



**Bayerische Akademie
für Sucht- und
Gesundheitsfragen**

**BAS Unternehmergeellschaft
(haftungsbeschränkt)**

Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel.: 089.530 730-0
Fax: 089.530 730-19
E-Mail: bas@bas-muenchen.de
Web: www.bas-muenchen.de

Registergericht München:
HRB 181761

Geschäftsführung:
Dipl.-Psych. Melanie Arnold

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
IBAN:
DE44 7002 0500 0008 8726 00
BIC/Swift: BFSWDE33MUE

Gesellschafter:
Bayerische Akademie für Suchtfragen
in Forschung und Praxis BAS e.V.

Dokumentation der 31. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern

**Migrant – „Sucht“ – Netzwerk –
Wer hilft wem, wie und wo am besten?**

18. März 2015 in München

Ablauf der Tagung

Am 18. März 2015 fand im Hansa-Haus in München die 31. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen mit über 60 Teilnehmern statt. Nachfolgend ein Überblick über das Programm:

09:30	Begrüßung und Einführung	Christiane Fahrmbacher-Lutz Vorstand BAS e.V., München
09:45	Wie funktioniert interkulturelle Suchthilfe?	Ramazan Salman Ethno-Medizinisches Zentrum, Hannover
10:30	Integrierende Angebote und/oder Spezialeinrichtungen für Migranten?	Uwe Steinbrenner Condrobs e.V., München Metin Sert Dönüş, mudra e.V., Nürnberg
11:15	Interdisziplinärer Austausch mit Kaffeepause	
11:45	Mit Migranten für Migranten – MiMi-Bayern stellt sich vor	Britta Lenk-Neumann Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V., München
12:15	Suchtverständnis von Migranten aus den Nachfolgestaaten der früheren Sowjetunion im Wandel	Kay Osterloh mudra e.V., Nürnberg [wegen Erkrankung entfallen]
12:45	Mittagspause	
14:00	Kulturssensibilität in Beratung und Therapie – Traumatisierte Flüchtlinge	Barbara Abdallah-Steinkopff REFUGIO, München
15:00	Besonderheiten bei der Rehabilitationsbehandlung	Nazmiye Cetinkaya Thomas V. Welter Fachklinik Hirtenstein, Bolsterlang
15:30	Nachgefragt ... Ihre Fragen von Experten beantwortet	
16:30	Ende der Veranstaltung	

Wie funktioniert interkulturelle Suchthilfe?

Herr Salman, Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums, erläuterte, dass sich die Bevölkerungszahlen aufgrund des Zuwachses durch Migration derzeit alle drei Monate verändern. Die Migranten¹ sind mit durchschnittlich 35,2 Jahren etwa 10 Jahre jünger als die deutsche Bevölkerung (46,1 Jahre). Der Anteil von Menschen mit nicht-deutschem Pass beträgt 2015 rund 8 Millionen. Insgesamt lebten 2013 rund 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Vor diesem Hintergrund wird künftig nahezu jede Suchthilfeeinrichtung interkulturell arbeiten müssen.

Bundesweit stellen Menschen mit Migrationshintergrund in Frankfurt am Main (44,2 %), Augsburg (36,8 %), Nürnberg (36,4 %) und München (34,3 %) mehr als ein Drittel der Bevölkerung. Die gesundheitliche Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe steht folgenden Herausforderungen gegenüber:

- Kulturelle, sprachliche und soziale Vielfalt nimmt laufend zu.
- Unterschiedliche kulturelle Hintergründe und Sichtweisen von Behandlern und Behandelten
- Die Integration von Migranten als Patienten in Angebote der Gesundheitsdienste erfordert neue interkulturelle Handlungskompetenzen bei Management und Personal.
- Strukturelle Barrieren auf unterschiedlichen Ebenen erschweren Migranten Zugang zu Angeboten und Diensten
- Mangel an muttersprachlichen Fachkräften, qualifizierten Dolmetschern, interkulturellen Kompetenzprofilen und erforderlichen psychosozialen Rahmenbedingungen
- Migranten haben geringere Informationen über das Gesundheitssystem, Therapie und Vorsorgemaßnahmen. Die Vielfalt der verschiedenen Angebote wirkt oft verwirrend.
- Die Handlungskompetenz der Migranten und Serviceinstitutionen muss gestärkt werden.
- Migranten sind als Mitarbeiter in den Institutionen des Gesundheitswesens unterrepräsentiert.

Eine Drogenproblematik entwickelt sich oft aufgrund mangelhafter Information sowie aus Neugier. Aus Scham, Hilflosigkeit und Angst werden die entstehenden Probleme vor den Eltern geheim gehalten, professionelle Hilfe wird nicht aufgesucht. Erfahren die Angehörigen von den Problemen, so werden verzweifelte Bewältigungsversuche unternommen. So sollen beispielsweise „Urlaubsaufenthalte“ in ökonomisch ausgerichteten Kliniken in der Türkei innerhalb weniger Wochen die Suchterkrankung „heilen“.

Migrationsspezifische Copingmuster bei Suchtproblemen können folgende Aspekte beinhalten: Familienunterstützung, Geheimhaltung, temporärer Aufenthalt in der Heimat, Militärdienst, Heirat, Glaube und Religion, endgültige Rückkehr in die Heimat sowie Ausstoßung durch die Familie als Ende eines gescheiterten Copings.

Der Versorgungszugang wird durch vier, zum Teil nur schwer zu durchdringende Schichten erschwert. Im Falle einer Suchterkrankung bietet beispielsweise auch die eigene Community wenig Hilfe, da neben einem Mangel an Information auch vielfach Vorurteile existieren. In der folgenden Abbildung sind die verschiedenen Ansatzpunkte und Ebenen der interkulturellen Öffnung dargestellt:

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden zumeist die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber in jedem Fall Frauen und Männer.

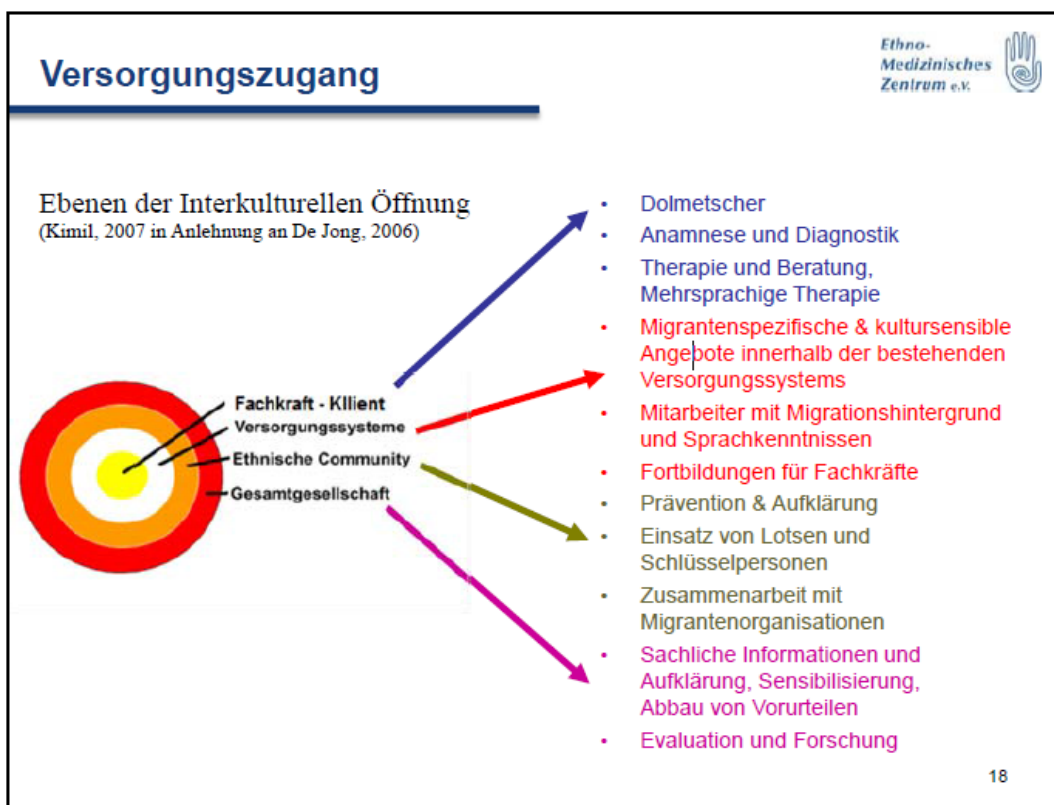


Abb. 1: Ansatzpunkte zur interkulturellen Öffnung der Gesundheitsversorgung

Ein Ansatzpunkt ist die Ausbildung von Mediatoren und Lotsen, die die Aufgabe haben, Sucht als Tabuthema anzusprechen, Informationen zu geben und als persönliche Vertrauensperson den Kontakt zum Hilfesystem herzustellen. Näheres zum Gesundheitsprojekt MiMi findet sich im übernächsten Beitrag.

Integrierende Angebote und/oder Spezialeinrichtungen für Migranten

Herr Steinbrenner, Einrichtungsleiter bei Condrops, erklärte, dass bei steigender Tendenz in den Vorgängerjahren zuletzt rund 40 % der Klientel einen Migrationshintergrund aufwies. Mit 52 % sei diese Personengruppe am stärksten in der ambulanten Rehabilitation vertreten. Die größte Gruppe bildeten die Türken, gefolgt von Klienten aus Staaten des ehemaligen Jugoslawiens.

Er betonte, dass für interkulturelle Suchtberatung mehr Zeit erforderlich sei. Erst wenn es gelinge, ein Milieu des Vertrauens zu schaffen sowie einen sicheren Raum zu bieten, könne eine therapeutische Beziehung entstehen. So sei Offenheit für Neues bzw. Fremdes und die Akzeptanz des Unterschiedlichen auch eine wichtige Voraussetzung für die Mitarbeiter.

Bei der Beratung empfiehlt sich zunächst eine Exploration des kulturellen Hintergrundes und des Migrationsverlaufs. Hier kommen beispielsweise Verluste, Belastungen, Traumata, Ressourcen oder auch der gesellschaftliche und ökonomische Status im Herkunftsland zur Sprache. Wichtig ist auch zu wissen, dass das passive Sprachvermögen ausgeprägter ist als das aktive, so dass das Verstehen besser als das Sprechen ist. Typisch sind Umschreibungen besonders traumatischer Sachverhalte sowie eine bildhafte Sprache, die häufig durch Gestik und Mimik unterstützt wird.

Herr Sert, einer der beiden Leiter der Therapieeinrichtung Dönüş, die bereits seit 1997 existiert, berichtete auf der Grundlage der eigenen Migrationserfahrung über die Gründe, die zum Aufbau einer eigenen Einrichtung für Männer aus dem orientalischen Kulturkreis geführt haben. Auch Herr Sert verwies darauf, dass kulturelle Unterschiede in der Beratung eine große Rolle spielen.

Mit Migranten für Migranten – MiMi-Bayern stellt sich vor

Frau Lenk-Neumann, Projektkoordinatorin von MiMi-Bayern, berichtete über das MiMi Gesundheitsprojekt Bayern. Hierbei handelt es sich um einen kulturspezifischen Ansatz, der sich derzeit noch nicht speziell an Suchtmittelabhängige richtet, aber im Kontext der Bearbeitung von Ernährungsthemen auch Alkohol- und Zigarettenkonsum berücksichtigt.

Die Ausgangsidee bestand darin, dass sich Migranten gegenseitig helfen, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Durch die Ausbildung interkultureller Gesundheitsmediatoren soll gesundheitliche Chancengleichheit unterstützt werden. Einen Überblick über die Projektorganisation, die 10 beteiligten bayerischen Standorte und die Sponsoren gibt die folgende Abbildung:

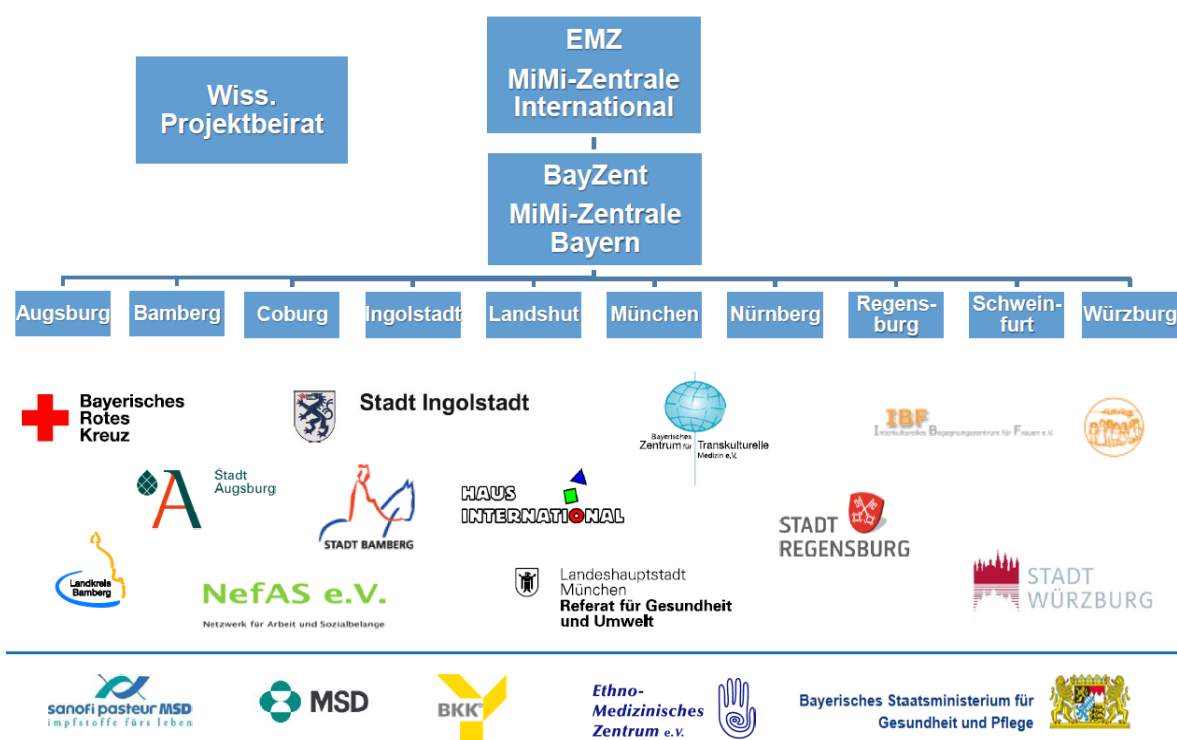


Abb. 1: Projektorganisation

Für den Zeitraum von 2014-2016 sind fünf Projektbausteine (Schulungen, Kampagnen, Materialien, Öffentlichkeitsarbeit und Evaluation) vorgesehen. Mit den Schulungen werden zum einen Mediatoren ausgebildet, geeignete Mediatoren zu interkulturellen Dolmetschern weitergebildet und Fachweiterbildungen für Mitarbeiter des Gesundheitswesens durchgeführt.

Interessenten für die Tätigkeit als MiMi-Mediator sollten folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Aufgeschlossenheit gegenüber beiden Kulturen
- Bereitschaft zum selbstständigen Durchführen von Informationsveranstaltungen
- Gute Sprachkenntnisse in Wort und Schrift (Deutsch und Herkunftssprache)
- Gute Schul- und Berufsbildung

Im Rahmen der mehrsprachigen Kampagne „Gesundheit für alle in Bayern“ werden beispielsweise Informationsveranstaltungen in Migrantensettings abgehalten und interkulturelle Gesundheitsgruppen ins Leben gerufen. Auf diese Weise können über einen niedrigschwelligen Ansatz auch schwierige Themen angesprochen werden. So kommt man z.B. von der Ernährungsberatung zum missbräuchlichen Alkoholkonsum oder von der Familienplanung zur HIV-Prävention.

Schulungsmaterialien existieren u.a. zu 20 verschiedenen Präventionsthemen incl. der dazugehörigen Präsentationsfolien in 15 Sprachen. Wegweiser zur Psychotherapie stehen in acht Sprachen zur Verfügung.

Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung erfolgen auf lokaler, landes- und bundesweiter Ebene beispielsweise in Form von Tagungen, Pressekonferenzen und der Kontaktaufnahme zu anderen Gesundheitsinstitutionen.

Mit der Evaluation werden sämtliche Projektbestandteile u.a. auch auf ihre Nachhaltigkeit hin überprüft. Seit Projektbeginn im Jahr 2005 wurden über 250 Mediatoren ausgebildet, 14.000 Teilnehmer erreicht und rund 1.140 Veranstaltungen durchgeführt. Mit den Maßnahmen werden zu über 70 % Frauen bzw. Familien mit Kindern erreicht. Die Teilnehmer, die häufig psychische Belastungen aufwiesen und nur zu 22 % erwerbstätig waren, kamen aus 84 Ländern – die fünf teilnehmerstärksten Länder waren die Türkei, Deutschland, Afghanistan, Russland und Kasachstan. Die Schulungsinhalte waren für über 60 % überwiegend neu, über 90 % der Befragten waren mit den Veranstaltungen (sehr) zufrieden.

Informationen und Ansprechpartnerinnen für das Projekt finden sich hier:

<http://www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/127.0.html>

MiMi-Zentrale International/Projektträger

Elena Kromm-Kastjuk (Projektmanagement MiMi-Bayern)

Tel.: 0511 1684 1017

E-Mail: ethno@onlinehome.de

MiMi Landeszentrale Bayern

Britta Lenk-Neumann (Landesprojektkoordinatorin MiMi-Bayern)

Tel.: 089 4390 9028

E-Mail: Lenk-Neumann@bayzent.de

Suchtverständnis von Migranten aus den Nachfolgestaaten der früheren Sowjetunion im Wandel

Herr Osterloh war leider akut erkrankt, so dass sein Vortrag ausfallen musste. Er erstellte auf Wunsch verschiedener Tagungsteilnehmer die folgende Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte seines Vortrags.

Die mudra Drogenhilfe Nürnberg

Mudra begann 1998 intensiv in die Arbeit mit illegalisiert Suchtmittel konsumierenden russischsprachigen Zuwandern einzusteigen. Zum damaligen Zeitpunkt konsumierte diese neue Zielgruppe überwiegend Heroin. Ein Teil kam bereits mit einer Opiatabhängigkeit nach Deutschland. In den mittelasiatischen Herkunftsländern (Kasachstan, Tadschikistan, Usbekistan...) bestand zum Teil bereits eine Tradition bzgl. Opiumkonsum. Andere Hilfesuchende gerieten erst nach ihrer Ankunft in Deutschland in eine Opiatabhängigkeit.

Die Lebenssituation in den Aufnahmeeinrichtungen wurde von den Zuwanderern als sehr belastend erlebt. Sprachprobleme, Arbeits- und Perspektivlosigkeit sowie kulturelle Unterschiede und Missverständnisse führten oft zu Frustrationen und psychischen Belastungen bis hin zu Alkohol- und Suchtmittelkonsum.

Ein fundiertes Verständnis von Drogensucht als anerkannte Krankheit mit Recht auf Hilfe existierte zu diesem Zeitpunkt in den Herkunftsländern kaum. Alkohol- und Drogensucht wurde eher als persönliche Schwäche oder moralische Verfehlung bewertet. Ein Hilfesystem existierte ebenfalls eher rudimentär. Vorherrschend war die Repression durch Polizei bzw. Miliz.

Im Laufe der Jahre konnte mit muttersprachlichen Angeboten und Infomaterialien sowie einem transkulturellen Arbeitsansatz bei der russischsprachigen Zielgruppe eine Vertrauensbasis geschaffen und einen guten Zugang zu dieser Zielgruppe aufgebaut werden. In dieser Zeit durchlief eine große Anzahl an russischsprachigen Hilfesuchenden die Beratungsstelle. Die Klienten kennen inzwischen die Arbeitsweise des deutschen Suchthilfesystems und sind zwischenzeitlich relativ

therapieerfahren. So hat sich in den Jahren auch das Suchtverständnis verändert. Sucht wird inzwischen durchaus als Krankheit begriffen.

Stationäre Therapie

Auch die Einrichtungen für stationäre Therapie machen diese Erfahrung. Die Kompass-Kompakt-Therapie in Augsburg, welche seit Jahren mit dieser Patientengruppe arbeitet, berichtet z.B., dass sie zwischenzeitlich einen sehr guten Zugang zu dieser Klientel aufbauen konnte. Eine Kontingentierung wurde und wird von ihnen kategorisch abgelehnt. Der erfolgreiche Zugang wird mit den vorgelebten Werten Verlässlichkeit, Berechenbarkeit, Ehrlichkeit und Echtheit des Personals erklärt. Es geht hierbei um eine Form der „natürlichen Autorität“. Wenn diese einmal errungen ist, können die Patienten auch mit unangenehmen Dingen konfrontiert werden und nehmen auch Kritik an bzw. überprüfen ihre (vom Personal akzeptierten) Normen und Werte. Es wird teilweise noch nach Jahren Kontakt zur Einrichtung gehalten. Die Legende des Zugangs über autoritäres Auftreten wird verneint. So entsteht nur ein scheinbares Verständnis!

Die Therapeutin, Frau Dr. Hadek, berichtet, dass sich die russischsprachigen Patienten im Laufe der Jahre tatsächlich verändert haben. Früher waren die betroffenen Patienten eine Einheit mit ihren Eltern in der Einschätzung, dass Drogenabhängigkeit eine moralische Verfehlung, eine persönliche Schwäche darstellt. Heute sehen das die Betroffenen anders und bitten um Unterstützung der Therapeuten, um zwischen ihnen und den Angehörigen zu vermitteln: „Wie soll ich das meinen Eltern beibringen, die verstehen das doch nicht!“

Allmählich kommt eine jüngere Generation in die Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen, die zum Zeitpunkt der Übersiedlung noch sehr jung waren. Sie unterscheiden sich kaum noch von den hier geborenen Patienten. Sie empfinden Einrichtungen der Suchthilfe und die verschiedenen Therapieansätze als völlig normal. Im Gegensatz zu den vorherigen russischsprachigen Hilfesuchenden, die oft ein sehr enges Verhältnis zu ihren Betreuern aufbauten, wird jetzt beobachtet, dass die Bindungsfähigkeit dieser Klienten/Patienten zu den Beratern und Therapeuten zurückgeht.

Andererseits ist zu beobachten, dass diese neue Generation nicht mehr ausschließlich Opiate konsumiert. Inzwischen wird die gesamte Palette an illegalisierten Suchtmitteln genutzt. Gerade Methamphetamine sind sehr beliebt, vor allem auch in Kreisen, die bis dato keinen Kontakt zu illegalen Suchtmitteln besaßen. Hier fehlt es noch massiv an der Einsicht, dass es sich hierbei nicht um ein harmloses leistungssteigerndes Mittel handelt.

Asylbewerber

Der Anteil von hilfesuchenden russischsprachigen Asylbewerbern ist weiterhin sehr groß. Die Nähe zur zentralen Erstaufnahmestelle für Asylbewerber in Zirndorf und eine Art „Mund zu Mund Propaganda“ unter den russischsprachigen Asylbewerbern führt zu einer konstanten Nachfrage von Drogen gebrauchenden Menschen aus dieser Zuwanderungsgruppe. Der Beratungsbedarf geht dabei weit über die eigentliche Drogenproblematik hinaus. Themen sind immer wieder ausländerrechtliche Fragen, Vermittlung von erfahrenen Anwälten (Ausländerrecht), Schuldendienst, medizinische Versorgung und psychische Probleme. Bei dieser Klientel muss bzgl. Information über das bundesdeutsche Suchthilfesystem, Suchtverständnis und Hilfsmöglichkeiten noch viel Aufbauarbeit geleistet werden. Die Ausgangslage ist durchaus mit der zu Beginn der Arbeit mit Aussiedlern gegen Ende der 90er Jahre vergleichbar. Die Beratung und Betreuung dieser Menschen ist sehr zeitaufwändig und aufreibend, da sie oft traumatisiert und verunsichert sind, ob sie eine Zukunft in der Bundesrepublik Deutschland haben oder wieder ins Ungewisse abgeschoben werden. Dieser „Schwebezustand“ kann sich oft über Jahre hinziehen.

Kultursensibilität in Beratung und Therapie - Traumatisierte Flüchtlinge

Frau Abdallah-Steinkopff erläuterte die für Flüchtlinge schwierigen Lebensbedingungen in Deutschland, denen diese häufig begegnen. So ist beispielsweise angesichts der Unsicherheit wegen einer möglichen bevorstehenden Rückkehr in das Heimatland eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nur eingeschränkt möglich. Dadurch können insbesondere Kindern wesentliche integrierende Elemente (z.B. Schullandheimaufenthalt) vorenthalten werden.

Bei traumatisierten Jugendlichen können dissoziative Störungen beobachtet werden, die sich darin äußern, dass keine Termine eingehalten werden können oder (Schul-)Materilien vergessen werden.

Bei der Migration einer Familie fehlt in erster Linie das gesellschaftliche Bezugssystem. Das Heimweh und die eigene Biografie zurückzulassen, wiegen häufig schwerer als die individuellen Traumafolgeschäden.

Ferner verschieben sich die familieninternen Machtverhältnisse in der Form, dass Frauen und Kinder - aufgrund ihrer höheren Sprachkompetenz – meist gestärkt und Familienväter geschwächt werden. Für die Kinder besteht dadurch ein hohes Risiko der Parentifizierung, d.h. eine Umkehr der sozialen Rollen.

Im Hinblick auf Substanzmissbrauch, der vom Patienten als Copingstrategie eingesetzt wird, ist zu berücksichtigen, dass nach einer Entzugsbehandlung möglicherweise eine posttraumatische Belastungsstörung aktiviert werden kann. Traumafolgestörungen sind bei Flüchtlingen häufig zu finden (nach ICD-10 in 65 % der Fälle). Die Trigger für das anfallsartige und nachhaltige Wiedererleben sind den Betroffenen meist unbekannt. Beispiele für Auslöser können spezifische Jahreszeiten sein. An dieser Stelle werden alternative Bewältigungsstrategien wichtig.

Das Krankheitsverständnis ist umso traditioneller, je psychiatrischer das Krankheitsbild ist. Dabei werden externe Ursachen verantwortlich gemacht. Generell ist wenig oder kein Verständnis für chronische Erkrankungen gegeben.

Aus dem Gesagten lassen sich einige Empfehlungen für Ärzte ableiten. Generell gilt, dass man sehr viel erklären muss und nichts als selbstverständlich voraussetzen darf:

Schweigepflicht: Ganz wichtig ist es, dem Patienten zu verdeutlichen, dass sämtliche Gesprächsinhalte nicht weitererzählt werden – weder irgendeiner Behörde noch der Familie des Patienten.

Anamnese: Hier sollte dem Patienten vorab erklärt werden, warum man so viele Fragen stellt. Patienten aus anderen Kulturkreisen gewinnen sonst möglicherweise den Eindruck, dass der Therapeut noch ratloser ist als der Betroffene selbst. Ein Erklärungsbeispiel ist ... „Ich frage so viel, damit ich die beste Lösung für Sie finden kann.“

Hilfe: Wichtig ist eine anschauliche Erklärung der verschiedenen Hilfsmöglichkeiten, da viele Patienten aus anderen Kulturkreisen von der Vielfalt der beteiligten Institutionen überfordert sind. Das ist besonders dann wichtig, wenn bestimmte Institutionen gleich gesetzt werden, z.B. das Jugendamt mit der Polizei.

Besonderheiten bei der Rehabilitationsbehandlung

Herr Welter, stellvertretender Leiter der Klinik Hirtenstein, berichtete, dass in die Klinik überwiegend Patienten mit alkohol- und glücksspielbezogenen Störungen aufgenommen werden. Für das laufende Jahr werden vermehrt türkischstämmige Patienten zur Behandlung von Pathologischem Glückspielen erwartet. Erst seit Mai 2014 kommen Patienten mit dieser Diagnose zur Aufnahme, wobei von den 31 bis März 2015 behandelten Patienten 11 (35 %) einen Migrationshintergrund aufwiesen.

Bezüglich der Behandlungsergebnisse finden sich folgende Befunde:

Keine Unterschiede zu deutschstämmigen Patienten gibt es hinsichtlich des Entlassungsmodus (regulär/irregulär), der Aufenthaltsdauer (ca. 95 Tage) und der Rückfallshäufigkeit während der Therapie (10 %).

Zwischen den verschiedenen Sprachgruppen herrscht eine starke Separationsneigung bei gleichzeitig hoher Gruppensolidarität vor. Patienten mit Migrationshintergrund haben häufiger eine externale, fatalistische Krankheitsvorstellung und eine eher passiv-rezeptive Erwartung an die Therapie.

Als typisch wurde das gehäufte Auftreten von posttraumatischen Belastungsstörungen beschrieben, die durch Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter und Entwurzelungserlebnisse, z.B. durch Migration gegen den eigenen Willen, bedingt sind. Weiterhin ist eine Häufung von orthopädischen

und internistischen Problemen typisch, die als Somatisierungen von psychischen Problemen interpretiert werden.

Als besondere Herausforderungen in der Behandlung wurden folgende Punkte genannt: Es existieren Sprachbarrieren sowohl zwischen den Patienten untereinander als auch zwischen Klinikmitarbeitern und Patienten mit Migrationshintergrund. Zudem fehlt es an Hintergrundwissen zu den jeweiligen kulturellen Hintergründen. Nur mit Offenheit, gegenseitiger Akzeptanz und dem Respekt vor dem Anderssein kann nach Einschätzung von Frau Cetinkaya eine erfolgreiche Behandlung gelingen.

Hinsichtlich der Gewährleistung einer kultursensiblen Behandlung ist Folgendes zu berücksichtigen: Nach Möglichkeit sollen muttersprachliche Mitarbeiter oder in Gruppenangeboten Patienten der gleichen Muttersprache zum Einsatz kommen. Ferner sollen Werte, Normen und Traditionen der jeweiligen Herkunftsländer beachtet werden. Auch bei geringen Sprachkenntnissen können Patienten vom therapeutischen Setting profitieren und darüber hinaus ihre Sprachkompetenz erweitern.

Migranten sehen die Therapeuten eher in einer aktiven, wissenden und beratenden Rolle und schätzen Eigenschaften wie Verständnis, Geduld, Höflichkeit und Offenheit höher ein als deren Fachwissen.

Abschließend berichtete Frau Cetinkaya noch von der eigenen Gruppe für Patienten mit Migrationshintergrund, in der die Teilnehmer den Kontext ihrer Migration genauer betrachten können. Dieser Rahmen wird auch dazu genutzt, interkulturelle Handlungs- und Konfliktlösungsstrategien zu erarbeiten, Ablösungs- und Generationenkonflikte zu bewältigen sowie letztendlich eine eigene interkulturelle Identität auszubilden.

Nachgefragt ... Ihre Fragen von Experten beantwortet

Wie soll man damit umgehen, wenn in der Einrichtung z.B. russischsprachige Patienten in ihrer Muttersprache kommunizieren und deutschsprachige Patienten damit ein Problem haben?

⇒ Frau Cetinkaya erklärte, dass klare Regeln, in der Einrichtung deutsch zu sprechen, zum inneren Frieden beitragen können. Ferner könne man auch vermitteln, dass es bei Gesprächen in der Muttersprache in der Regel inhaltlich nicht um andere Patienten gehe.

Welche Bedeutung hat die unterschiedliche Religionszugehörigkeit bei Migranten, die aus dem gleichen Land stammen?

⇒ Frau Abdallah-Steinkopff erklärte, dass gerade bei afrikanisch-stämmigen Migranten weniger die Religion, sondern vielmehr die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Stamm bedeutsam sei. Der Glaube an sich erweise sich bei der Behandlung als wichtige Ressource.

Wie und wo kann man Dolmetscher beantragen?

⇒ Die Landeshauptstadt München arbeitet primär mit den GemeindedolmetscherInnen des Bayerischen Zentrums für Transkulturelle Medizin e.V. zusammen. Nähere Informationen zur Bestellung von DolmetscherInnen sind über die Internetseite <http://www.bayzent.de> zu erfahren. Weitere Informationen, z.B. zur Finanzierung, können auch gerne telefonisch bei der Geschäftsführung Melisa Budimlic unter 089/18 93 7876-1 erfragt werden.

Im Rahmen des MiMi-Gesundheitsprojekts wurden bisher in den Städten Augsburg, Ingolstadt, Nürnberg und Fürth MediatorInnen zu GemeindedolmetscherInnen weitergebildet. Bamberg und Landshut werden demnächst folgen. Bei Fragen dazu können sich Interessenten gerne an Frau Lenk-Neumann (Lenk-Neumann@bayzent.de oder 089/43909028) wenden.

Sollte man potenziell rivalisierende Gruppen, z.B. Türken-Kurden, Türken-Griechen, Russen-Ukrainer bei der Behandlung trennen?

⇒ Herr Salman plädierte dafür, dass die verschiedenen Nationalitäten in der jetzt für alle neuen Gesellschaft gezielt zusammengebracht werden sollen.

Ausblick

Die **32. Tagung des Netzwerkes Sucht** in Bayern der BAS findet
am **7. Oktober 2015** in Nürnberg statt.

Wir freuen uns, wenn Sie uns über regionale Aktivitäten, Besonderheiten oder auch
Schwierigkeiten informieren!

Hinweis: Die Präsentationen zu den Vorträgen finden sich, sofern diese von den Referenten
freigegeben wurden, auf der Website der BAS unter

<http://www.bas-muenchen.de/veranstaltungen/nachlese-bas-2015.html>