in den Rheinischen Kliniken Bonn

Professor Dr. med. Markus Banger
Karoline F. Spiske
Erkan Kilic
Katharina Pries
Marion Winterscheid
Josef Driter
Klaudia Zantner
Annette Röschl-Heils
Yüksel Özcan
Katharina Neuburg

- Mit Unterstützung
der Stadt Bonn
und des LVR Köln

Inhaltsverzeichnis

A. Zur Notwendigkeit von interkultureller Kompetenz bei der Behandlung von Migranten mit Abhängigkeitserkrankungen

1. Definition der Migration

2. Sucht und Migration

3. Entwicklung einer Interkulturellen Ambulanz

B. Behandlungsangebote der Interkulturellen Ambulanz der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Bonn

I. Russischsprachiges Behandlungsprogramm für Migranten aus den ehemaligen GUS Staaten

II. Polnischsprachiges Behandlungsangebot

III. Türkischsprachiges Behandlungsangebot der Interkulturellen Ambulanz

A.1. Definition der Migration

Der Begriff des „Migranten“ umfasst nach der Definition der Vereinten Nationen alle Personen, die ihren angestammten Wohnsitz über längere Zeit in andere Länder verlegen. Flucht gilt hierbei als Sonderfall. (zitiert nach Hausotter, W.; Schouler-Ocak, M. 2007) (1)

Der Begriff der Migration stammt von dem lateinischen Wort „migrare“ und bedeutet „wandern“ oder „wegziehen“. Die Migration umfasst eine längerfristige bis dauerhafte Veränderung des räumlichen Wohnortes. Die Migration beinhaltet somit sowohl die Zuwanderung, als auch die Abwanderung (Han, P. 2000) (2).

Wanderungen gab es schon immer. Klassische Wanderungsgründe sind zum Beispiel Arbeits- oder Fluchtmigration. Die häufigsten Wanderungsgründe sind Arbeitssuche, Vertreibung oder Schutz vor Verfolgung mit der Absicht, die eigene Lebenssituation zu verbessern. Die Wanderungsentscheidungen basieren dabei auf wirtschaftlichen, politischen oder gesellschaftlichen Zusammenhängen (Treibel, A. 1999) (3). Nicht selten ist die Migration mit Problemen des Auswanderungswilligen mit seiner näheren Umgebung verbunden bzw. die Auswanderung ist ggf. Konfliktlösung. Oft sind Verpflichtungen mit der Migration verknüpft, wie die Verpflichtung zur Rückkehr oder die Zusicherung finanzieller Unterstützung (Dietzel-Papakyriakou, M. 1993)(4).

Bei den Migrationsentscheidungen spielen sogenannte „Push“ und „Pull“- Faktoren eine Rolle (Treibel 1999)(3):

Push- Faktoren (im Herkunftsland)

- prekärer Arbeitsmarkt
- mangelnde Grundstoffe
- niedrige Löhne
- Kinder als Altersversorgung
- Möglichkeit des Umsturzes des politischen Systems
- mangelhaftes Bildungssystem
- mangelndes Gesundheitssystem
- starkes soziales Gefälle

Pull- Faktoren (in die Bundesrepublik Deutschland)

- bessere humanitäre Versorgung
- sicherer Arbeitsplatz
- hohe Löhne
- besseres Bildungssystem
- besseres Gesundheitssystem
- Chancen für den sozialen Aufstieg
- sicheres politisches System
- finanzielle Unterstützung
- bessere Perspektiven für Kinder
- Nähe zur Heimat

Nach Han (2000) (2) bestehen vier Dimensionen der Migration, die Einfluss auf den Migrationsprozess haben:

- *motivationale Dimension* (Beweggründe)
- *räumliche Dimension* (geographische Distanz, damit Fremdheit der Kultur, Sprache, Normen, Werte etc.)
- *zeitliche Dimension* (dauerhaft oder vorübergehend)
- *soziokulturelle Dimension* (gesamtes neues Umfeld)

Im neuen sozialen Umfeld spielt unter anderem die gegenseitige „Angst vor dem Fremden“ eine Rolle. Dies kann die einheimische Bevölkerung betreffen, die sich in bestimmten Regionen als „Fremde im eigenen Land“ fühlen können. Statistisch konnte gezeigt werden, dass die allgemeine Akzeptanz gegenüber Fremden höher war, wenn sich mehr Kontakte zu Fremden ergaben (Ganter, S.; Esser, H. 1998) (5). Jedoch führen persönliche Kontakte nicht notwendigerweise zu einer positiven Wirkung auf die Einstellung zu Fremden.

Interethischer Kontakt kann unter den folgenden Umständen zum Spannungsabbau beitragen (Amir, Y. 1969) (6):

- wenn der soziale Status der Interaktionspartner gleichwertig ist
- wenn der Mensch mit Migrationshintergrund, zu dem der Kontakt hergestellt wird, über einen höheren Status verfügt
- wenn ein Sozialklima besteht, das den Kontakt wünscht und forciert
- wenn der Kontakt nicht nur gelegentlich stattfindet
- wenn er Spaß macht und Vorteile bringt
- wenn bei gemeinsamen funktionellen Arbeiten ein übergeordnetes Ziel angestrebt wird.

Das Zusammenleben von Menschen unterschiedlicher Ethnien ist längst gesellschaftliche Realität in der Bundesrepublik Deutschland. Die Migrationsassoziierten Risiken sind aber unzulänglich bekannt und werden nicht immer berücksichtigt.

Neben den Belastungsfaktoren, die schon bei Einleitung der Migration eine Rolle gespielt haben, kommen die durch die Migrations selbst bedingten Belastungsfaktoren hinzu.

Migration ist ein Stress auslösendes Lebensereignis, welches zu psychischen Krisen führen kann. Sluzki entwickelte ein Modell über den Migrationsprozess, das einen relativ hohen Grad kulturübergreifender Validität aufweist (Sluzki , C. E. 2001) (7).
Unterschieden werden:

eine Vorbereitungsphase,
der Migrationsakt,
die Phase der Überkompensierung,
die Phase der Dekompensation und
die Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse.

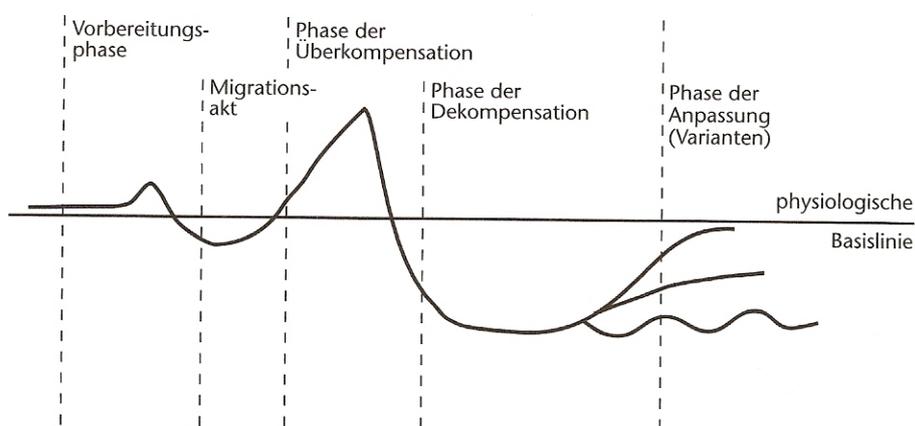


Abb. Phasen der Migration nach Sluzki 2001

„In jeder dieser Phasen, die in der Regel unterschiedlich andauern, können Konflikte auftreten, die für die Betroffenen in dieser Situation als normal angesehen werden. Sie können jedoch auch als Belastungsfaktoren bzw. Stressoren zu psychischen Störungen bis hin zu Erkrankungen führen. Die Phase der Dekompensation gilt dabei als die Phase, in der die Menschen mit Migrationshintergrund sich an die Einrichtungen des Gesundheits- bzw. Hilfesystems wenden – häufig zu spät, manchmal auch gar nicht. Als wesentliche Risikofaktoren werden genannt: Kulturkonflikt, soziale Marginalisierung, Instabilität durch Verlust an protektiven Faktoren wie Verlust der Heimat, Familie, Freunde u. a.“ (zitiert aus Hausotter, Schouler-Ocak 2007) (1).

Für das Gesamt- Haus der Rheinischen Kliniken Bonn wurde der Migrationsarzt Herr Kilic zum stellvertretenden Integrationsbeauftragten ernannt.

A. 2. Sucht und Migration

Aspekte der Suchtentwicklung bei Menschen mit Migrationshintergrund

Es kann bereits im Heimatland zu einem Schädlichen Konsum von beispielsweise Alkohol bzw. zu einer zum Migrationszeitpunkt vorbestehenden Suchterkrankung gekommen sein.

Im Ausgangsland können die Suchtmittel kulturspezifische „Kompensationsmechanismen“ („Wodka“ in Russland, „Opium“, Cannabis in Marokko etc.) sein.

Suchtmittel werden häufig als „Selbstmedikation in der „Phase der Überanpassung“ eingesetzt.

Es kann zum Kontakt zu neuen, im Ausgangsland nicht vorhandenen Suchtmitteln nach Immigration kommen. (Jugendliche und junge Erwachsene aus ehemaligen GUS Staaten, die erst in Deutschland Kontakt zu Heroin bekommen.)

Die erhöhte Anfälligkeit für eine Suchtentwicklung kann in Anpassungsproblemen der unterschiedlichen Kultur und Lebensbedingungen entstammen:

- Dualismus Kollektiv-System – Individualsystem; Stadt – Land etc.
- Fragen der kulturellen Anpassung (z. B. Frage der „Ehre, „Scham“ etc.)

A. 3. Entwicklung einer Interkulturellen Ambulanz

Die psychiatrisch- psychotherapeutischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN und andere) haben Leitlinien zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit psychischen Erkrankungen erarbeitet, an denen wir uns orientieren (Machleidt 2002) (8):

Die zwölf Sonnenberger Leitlinien

der psychiatrisch- psychotherapeutischen Fachgesellschaften zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit psychischen Erkrankungen

- 1. Erleichterung des Zugangs zur psychiatrisch- psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz**
- 2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz**
- 3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscher als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „Face to face“ oder als Telefondolmetscher**
- 4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit den Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und –verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.**
- 5. Bereitschaft aller in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen zur Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen.**
- 6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten sowie Allgemeinärzte.**

7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für die in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätigen Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen

8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien

9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit und ohne professionelle Begleitung

10 Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Menschen mit Migrationshintergrund im Straf-, Zivil- und Sozialrecht

11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen

12 Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und deren Behandlung.

Innerhalb der Institutionen der Suchthilfe entwickelt sich zunehmend die Bereitschaft, interkulturelle Kompetenzen zu erwerben, interkulturelle Angebote zu entwickeln und sich mit diesen innerhalb des Suchthilfesystems zu vernetzen und so Interkulturalität zu leben.

„Interkulturelle Kompetenz kann [...] als die Fähigkeit definiert werden, integrations- und kulturspezifische Erklärungs- und Handlungsmodelle neben den fachspezifischen [...] zu nutzen (21).

2002 wurde in der Institutsambulanz der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie ein Migrationsprojekt für Russisch- sprachige Spätaussiedler aus den ehemaligen GUS- Staaten mit dem Migrationspädagogen Herrn J. Driter, einem ukrainischen Landsmann, mit der Unterstützung durch die Stadt Bonn implementiert (siehe Jahresbericht 2006, 2005) (9, 10).

2006 wurde mit Hilfe einer Anschubfinanzierung durch den Landschaftsverband Rheinland Köln die Einstellung des türkischen Migrationsarztes Herrn E. Kilic und der Arzthelferin Frau Y. Öczan ermöglicht. Zielrichtung dieses Ansatzes war es, ein bisher völlig unerreichtes Klientel von Abhängigkeitserkrankungen betroffener Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei gezielt anzusprechen. Nachdem anfängliche Befürchtungen auf Seiten der betroffenen Gruppe zerstreut werden konnten, hat sich die türkischsprachige Sprechstunde zu einem der bestbesuchten Behandlungsangebote innerhalb unserer Suchtambulanz entwickelt. Kulturspezifisch hat sich dort beispielsweise bald die Notwendigkeit eines spezifischen Angebotes für türkische spielsüchtige Menschen herauskristallisiert.

Seit 2007 häufen sich bei unserer polnisch- stämmigen Sozialarbeiterin im Case Management Frau K. Zantner Anfragen von Suchterkrankten aus Polen. Es wurde daraufhin eine therapeutische Gruppe für Abhängigkeitserkrankte Migranten in der Dekompensationsphase aus dem polnischsprachigen Raum gegründet, die zur Zeit aus der Ambulanz subventioniert wird und in Absprache mit der Stadt Bonn versucht wird, analog zu den Spätaussiedlern eine ähnliche Finanzierungsstruktur aufzubauen.

Mit Beginn des Jahres 2008 haben wir uns – nicht zuletzt im Hinblick auf die „Sonnenberger Leitlinien“(8) - zum Aufbau einer Interkulturellen Ambulanz unter Zusammenführung der Migrationsprojekte entschlossen. Zielsetzung des integrativen Ansatzes ist die weitere Sensibilisierung für und Berücksichtigung von Migrations-spezifischen Stressfaktoren und Kultur- spezifischer Einflüsse in der Behandlung von Suchterkrankungen, die Förderung der Interkulturalität in der Gesamt- Abteilung und die Entwicklung neuer Behandlungsansätze.

B. I. Russischsprachiges Behandlungsprogramm für Migranten aus den ehemaligen GUS Staaten

Alkoholkonsum:

Wodka zu trinken ist in den Gebieten der ehemaligen GUS- Staaten ein hoch akzeptiertes und tradiertes probates Mittel der Konfliktverarbeitung. Mit „Wodka“ wird gefeiert, ein Streit geschlichtet und manches „Problem“ ist „nach ein paar Gläschen“ keines mehr. Manche Beschreibung der „russischen Seele“ handelt von Menschen, die einige Gläschen zusammen „heben“ und dann zusammen singen.

Diese Sozialisation betrifft mitunter auch Deutsch- stämmige Re- Migranten aus den ehemaligen GUS- Staaten, auch wenn diese häufig im Ausgangsland unter sich blieben oder als „Nazis“ ausgegrenzt wurden.

Drogenkonsum:

Laut Angaben der Bundesregierung lag im Jahr 2004 der prozentuale Anteil allein von Aussiedlern an den Drogentodesfällen in Deutschland bei 9% (11), während diese Bevölkerungsgruppe nur ca. 5,4 % der Gesamtbevölkerung Deutschlands ausmacht. Die Mehrzahl der Zuwanderer hatte erst nach der Zuwanderung nach Deutschland mit dem Konsum von harten Drogen (Heroin, Kokain) begonnen: Nur 20 % der Aussiedler, die illegalisierte Substanzen konsumieren, taten dies schon im Herkunftsland (12)

Von psychosozialen und gesundheitlichen Problemen sind in Deutschland besonders drogenabhängige Migranten betroffen, bei denen zwanghafte, häufig polyvalente Gebrauchsmuster verbreitet sind. Am Beispiel der Hepatitis- Infektionsrate wird die gesundheitliche Verelendung besonders deutlich: sie ist unter Drogen konsumierenden Migranten um ein Drittel höher als bei einheimischen, in Deutschland geborenen Drogenkonsumenten (13).

Schätzungen gehen davon aus, dass 5 % aller hier lebenden Menschen mit Migrationshintergrund Konsumenten illegalisierter Drogen sind (14).

Folgende Faktoren können die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen bei Migranten aus den ehemaligen GUS-Staaten beeinflussen:

- Migration als kritisches Lebensereignis
- „Illusionäre Erwartungshaltungen bezüglich materieller Besserstellung, höherem Lebensstandard“ in Deutschland (15)
- Verlust des sozialen Status in Deutschland
- Erneute Sozialisationsprozesse im Zielland (16)
- Zwangsmigration bei Jugendlichen (14)
- Erfahrungen von Diskriminierung durch Einzelpersonen oder Institutionen
- Stigmatisierungen und Vorverurteilungen durch die Bevölkerung des aufnehmenden Landes
- Doppelbelastung junger Menschen in der Adoleszenz durch Migration und Pubertät
- Verlust von projektiven Faktoren
- Aufgrund sprachlicher Defizite Verlust von Kommunikationskompetenzen
- Verlust sozialer Netzwerke
- Verminderung von Unterstützungs- und Schutzpotentialen auf Grund sich ändernder Familienstruktur und Trennung von Familienmitgliedern (17)
- Der Kulturkonflikt - Leben zwischen zwei Welten
- Gesellschaftliche, wirtschaftliche und kulturelle Unsicherheiten im Zielland
- Mangelnde Vorbereitung auf die Andersartigkeit der deutschen Kultur 9)
- Kollektivistisch geprägte Kultur in der ehemaligen SU vs. individualistisch ausgerichtete Kultur in Deutschland
- Randgruppenbildung in den unterschiedlichen Lebensbereichen
- Schlechte Schulbildung
- Geringe Chancen auf einen Ausbildungsplatz
- In sozialen Brennpunkten Ghettobildung

Diese möglichen Faktoren könnten erklären, warum sich viele Migranten „abweichenden Gruppierungen“, u. a. Drogenkonsumenten, anschließen (15). Drogenkonsum erhält hier sinn- und identitätsstiftende Funktionen, die eine psychosoziale Stabilisierung im Cliquenkontext bewirken (können).

Das deutsche Suchthilfesystem mit seiner Unterteilung in Prävention, Beratung sowie medizinisch-therapeutische Behandlung ist für Drogenkonsumenten mit Migrationshintergrund aus den ehemaligen GUS- Staaten nur schwer verständlich. Schweigepflicht oder kostenlose Beratung sind oftmals für Konsumenten und deren Angehörige unbekannt.

Betroffene suchen in der Regel erst spät professionelle Hilfe auf, da sie zunächst versuchen, die Probleme innerhalb der Familie zu lösen, um deren Ansehen und Ehre zu bewahren (19).

Der hohe Stellenwert der Familie ist wohl mit der kollektivistisch geprägten Kultur des Herkunftslandes zu erklären.

Im Suchthilfesystem der GUS war eine Trennung von Hilfesystem und Justiz nicht gewährleistet. Drogenkonsum wird in der Regel nicht thematisiert, Abhängige meist inhaftiert oder in psychiatrischen Anstalten verwahrt (20). Aus diesen Gründen ist es nachvollziehbar, dass suchtkranke Migranten vielfach hohes Misstrauen den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe entgegenbringen.

Aufgrund ihrer „Fremdheit“ und schlechten Durchschaubarkeit des Systems werden entsprechende Einrichtungen oftmals mit Instanzen der Justiz gleichgesetzt (16).

Eine wesentliche Zugangsbarriere zum Suchthilfesystem sind ungenügende Deutschkenntnisse. Wichtige Sachverhalte und Emotionen können in Beratungs- und Therapiegesprächen nur unzureichend oder gar nicht vermittelt werden. In dieser Situation sind Mitarbeiter mit Kenntnissen der russischen Sprache oder noch besser russische Muttersprachler in den Behandlungsteams sehr hilfreich. Hierbei ist zu beachten, dass es dabei nicht nur um die rein sprachliche Übersetzung geht,

sondern darum, auf beiden Seiten Erläuterungen der kulturspezifischen gegenseitigen Erwartungen zu geben.

Die Notwendigkeit der Implementierung bedürfnis- und problemadäquater Hilfsangebote für suchtkranke Migranten wird durch die dargestellten Defizite verdeutlicht. Ziel ist eine bessere Erreichbarkeit der Zielgruppe und der Abbau von Schwellenängsten. Auch sind vernetzende Strukturen im Sinn von Case-Management als Voraussetzung für die Annahmefähigkeit weiterführender Hilfen unerlässlich, da Migranten häufig über Stigmatisierungserfahrungen verfügen (22).

Insgesamt ist es nötig, Konzepte unter besonderer Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes, der Mentalität, der Sprachschwierigkeiten, der spezifischen Hintergrundproblematik und der Skepsis von Migranten aus den ehemaligen GUS-staaten gegenüber Institutionen, Beratungs- und Behandlungskonzepten zu entwickeln.

Multikulturell besetzte Teams eröffnen die Chance, Vertrauen zu schaffen, ebenso die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der jeweiligen Konzepte zu verdeutlichen (23).

Die Bereitstellung eines Teams aus einem russischsprachigen Migrationspädagogen und einer russischsprachigen Ärztin mit jeweils eigenem Migrationshintergrund hat sich als positiv erwiesen. Soziokulturelle und sprachlich bedingte Barrieren konnten ausgeräumt, Vertrauensverhältnisse aufgebaut und vertieft werden. Es konnte eine bessere Kultursensibilität bei allen Mitarbeitern der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie erreicht werden.

2. Medizinische Versorgung

Patienten aus der Gruppe der russisch sprechenden Migranten, werden medizinisch schwerpunktmäßig durch die russischsprachige Migrationsärztin K. Pries behandelt und die Oberärztin K. F. Spiske behandelt. Die Behandlung findet in erster Linie in Form von psychiatrisch- psychotherapeutischen und psychoedukativen Gruppen- und Einzelgesprächen statt.

Weiterhin kommt es regelmäßig zur Behandlung der psychiatrischen Begleiterkrankungen wie Depressionen und Psychosen.

Zusätzlich besuchen die Patienten regelmäßig einmal in der Woche die therapeutisch in russischer Sprache geleitete Gesprächsgruppe für abhängigkeiterkrankte Migranten.

Auffallend ist, dass russisch sprechende Migranten sich kaum zu Beginn der Rückfälligkeit an das Suchthilfesystem wenden, sondern erst bei nicht mehr erträglichem Konsum. So kommt es überdurchschnittlich häufig zu einer stationären Behandlung über die Notaufnahme. Vor allem Scham und die erlernten Muster mit dem Selbstanspruch, es „allein“ schaffen zu können, spielen eine Rolle.

Es bedarf einer professionellen Haltung, interkultureller Kompetenz und Geduld in der Aufklärung und in der Vermittlung des Angebots, sich bereits bei leichtgradiger Rückfälligkeit und bei Unwohlsein an die Suchthilfeeinrichtung wenden zu dürfen.

Durch die ‚Arbeit unseres Migrationspädagogen ist es und gelungen, die tiefe Solidarität und den Zusammenhalt dieser Patientengruppe untereinander konstruktiv in die Behandlung einzubeziehen. Die überwiegende Anzahl dieser Patienten kommen in der von Herrn Driter aufgebauten Gruppe für alkoholranke Patienten zusammen. Die Patienten unterstützen sich intensiv gegenseitig. Sie bringen sich

gegenseitig in die Klinik, besuchen sich in Krisensituationen und stärken und unterstützen sich auch bezüglich Abstinenzmotivation und in den Abstinenzphasen. Gelegentlich allerdings verleiten sie sich gegenseitig zum Alkoholkonsum, und es bedarf hier der zeitnahen feinfühlig professionellen Interventionen durch das Team der Interkulturellen Ambulanz .

Im Rahmen der Techniken des Motivational Interviewing erfolgt neben der üblichen Stärkung der Motivation eine Unterstützung in den Migrations- typischen Problembereichen, wie zum Beispiel

- Wechsel von Kollektivsystem in Individualsystem
- Umzug vom Land in die Stadt
- Anpassungsprozesse der unterschiedlichen Kultur
- Coping- Prozesse bei nicht erfüllter illusionärer Erwartung im Einwanderungsland
- etc...

Hierbei kann es mitunter die Aufgabe sein, die Autonomie und Abgrenzungsfähigkeit auch gegenüber den eigenen Landsleuten zu fördern.

Regelmäßig finden multiprofessionelle Teamsitzungen der Interkulturellen Ambulanz unter der Leitung der Oberärztin Frau Spiske statt. Darin profitieren alle beteiligten Berufsgruppen für ihr jeweiliges Tätigkeitsfeld, da sie sich migrationsspezifische Sichtweisen ergänzen und direkt in die jeweiligen Interventionen am Patienten einflechten lassen.

3. Entwicklung der Migrationsarbeit im russischsprachigen Segment der Interkulturellen Ambulanz

Mit dem in Zusammenarbeit gegründeten Arbeitskreis Migration und Sucht in Bonn konnte die Vernetzung vertieft werden. Unter anderem sind gelungen:

- Vernetzung mit Mitarbeitern der Einrichtungen des Vereins für Gefährdetenhilfe Bonn, der Diakonie und anderen
- In Zusammenarbeit mit der Stadt Bonn erfolgte die Erstellung eines Flyers mit den vernetzten Angebotsstrukturen.
- Die Zusammenarbeit bezieht sich auf einzelne Betroffene genauso wie die Entwicklung der übergreifenden Konzepte
- Das Team konnte um neue Mitglieder erweitert werden (Kooperationsprojekt Straßensozialarbeit).
- Die Zusammenarbeit wurde intensiviert.

Es erfolgte die Erweiterung des Migrationsteams um eine russischsprachige Ärztin, die über die Ambulanz der Suchtabteilung finanziert wird.

Es erfolgte die Zusammenführung mit dem türkischsprachigen Migrationsteam und der polnischsprachigen Mitarbeiterin zur Interkulturellen Ambulanz

Es erfolgt die Teilnahme am Integrationsrat der Stadt Bonn.

Es konnte die Zusammenarbeit zu Kostenträgern und Leistungserbringern durch die regelmäßige Verfügbarkeit der Ambulanz- Sozialarbeiterin Frau Marion Winterscheid verbessert werden.

Es erfolgt die umfangreiche Teilnahme an Seminaren und Fortbildungsveranstaltungen. Die Mitarbeiter der Interkulturellen Ambulanz wurden eingeladen, Vorträge über ihre Arbeit zu halten.

Leistungen der Interkulturellen Ambulanz

- Einzelgespräche Gruppengespräche
- psychotherapeutische Behandlung
- psychoedukative Gespräche
- Motivationsgespräche und Vermittlung zu Anbietern der Langzeittherapie
- Krisenintervention
- fachärztliche psychiatrische Diagnostik und Therapieeinleitung
- ärztliche Hausbesuche
- sozialarbeiterische Motivations- Aufklärungs- und Begleitungsgespräche
- Angehörigenberatung
- Zusammenarbeit mit Betreuern und Therapeuten stationär – ambulant
- medikamentöse Behandlung
- Vermittlung zu Angeboten ambulanten oder stationären Suchtkrankenhilfe
- Attest- und Berichtswesen
- Beratung bei Anträgen
- Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten
- Zusammenarbeit im Städtischen Arbeitskreis Migration und Sucht

4. Therapeutische Qualitätssicherung und Behandlungsergebnisse.

Psychometrische Verfahren

Drei Verfahren kommen im Rahmen der Qualitätskontrolle im Wesentlichen zum Einsatz. Diese Verfahren sind in der Lage, den Verlauf einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit zu beurteilen, und zwar jeweils in spezifischen problembezogenen Bereichen. Die Verfahren sind

1. European Addiction Severity Index (Europ – ASI) Beschreibung erfolgt weiter unten.
2. Beck-Depressionsinventar (BDI): Werte > 18 signalisieren eine klinisch manifeste Depression.
3. Fragebogen zur Gesundheitszufriedenheit, Kurzform (SF-12):
Dieser Fragebogen gibt Auskunft über die Selbsteinschätzung der Patienten zur körperlichen und psychischen Gesundheitszufriedenheit. Der Normwert liegt bei 50, die Standardabweichung beträgt 10. Diese Werte wurden an einer Normstichprobe erhoben. Dies bedeutet, dass Werte über 60 eine zunehmende Unzufriedenheit mit dem jeweiligen Gesundheitszustand darstellen.

Bezüglich der bisherigen Ergebnisse wird auf die vorliegenden früheren Jahresberichte verwiesen. Eine kontinuierliche weitere Evaluation und Qualitätskontrolle wird durchgeführt.

5. Zusammenfassung und Perspektiven

Die Gruppe der Migranten ist nach wie vor ausgesprochen heterogen. Der Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen in anderen Kulturen ist völlig anders als der in der Bundesrepublik Deutschland. Die Arbeit des Migrationspädagogen trägt zu einer deutlichen Professionalisierung im Umgang mit suchtkranken Migranten bei. Das Angebot bezieht sich sowohl auf die stationäre als auch ambulante Versorgung.

Durch die Einführung der qualitätssichernden Maßnahmen kann die Wirksamkeit des Migrationsprojektes an Hand von Patientenverläufen nachgewiesen werden. Dies ist zum einem wichtig für die Behandler des Programms als auch für die Patienten, die ein Feedback zu den Tests und Verläufen bekommen.

Die Einbindung eines weiteren Sozialarbeiters aus der Suchtambulanz, soll vor allem auf der administrativen Ebene, zu einer noch besseren Zusammenarbeit mit der Stadt Bonn führen.

Neben der eigentlichen Arbeit mit den suchtkranken Migranten erfolgt auch der intensiviertere Aufbau eines Sucht-Kooperationsverbundes in Bonn und in Zukunft auch dem Rhein-Sieg-Kreis. Auf lokaler Bonner Ebene gibt es eine enge Zusammenarbeit mit dem Verein für Gefährdetenhilfe, der Caritas und der Diakonie. Es finden regelmäßige Treffen in einem Arbeitskreis statt und es wird ein gemeinsamer Flyer erstellt mit den Behandlungsangeboten für suchtmittelabhängige Migranten in Bonn.

Gleichzeitig sollen auch auf überregionaler Ebene im Rheinland durch eine enge Zusammenarbeit Synergieprozesse genutzt werden (z.B. bei der Übersetzung von Flyern, Aufbau von Internetseiten etc.)

Eine multikulturelle Gesellschaft benötigt auch ein multikulturelles Gesundheitssystem mit spezifischen kulturberücksichtigenden Angeboten, um dem Auftrag einer umfassenden Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung gerecht zu werden. Die Entwicklung zu einem sorgsameren Umgang mit der geographischen Herkunft der Patienten und ihrer jeweiligen Enkulturation ist ein Prozess, der in einer Abteilung allmählich zu einem kultursensiblen Klima führt.

Um Migranten gerade im Suchtbereich eine verbesserte gesundheitliche Versorgung und Beratung zu ermöglichen, müssen sich die Regeleinrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung interkulturell öffnen. Ein Schlüssel zur Öffnung der Institutionen ist eine kultursensible Qualifizierung der Mitarbeiter eines psychiatrischen Krankenhauses. Die Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland haben für Ihre jeweilige Klinik Integrationsbeauftragte bestellt. Für die Rheinischen Kliniken in Bonn sind dies drei Mitarbeiter. Eine der Aufgaben der Integrationsbeauftragten ist es, die Angebote der Rheinischen Kliniken für die Migranten besser zugänglich zu machen. Weiterhin werden für die Mitarbeiter der Rheinischen Kliniken vermehrt Fortbildungen in dem Bereich „Interkulturelle Kompetenz“ angeboten.

Ähnlich wie im Bereich der Früherkennungsuntersuchungen ist bei den Migranten, wie auch bei ihren in Deutschland geborenen Nachkommen eine deutlich reduzierte Inanspruchnahme vorhandener Hilfen in Vergleich zu der einheimischen Bevölkerung zu verzeichnen. Gerade im Suchtbereich ist mit einer Mischung aus Scham, religiösen, geschlechtstypischen und altersrollentypischen Vorbehalten zu rechnen. Hier wäre es sinnvoll, neben der reinen klinischen Versorgung auch eine migrationsspezifische Suchtprävention zu etablieren.

Im Jahr 2006 ist es gelungen über eine Modellfinanzierung des LVR einen türkisch und deutschsprachigen Arzt und eine türkisch und deutschsprachige Arzthelferin einzustellen. Diese sollen für den Bereich Bonn und Rhein-Sieg ein spezielles Angebot für suchtkranke Migranten aus dem islamisch geprägten Kulturraum realisieren.

Für die Zukunft ist vorgesehen, den türkischen ärztlichen Kollegen in den Arbeitskreis Migration und Sucht der Stadt Bonn zu integrieren.

B. II. Polnischsprachiges Behandlungsangebot

Bericht der polnischsprachigen Sozialarbeiterin Frau Klaudia Zantner (Supervision: Karoline F. Spiske, Oberärztin)

Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland lebten im Jahr 2000 nach Erhebungen der Bundesregierung knapp über sieben Millionen Migranten/innen, was einen Anteil von 8,9 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmacht.

Da es bei den Migranten unterschiedliche Herkunftsländer, Migrationaspekte und rechtliche Zugangsmöglichkeiten gibt, kann man nicht von einer homogenen Gruppe sprechen. Vielmehr müssen hierbei die jeweilige Situation im Herkunftsland, der Migrationprozess und die späteren Integrationsmöglichkeiten analysiert werden.

Bezogen auf das Versorgungsgebiet der Rheinischen Kliniken beträgt der Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung etwa 11 bis 13 Prozent. Der Anteil der behandelten Migranten in den Rheinischen Kliniken des LVR Verbandes betrug im Jahr 2002 bei Männern 3,9 Prozent, bei Frauen 3 Prozent.

Wenn man die Statistiken über die Staatsangehörigkeit bei den in den Rheinischen Kliniken aufgenommenen Patienten betrachtet, so sehen wir, dass Ausländer gemessen an ihrem Anteil an der Bevölkerung in der psychiatrischen Versorgung unterrepräsentiert ist.

Polens Geschichte ist insgesamt stark von Auswanderung geprägt. Bis ins 20. Jahrhundert fanden Abwanderungen sowohl in größeren Wellen als auch in jährlichen Bewegungen statt.

Insgesamt wanderten in den letzten 25 Jahren ca. 1,1 bis 1,3 Millionen Menschen aus Polen in die Bundesrepublik Deutschland ein.

Die Anzahl der polnischen Migranten wird aufgeteilt in Aussiedler, Arbeits- und Wirtschaftsmigranten und illegale Einwanderer.

Allein in NRW leben derzeit ca. 2 Millionen Migranten, wie viele davon aus Polen kommen lässt sich nicht so einfach sagen, da viele polnische Migranten einen deutschen Pass besitzen und somit in keiner Statistik auftauchen

Spezielle Situation polnischer Migranten in der Bundesrepublik Deutschland

Die Migration und Integration ist an sich ein mit großen persönlichen Anstrengungen verbundener Prozess.

Die Deutsche Staatsangehörigkeit bzw. ein deutscher Pass entlastet diese Gruppe nicht, vielmehr werden sie sich noch mehr belastet fühlen, weil sie sowohl im Herkunftsland als auch in der neuen Heimat als Ausländer betrachtet werden.

In diesem Zusammenhang wurde ein Modell von dem renommierten Psychiater und Familientherapeut dem Carlos Sluzki entwickelt. Durch diese Phasen gehen alle Migranten unabhängig von der Vorgeschichte durch: Vorbereitung der Migration, Migration, Überkompensation- hoher Grad der Anpassung, Dekompensation- Anhäufung von Konflikten, Akkulturation –Anpassung.

Die Gruppe der polnischen Migranten kommt oft mit sehr hohen Erwartungen nach Deutschland. Diese werden schnell zerstört, weil die sozialen und kulturellen Probleme und Unterschiede erstmals deutlich, sichtbar und fühlbar werden.

Innerhalb der Migrantengruppe wird sichtbar, dass polnische Migranten sehr häufig Probleme mit Alkohol haben und viel früher als deutsche Patienten in die Sucht einsteigen und in der Regel höherprozentige Getränke konsumieren.

Der Verlauf der Suchterkrankung beginnt früher im Vergleich zu den deutschen Patienten und bringt dementsprechend früher Folgeprobleme wie den Verlust des Arbeitsplatzes, finanzielle Belastungen, familiäre Probleme und gesundheitlichen Probleme mit sich.

Erreichbarkeit im deutschen Suchthilfesystem

Problematisch in der Behandlung suchtkranker polnisch- stämmiger Migranten ist das Verständnis der Suchterkrankung. Sie wird in der Regel nicht als Krankheit, sondern als moralisches Fehlverhalten gesehen. Therapie- und Behandlungsangebote werden häufig aus Unkenntnis abgelehnt.

Ein großes Probleme stellt die Erreichbarkeit des deutschen Gesundheitshilfesystem dar. Das gilt für psychische Störungen im Allgemeinen und Sucht im speziellen.

Es gibt eine Vielzahl von Gründen der geringen Inanspruchnahme des Suchthilfesystems durch Migranten aus Polen:

- Unkenntnis des Beratungs- und Hilfesystems,
- Misstrauen und Angst vor juristischen Konsequenzen,
- fehlende Anspruchsberechtigung für ambulante/stationäre Hilfen
- bei ungesichertem Aufenthaltsstatus,
- Mangel an muttersprachlichem Personal bzw. Informationsmaterialien,
- Unterstellung bzw. Befürchtung von Vorurteilen, Parteilichkeit oder Rassismus der Behandler,
- Situation der Behandler, die Patienten vermeiden wollen, die überdurchschnittlich viel Arbeit machen.

Es ist kann festgehalten werden, dass polnische Migranten andere Bedürfnisse in der Behandlung haben und dass diese sich auch interkulturell unterscheiden sollten. Der steilere und schnellerer Suchtverlauf muss in die Behandlung einbezogen werden.

Die Behandlung polnischer Migranten sollte sich nicht komplett von der sonstigen Standartbehandlung unterscheiden, sondern viel mehr eine Ergänzung zu der Standartbehandlung sein. Zu beachten ist, dass es nicht zu einer Ghettoisierung kommt. Die Integration der polnischen Patienten und Behandlung der Suchterkrankung sollten als oberst Prämissen gelten.

Fazit und Ausblick

Im Rahmen ihrer Tätigkeit in den Rheinischen Kliniken Bonn, hat Frau Zantner innerhalb der letzten 6 Monate 16 polnischstämmigen Patienten behandelt. Bei allen Patienten bestand ein starker Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und dem Schweregrad der Suchterkrankung.

Alle Patienten waren mit dem deutschen Suchthilfesystem überfordert. Zusätzlich bestand eine starke Belastung im beruflichen, finanziellen, familiären und sozialen Bereichen.

Diese Probleme werden in der seit 2007 angebotenen therapeutisch geleiteten offenen Gruppe für polnisch sprechende Patienten besprochen. Eine qualifizierte Behandlung dieser Patientengruppe kann wegen fehlender Mittel zur Zeit nicht angeboten werden.

Aus den Erfahrungen im Suchthilfesystem lässt sich schlussfolgern, dass die Inanspruchnahme von medizinischen und therapeutischen Hilfsangeboten von Migranten dann ansteigt, wenn das Versorgungsangebot angemessen hinsichtlich der kulturellen Gegebenheiten verändert wird. Vordergründig ist ein Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren.

Als Fazit ist zu sehen, dass eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation vieler Migranten, sich mittel und -langfristig als eine Kosteneinsparung für alle Kostenträger erweisen würde. Mit der Stadt Bonn wurde zunächst vereinbart, den Bedarf spezifischer Unterstützung für polnische Migranten weiter zu objektivieren.

III. Türkischsprachiges Behandlungsangebot der Interkulturellen Ambulanz
Erfahrungsbericht des türkischsprachigen Behandlungsteams (Erkan Kilic,
Migrationsarzt, Yüksel Öczan, Arzthelferin, Karoline F. Spiske. Oberärztin)

Einleitung:

Migration kann einen Einfluss haben, sowohl auf das Risiko zu erkranken als auch eine Chance, eine adäquate Therapie zu erhalten.

Zur Zeit leben ca. 7,4 Millionen Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit (ungeachtet der Migranten mit deutscher Staatsbürgerschaft) in Deutschland. Mehr als die Hälfte der Migranten stammen aus dem Mittelmeerraum, darunter sind 1,9 Millionen türkische Staatsbürger.

Während der Ausländeranteil in Bonn bei 13,6% (Türken 6,9%) liegt, beträgt sie im Rhein-Sieg Kreis 8,8%.

Der überwiegende Anteil der Migranten aus der Türkei kam in den 1960er-Jahren als Gastarbeiter nach Deutschland; oder sie folgten nach dem Anwerberstopp 1973 als Familienangehörige nach.

Die erste Einwanderergeneration ist als Eltern von einer Suchtproblematik in der Regel nicht betroffen. Ihre kulturelle Identität, ihre Werte und ihr soziales Zusammenleben sind stark von mitgebrachten traditionellen und religiösen Vorstellungen geprägt.

Dagegen zeigt die so genannte zweite Generation kulturelle Sichtweisen, die sich an der Aufnahmegesellschaft orientieren. Der Grossteil unterliegt im Familienleben einem strikten Reglement. So besteht häufig eine rigide Komplementarität bezüglich Rollenverteilung und Werthaltung. Sie fühlen sich häufig sozial inkongruent, haben

eine negativere soziale Grundsituation und verfügen über ungeeignete Verarbeitungsmechanismen für Einsamkeit. Sie verhalten sich sozial inkompetent und verarbeiten mitunter ihre negativen Einsamkeitserlebnisse durch einen „Griff zur Droge“, da sie über ungenügende Fähigkeiten zur psychosozialen Verarbeitung (coping skills) verfügen.

Bedarfssituation:

Trotz Zunahme der Suchtproblematik bei Menschen mit Migrationshintergrund ist zu erkennen, dass eine deutlich verminderte Nutzung des Suchthilfesystems besteht.

Als Gründe werden die Unkenntnis der Hilfsangebote, die Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen, innerfamiliäre Bewältigungsstrategien wie Verharmlosung und Bagatellisierung, sowie unzureichendes Wissen über Drogen und Abhängigkeit genannt.

Zudem wird als „Lösungsversuch“ das Verschicken der Erkrankten ins Heimatland vorgenommen, wenn zum Beispiel Eltern mit der Sucht ihrer Kinder nicht zu recht kommen.

Nach der Rückkehr kommt es dann nach solchen Heimattherapien mit kurzfristiger Abstinenz zum raschem Rückfall und einer weiteren Verschlechterung der Situation des Betroffenen.

Lässt sich der Drogenkonsum eines Familienmitgliedes nicht mehr verheimlichen, kann die Familie sich für die Verstoßung, leider seltener für die Unterstützung, entscheiden.

Drogenabhängige Migranten suchen erst eine Einrichtung auf, wenn alle individuellen und sozialen Ressourcen völlig erschöpft sind.

Die Sucht wird von den Angehörigen und Abhängigen lange Zeit aus Scham geheim gehalten. Gerade dieses Verhalten macht es schwierig, die nötige Hilfe rechtzeitig einzusetzen.

Ein wesentliches Problem der bisherigen therapeutischen Arbeit mit Migranten ist nicht nur die erschwerte Erreichbarkeit des Abhängigen, sondern auch die fehlende interkulturelle Handlungskompetenz vieler Therapeuten.

Konzeption:

Im Rahmen des Modellprojektes liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung türkischsprachiger Migranten mit einer Abhängigkeitserkrankung und komorbider Erkrankungen.

Seit Oktober 2006 wird ein türkischsprachiger Projektarzt sowie seit Januar 2007 eine türkischsprachige Arzthelferin beschäftigt.

Zur Bekanntmachung der türkischsprachigen Migrantenambulanz sind zudem initial Broschüren (2000 Stck.) in türkischer Sprache gedruckt und verteilt worden.

Zum Behandlungsprogramm der Suchttherapie gehören kultursensible und Kulturberücksichtigende kognitiv- behaviorale und motivational orientierte Einzelgespräche gegebenenfalls unter Einbeziehung der Familie als unterstützende Ressource.

Projektverlauf:

Es erfolgte die Bekanntmachung durch intensive Öffentlichkeitsarbeit. Darüber hinaus wurden die folgenden Suchthilfeeinrichtungen bzw. Kontaktstellen/ Medien informiert oder aufgesucht:

- Suchthilfeeinrichtungen der AWO, VFG, ASB,
- Gesundheitsamt Köln und Bonn,
- diverser türkisch/arabischer Moscheen
- und türkische Vereine in Bonn und dem Rhein-Sieg Kreis und Köln,
- alle hausärztliche Primärversorger mit Migrationshintergrund in Bonn und Köln,
- Arbeitskreis türkischsprachiger Psychotherapeuten,
- Arbeitskreis der Migrantambulanz des LVR,
- Klinikjournal 7/2007,
- WDR 5,
- mehrmalige Informationsveranstaltungen bei AWO, Gülistan und Emfa,
- sowie auch in der Siegburger und Troisdorfer Moschee.

Hinzu erschienen in den Zeitungen Hürriyet, Türkiye und Posta Berichte über die Ambulanz.

Im März/2007 fand ein gemeinsamer Besuch des türkischen Generalkonsuls und der Gesundheitsdezernentin des LVR Frau Lubek statt.

Über diese aufwendige Informationspolitik mit Aktivierung der kulturspezifischer Kommunikationskanäle erreichten wir einen stetigen Zuwachs des Klientels. Im weiteren Jahresverlauf wurde in unserer Klinik stattfindenden Interkulturellen Psychotherapietagen 11/07 ein Workshop mit der Thematik Migration und Sucht gehalten.

Aktuell behandeln wir eine stetig steigende Grundgesamtheit von zur Zeit 257 türkischsprachigen Patienten mit psychiatrischen Störungen, hierbei haben 115 Patienten (44,8%) eine Suchterkrankung mit komorbider psychiatrischer Störung und 17 Patienten (6,7%) eine pathologische Spielsucht.

Ausblick:

Kultursensible und die Integration fördernde Suchttherapie in der ambulanten Suchtversorgung muss weiter durch regelhafte Migrations- spezifische Aspekte erweitert werden.

Hierbei ist ein weiterer permanenter konsequenter Abbau von Zugangsbarrieren durch Öffentlichkeitsarbeit erforderlich und unabdingbar.

In Bezug auf die zunehmende Evidenz der Spielsucht bieten wir seit 02/08 für türkischsprachige Patienten eine therapeutische Gruppe.

Zur therapeutischen Qualitätssicherung ist es geplant, statistisch validierte türkischsprachige psychometrische Verfahren (Universitätsklinik Essen(LVR) und Universitätsklinik Ankara) wie das ASI, BDI und SCL 90 und SOGS(Spielsucht) einzusetzen.

Literatur

- 1) Hausotter, W; Schouler- Ocak, M (2007). Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund unter medizinischen und psychologischen Aspekten. München, Jena.
- 2) Han, P (2000) Soziologie d. Migration; Lucius & Lucius. Stuttgart.
- 3) Treibel, A (1999) Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen der Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. 2. Auflage. München, Weinheim.
- 4) Dietzel- Papakyriakou, M (1993) Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland; aus: Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. (Hrsg): Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung – III. Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen S 1 – 154.
- 5) Ganter, S; Esser, H (1998) Ursachen und Formen der Fremdenfeindlichkeit in der Bundesrepublik, Schriftenreihe der Friedrich- Ebert- Stiftung Bonn.
- 6) Amir, Y (1969) Contact in Ethnic Relations. Psychological Bulletin 5.
- 7) Sluzki, C E (2001) Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann, T; Salman, R (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie, Psychiatrie Verlag, Bonn.
- 8) Machleidt (2002) Die zwölf Sonnenberger Leitlinien, Nervenarzt 12, Band 73, S1208-1209.
- 9) Jahresbericht des Migrationsprojektes der Ambulanz für Suchterkrankungen und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Bonn, Chefarzt Prof. Dr. M. Banger (2006)
- 10) Jahresbericht des Migrationsprojektes der Ambulanz für Suchterkrankungen und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Bonn, Chefarzt Prof. Dr. M. Banger (2005)

- 11) Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005). Drogen- und Suchtbericht 2004. Berlin
- 12) Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2004). Drogen- und Suchtbericht 2003. Berlin
- 13) Bätz, B. (2000a). Alkoholabhängigkeit und Abhängigkeit von illegalen Drogen bei AussiedlerInnen. In Bätz, B. (Hrsg.), Suchtrisiken und Suchterkrankungen bei Aussiedlern. Behandlung, Zahlen, Daten, Fakten. (S. 3-12) Warstein.
- 14) Bätz, B. (2000b). Therapeutische Angebote für junge Migrantinnen und Migranten. In Barth, W. et al. (Hrsg.), Migration-Sucht-Hilfe. Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationsberatung. (S. 109-130) Nürnberg: Emwe-Verlag.
- 15) Schneider, W. (2004). Aufsuchende , stadtteilorientierte psychosoziale Begleitung/Betreuung von russlanddeutschen DrogenkonsumentInnen. In Schneider, W. und Gerlach, R. (Hrsg.), DrogenLeben. (S. 219-230) Berlin: VWB
- 16) Czychol, D (2002a). Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe. Barth, W. et al. (Hrsg.), Migration-Sucht-Hilfe. Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationsberatung. (S. 11-20) Nürnberg: Emwe-Verlag
- 17) Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (2000). Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. 6. Familienbericht. Berlin.
- 18) Morajko, I. (2003). Aussiedlerjugendliche im Spagat zwischen der russischen Familientradition und der deutschen Kultur. In LWL (Hrsg.), Best Practices – in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Russlanddeutschen in der ambulanten Suchthilfe. (S. 29-34) Münster.
- 19) Salman, R. (2004). Interkulturelle Drogen- und Aidshilfe. In Klee, J. et al (Hrsg.), Drogen, HIV/Aids, Hepatitis. (S. 227-237) Ein Handbuch. Berlin.

- 20) Osterloh, K. (2002). Arbeit mit illegale Suchtmittel konsumierenden Migranten und Migrantinnen aus der GUS am Beispiel der mudra Drogenhilfe Nürnberg. In Barth, W. et al (Hrsg.), Migration-Sucht-Hilfe. Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationsberatung. (S. 43-58) Nürnberg: Emwe-Verlag
- 21) Pavkovic, G. (1999). Interkulturelle Kompetenz und Qualität in der Suchtkrankenhilfe. In Tuna, Soner et al (Hrsg.), Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. (S. 56-63) Gießen: Psychosozial-Verlag.
- 22) Barth, W. (2002). Suchtgefährdete Aussiedler im System der Migrationsberatung. In Barth, W. et al (Hrsg.), Migration-Sucht-Hilfe. Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationsberatung. (S. 21-30) Nürnberg: Emwe-Verlag
- 23) Kaya, D. (1999). Ansätze und Erfahrungen einer Langzeittherapieeinrichtung für drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft. In Tuna, Soner et al (Hrsg.), Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. (S. 170-183) Gießen: Psychosozial-Verlag.