

# Suchtberatung, Suchtbehandlung und Selbsthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund

---

**Deutscher Caritasverband e.V.**  
**Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht**

Karlstr. 40  
79104 Freiburg



# Inhalt

---

## Vorwort

---

## Hintergrund

---

1. Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland.....	4
2. Klient(inn)en mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung .....	5
2.1 Anteil der Klient(inn)en mit Migrationshintergrund, die 2011 in den an der Deutschen Suchthilfestatistik teilnehmenden ambulanten Einrichtungen behandelt wurden .....	5
2.2 Geschlecht und Alter der Klient(inn)en.....	5
2.3 Staatsangehörigkeit und Behandlungssprache .....	6
2.4 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse .....	6
<i>Soziodemographischer Hintergrund</i> .....	6
<i>Ausbildung und Erwerbstätigkeit</i> .....	6
<i>Substanzen und Substanzkonsum</i> .....	7
<i>Beratung und Behandlung</i> .....	7

## Erhebung zur Suchtberatung, Suchtbehandlung und Selbsthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund des Deutschen Caritasverbands

---

1. Methodik.....	8
1.1 Fragestellungen und Ziele .....	8
1.2 Erhebungsdesign .....	8
1.3 Erhebungsinstrument.....	9
<i>Fragebogenentwicklung und Pilottestung</i> .....	9
<i>Fragebogenitems</i> .....	9
1.4 Datenerfassung und Datenanalyse .....	10
2. Ergebnisse .....	10
2.1 Rücklauf.....	10
2.2 Fragen zur Suchtberatung und –behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund.....	10
2.3 Fragen zum Thema Suchtselbsthilfe .....	21
2.4 Wünsche .....	26
3. Zusammenfassung und Diskussion .....	27
4. Literatur .....	33

# Vorwort

---

Menschen mit Migrationshintergrund<sup>1</sup> stellen mit ca. 20% einen bedeutsamen Teil der Bevölkerung in Deutschland dar. Es gibt allerdings bisher nur wenig verlässliche Daten dazu, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund von einer Suchterkrankung betroffen sind und wie gut sie von Suchthilfeeinrichtungen erreicht werden bzw. welche Barrieren genau den Zugang aktuell erschweren.

Um ein aktuelles und differenziertes Bild der Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Caritas-Suchthilfe zu erhalten, hat der Deutsche Caritasverband 2012 eine Fragebogenerhebung durchgeführt. Die Befragung erfolgte als fachbereichsspezifische Ergänzung zur bundesweiten Erhebung zum Stand der interkulturellen Öffnung der verbandlichen Caritas, um daraus konkrete Ansatzpunkte zur Optimierung von Hilfemaßnahmen und zum Aufbau von Suchtselbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund abzuleiten.

Da eine Sonderauswertung der deutschen Suchthilfestatistik für Menschen mit Migrationshintergrund vorliegt, die umfassende Daten zur Beschreibung dieses Klientels zur Verfügung stellt, konzentrierte sich die Erhebung auf quantitative und qualitative Fragen zur aktuellen Beratungs- und Behandlungspraxis, zu Selbsthilfenangeboten sowie erlebten Schwierigkeiten und die Erfassung von Unterstützungsbedarfen in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erhebung umfassend dargestellt. Zur Einordnung der Ergebnisse und Verdeutlichung der Relevanz der Thematik werden zunächst Daten des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund sowie Daten zu Klient(inn)en mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung aus der Deutschen Suchthilfestatistik vorgestellt. Daran anschließend erfolgen eine Beschreibung von Rahmen und Methodik der eigenen Erhebung sowie eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse. Zum Abschluss erfolgt eine Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse sowie die Ableitung von Handlungserfordernissen, die sich daraus ergeben.

---

<sup>1</sup> Der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ umfasst nach 1950 zugewanderte und in Deutschland geborene Ausländer(innen) (einschließlich Flüchtlinge), Spätaussiedler(innen) und Eingebürgerte sowie jeweils deren Kinder. Vgl. *Deutscher Caritasverband: Miteinander leben. Perspektiven des Deutschen Caritasverbandes zur Migrations- und Integrationspolitik. Freiburg 2008, S. 3.*

# Hintergrund

---

## 1. Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland

Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung lag im Jahr 2011 bei 19,5 Prozent, 2005 betrug er noch 17,9 Prozent. Zwei Drittel der Personen mit Migrationshintergrund waren 2011 selbst Migranten (erste Generation), ein Drittel wurde bereits in Deutschland geboren (zweite oder dritte Generation).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lebten im Jahr 2011 96,3 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund in Westdeutschland und Berlin. Mehr als jede vierte Person mit Migrationshintergrund lebte dabei in Nordrhein-Westfalen (27,0 Prozent), jeweils etwa jede Sechste in Baden-Württemberg und Bayern (17,7 bzw. 15,5 Prozent). Bezogen auf die jeweilige Bevölkerung der Bundesländer war ihr Anteil in den Stadtstaaten Bremen (28,2 Prozent), Hamburg (27,0 Prozent) und Berlin (24,8 Prozent) sowie in den Flächenländern Baden-Württemberg (26,2 Prozent), Hessen (25,3 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (24,2 Prozent) am höchsten. In Ostdeutschland lag der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung bei lediglich 4,7 Prozent.

Mittelfristig wird sich der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund weiter erhöhen: Insgesamt hatte in Deutschland 2011 gut ein Drittel aller Kinder unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund (34,9 Prozent) - in der Gruppe der 35- bis unter 45-Jährigen lag der entsprechende Anteil im selben Jahr bei 22,3 Prozent und bei den 85- bis unter 95-Jährigen bei 5,8 Prozent.

Europa ist für die Migration in Deutschland besonders bedeutsam. 69,3 Prozent der 10,69 Millionen Personen mit eigener Migrationserfahrung stammen aus einem Staat Europas, 32,5 Prozent aus einem der 26 anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Die meisten der 15,96 Millionen Personen mit Migrationshintergrund stammen aus der Türkei (18,5 Prozent), gefolgt von Polen (9,2 Prozent), Russland (7,7 Prozent) und Italien (4,9 Prozent). Kasachstan ist mit 5,8 Prozent das einzige wichtige nicht-europäische Herkunftsland. Bei diesen Angaben ist allerdings zu berücksichtigen, dass für 7,6 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund die Angaben zur derzeitigen beziehungsweise früheren Staatsangehörigkeit fehlen.

### Quelle:

Statistisches Bundesamt: Mikrozensus 2012; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF): Migrationsbericht 2010; Zusammenstellung entnommen von der Seite der Bundeszentrale für politische Bildung: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i>

## 2. Klient(inn)en mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung

Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden jährlich bundesweit von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe mit dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) dokumentiert und in anonymisierter Form für die bundesweite Auswertung zur Verfügung gestellt. Für die Jahresauswertung 2011 wurden Daten aus 778 ambulanten und 166 stationären Einrichtungen ausgewertet. Die Analysen basieren für den ambulanten Bereich auf der Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender“ (N = 185.696 / N = 169.942), d.h. es wurden Daten zu jenen Personen ausgewertet, die 2011 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben. Für den stationären Bereich beziehen sich die Auswertungen auf die Bezugsgruppe der „Beender“ (N= 32.857), d. h. es wird auf Daten von Personen, die 2011 eine stationäre Behandlung beendet haben, Bezug genommen. Alle dargestellten Vergleiche beziehen sich auf 1) die Gruppe der Klient(inn)en mit Migrationshintergrund und 2) die Gesamtgruppe der Klient(inn)en sowie 3) für einige Variablen (soweit Daten verfügbar) auf die Allgemeinbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2013).

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Anteil der Klient(inn)en mit Migrationshintergrund, die 2011 in den an der Deutschen Suchthilfestatistik teilnehmenden ambulanten Einrichtungen behandelt wurden, Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit und Behandlungssprache sowie die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dargestellt. In dem Bericht finden sich darüber hinaus differenzierte Ergebnisse zu Beziehungsstatus, Wohnsituation, Schulbildung, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, hauptsächlich konsumierten Substanzen, Alter bei Erstkonsum, Alter bei Störungsbeginn, Vermittlung in die Beratung/Behandlung, Behandlungsmaßnahmen, Behandlungsdauer, Art der Beendigung, Weitervermittlung nach Behandlungsende und Behandlungsergebnis dargestellt.

### 2.1 Anteil der Klient(inn)en mit Migrationshintergrund, die 2011 in den an der Deutschen Suchthilfestatistik teilnehmenden ambulanten Einrichtungen behandelt wurden

Der Anteil der Klient(inn)en mit Migrationshintergrund, die 2011 in den an der Deutschen Suchthilfestatistik teilnehmenden ambulanten Einrichtungen behandelt wurden, beträgt insgesamt 16,8% (n=39.218). Davon sind 10,4% der Klient(inn)en selbst migriert und 6,4% in Deutschland als Kind von Migrant(inn)en geboren. Im stationären Behandlungssektor war dieser Anteil 2011 mit 13,0% (n= 4.297) etwas geringer. Auch hier sind mehr Patient(inn)en selbst migriert (8,7%), als Kinder von Migrant(inn)en geboren (4,3%). Diese Zahlen zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund einen nicht unbedeutenden Teil des Klientels der Suchthilfeeinrichtungen darstellen.

### 2.2 Geschlecht und Alter der Klient(inn)en

Die in der Gesamtgruppe der ambulant Behandelten vorherrschende „Überzahl“ der männlichen Klient(inn)en liegt in der Gruppe der Klient(inn)en mit Migrationshintergrund nochmals deutlich höher vor (75% vs. 84%). Entsprechend ist der Anteil an behandelten Frauen mit Migrationshintergrund verglichen mit der Zahl der weiblichen Klient(inn)en in der Gesamtgruppe erheblich geringer (16% vs. 25%). Die deutliche Überzahl männlicher

Patienten mit Migrationshintergrund ist auch im stationären Bereich vorhanden. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Behandlungssektor sind die Klient(inn)en mit Migrationshintergrund um einige Jahre jünger als die Klient(inn)en der Gesamtgruppe (ambulant: 34 vs. 38 Jahre; stationär: 37 vs. 41 Jahre). Der Altersunterschied zwischen den Geschlechtern ist bei den Klient(inn)en mit Migrationshintergrund geringer (ambulant und stationär) als in der Gesamtgruppe.

### **2.3 Staatsangehörigkeit und Behandlungssprache**

Etwas über die Hälfte der Klient(inn)en mit Migrationshintergrund in ambulanter Behandlung besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit. Dieser Anteil ist bei Frauen etwas höher als bei Männern (62% vs. 58%). Etwas mehr als ein Viertel der Klient(inn)en hat die Staatsbürgerschaft eines Nicht-EU-Staates, 12% sind Bürger eines EU-Mitgliedsstaates. Patient(inn)en in stationärer Behandlung haben zu einem noch höheren Anteil die deutsche Staatsbürgerschaft als ambulant Behandelte (69%). Der Anteil der Staatsbürgerschaften von EU-Ländern ist in etwa gleich wie im ambulanten Bereich, während weniger stationär behandelte Klient(inn)en aus Nicht-EU-Staaten kommen.

Die Sprache, in der die Behandlung mit Klient(inn)en mit Migrationshintergrund durchgeführt wird, ist in beiden Behandlungssettings überwiegend Deutsch (amb.: 95%; stat.: 96%). Dies ist bei Klientinnen noch etwas mehr zutreffend als bei männlichen Klienten.

### **2.4 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

#### Soziodemographischer Hintergrund

- Die Mehrzahl der ambulant oder stationär behandelten Klient(inn)en mit Migrationshintergrund sind selbst migriert.
- Unter den Klient(inn)en mit Migrationshintergrund sind deutlich mehr Männer als in der Gesamtgruppe (ambulant u. stationär)
- Klient(inn)en mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt einige Jahre jünger als die Gesamt-Klient(inn)engruppe.
- Über die Hälfte der Klient(inn)en mit Migrationshintergrund (amb. u. stat.) besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft. Der Großteil, auf den dies nicht zutrifft, kommt aus Nicht-EU-Staaten.
- Ambulant behandelte Klient(inn)en mit Migrationshintergrund leben zu ungefähr gleichen Anteilen allein oder in festen Partnerschaften (stationär: mehr Alleinstehende)
- Klient(inn)en mit Migrationshintergrund leben weniger häufig selbstständig (d.h. entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. in einem eigenen Haus) als Klient(inn)en der Gesamtgruppe. Dementsprechend leben mehr bei anderen Personen, aber auch der Anteil derer, die in Justizvollzugsanstalten/im Maßregelvollzug leben oder in Sicherungsverwahrung sind, ist ungefähr doppelt so hoch wie in der Gesamtgruppe.

#### Ausbildung und Erwerbstätigkeit

- Klient(inn)en mit Migrationshintergrund haben häufiger keinen Schulabschluss und häufiger einen Hauptschulabschluss als die Gesamt-Klient(inn)engruppe.
- Klientinnen mit Migrationshintergrund haben im Vergleich zu den männlichen Klienten

eine höhere Schulbildung, jedoch verglichen mit den Klientinnen insgesamt eine niedrigere.

- Klient(inn)en mit Migrationshintergrund haben seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung (amb. u. stat.) als die Klient(inn)en insgesamt. Klientinnen mit Migrationshintergrund haben häufiger eine abgeschlossene Berufsausbildung als männliche Klienten.
- Klient(inn)en mit Migrationshintergrund waren vor Behandlungsbeginn seltener erwerbstätig als die Klient(inn)en insgesamt.

#### Substanzen und Substanzkonsum

- Alkohol und Opioide sind die Substanzen, aufgrund derer Klient(inn)en mit Migrationshintergrund hauptsächlich behandlungsbedürftige Störungen entwickelt haben (amb. u. stat.).
- Klient(inn)en mit Migrationshintergrund weisen für die verschiedenen Substanzen ein identisches oder geringfügig höheres Alter bei Erstkonsum auf als die Klient(inn)en insgesamt.
- Für Klient(inn)en mit Migrationshintergrund liegt das Alter bei Störungsbeginn bei Alkohol deutlich niedriger als bei den Klient(inn)en insgesamt. Bei den übrigen Substanzen gibt es keine nennenswerten Unterschiede.

#### Beratung und Behandlung

- In die ambulante Behandlung werden Klient(inn)en mit Migrationshintergrund häufiger durch Justizbehörden/Bewährungshilfe oder durch ärztliche bzw. psychotherapeutische Praxen vermittelt als die Klient(inn)en der Gesamtgruppe.
- In die stationäre Behandlung werden Klient(inn)en mit Migrationshintergrund häufiger durch Suchtberatungsstellen vermittelt als die Klient(inn)en insgesamt.
- Klient(inn)en mit Migrationshintergrund sind etwas kürzer in ambulanter Behandlung als die Klient(inn)en insgesamt. Stationär ist die Dauer annähernd gleich.
- Klient(inn)en mit Migrationshintergrund beenden die ambulante Behandlung zu einem ähnlich hohen Anteil planmäßig wie die Klient(inn)en der Gesamtgruppe. Im stationären Bereich ist der Anteil der planmäßigen Beender unter den Patient(inn)en mit Migrationshintergrund geringer als unter den Patient(inn)en der Gesamtgruppe (72% vs. 79%).
- Klient(inn)en mit Migrationshintergrund (amb. u. stat.) weisen ein etwas schlechteres Behandlungsergebnis auf als die Klient(inn)en der Gesamtgruppe.

#### *Quelle:*

Künzel, J., Steppan M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013). *Klient(inn)en mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung*, KURZBERICHT NR.1/2013 – DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2011, IFT Institut für Therapieforchung, München.

Verfügbar unter:

<http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs%202011%20kurzbericht%20migration.pdf>

# Erhebung zur Suchtberatung, Suchtbehandlung und Selbsthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund des Deutschen Caritasverbands

---

## 1. Methodik

### 1.1 Fragestellungen und Ziele

Mit der Erhebung wurden folgende Ziele verfolgt:

- Erfassung der aktuellen Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Caritas-Suchthilfe
- Ableitung von Ansatzpunkten zur Optimierung/Entwicklung von Hilfemaßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund
- Ableitung von Ansatzpunkten zum Aufbau von Suchtselbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund

Die zentralen Fragestellungen lauteten:

- Wie wird die Relevanz der Thematik eingeschätzt?
- Welche speziellen Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Menschen mit Migrationshintergrund werden durchgeführt?
- Welche spezifischen Beratungs-, Behandlungs- und Selbsthilfeangebote sowie muttersprachliche Materialien gibt es in den Einrichtungen?
- Unter welchen Umständen gelingt eine Integration in die Regelangebote der beruflichen Suchthilfe wie der Selbsthilfe?
- Welche spezifischen Probleme werden wahrgenommen?
- Welche Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung werden durchgeführt?
- Welche Maßnahmen und Unterstützung zur Verbesserung der Versorgungssituation/zum Ausbau von Selbsthilfeangeboten werden für relevant gehalten?

### 1.2 Erhebungsdesign

In der Erhebung wurde eine schriftliche Befragung von ambulanten und stationären Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Caritas-Suchthilfe durchgeführt. Im Sommer 2012 wurde an alle ambulanten (n=273) und stationären (n=35) Einrichtungen der Caritas-Suchthilfe ein Fragebogen verschickt. Die Datenerfassung wurde im Dezember 2012 abgeschlossen.



### 1.3 Erhebungsinstrument

#### Fragebogenentwicklung und Pilottestung

Der entwickelte Fragebogen wurde zunächst von 6 Einrichtungen pilotgetestet (fünf ambulant, eine stationär). Der Fragebogen wurde dabei grundsätzlich positiv bewertet - und als umfassend, verständlich und dazu anregend, über den Umgang mit der Thematik in den eigenen Strukturen nachzudenken, eingeschätzt. Auch die Länge des Bogens wurde als üblich und vertretbar bewertet. Das größte Problem stellte die Abfrage der statistischen Daten dar, da diese entweder gar nicht in der Differenziertheit erfasst werden oder nur unter sehr hohem Aufwand aus der Gesamtstatistik zu ermitteln sind.

Der Bogen wurde auf Basis der Rückmeldungen aus der Pilottestung überarbeitet - und um den Aufwand für das Ausfüllen zu senken und den Rücklauf des Bogens positiv zu beeinflussen, wurde auf eine Erhebung statistischer Daten verzichtet. Stattdessen wird auf die Sonderauswertung der Suchthilfestatistik 2011 für Menschen mit Migrationshintergrund zurückgegriffen, um die eigene Erhebung durch zentrale statistische Daten auf breiter und zuverlässiger Basis zu ergänzen.

#### Fragebogenitems

Dem Fragebogen liegt folgende Definition von Menschen mit Migrationshintergrund zugrunde, welche auch auf dem Bogen abgedruckt war: Der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ umfasst nach 1950 zugewanderte und in Deutschland geborene Ausländer(innen) (einschließlich Flüchtlinge), Spätaussiedler(innen) und Eingebürgerte sowie jeweils deren Kinder (vgl. Deutscher Caritasverband: Miteinander leben. Perspektiven des Deutschen Caritasverbandes zur Migrations- und Integrationspolitik. Freiburg 2008, S. 3.)

Der Fragebogen umfasste 3 Teile mit insgesamt 19 Items. Teil A bezog sich auf Fragen zur Suchtberatung und –behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund (11 Items), Teil B bezog sich auf Fragen zum Thema Suchtselbsthilfe (6 Items) und Teil C auf Wünsche/Anregungen (2 Items):

#### *A Fragen zur Beratung und Behandlung*

- Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund am Gesamtklientel
- Häufigste Herkunftsländer
- Spezielle Maßnahmen, um den Zugang zu verbessern
- Spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote
- Muttersprachliche Informationsmaterialien
- Integration in Regelangebote
- Erlebte Probleme
- Maßnahmen, die Versorgungssituation verbessern/Arbeit erleichtern
- Relevanz für die eigene Arbeit
- ikÖ in der Einrichtung
- ikÖ im Verband

#### *B Fragen zum Thema Selbsthilfe*

- Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe vor Ort (allgemein)
- Einschätzung des Bedarfs an Suchtselbsthilfeangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund
- Anfragen nach Selbsthilfeangeboten durch Menschen mit Migrationshintergrund

- Integration in bestehende Selbsthilfe-Angebote
- Spezielle Selbsthilfeangebote für Migranten/innen vor Ort
- Maßnahmen zur Förderung von Sucht-Selbsthilfe unter Migranten/innen

### *C Wünsche/Anregungen*

Es wurden im Wesentlichen dichotome Fragestellungen (ja/nein) sowie Ratings auf vierstufigen Likert-Skalen verwendet. Die Fragen waren jeweils um Freitextfelder ergänzt, wobei auch einige Fragen nur als Freitext-Abfrage formuliert waren. Die Zeit zum Ausfüllen des Bogens betrug etwa 20 Minuten.

## 1.4 Datenerfassung und Datenanalyse

Die Dateneingabe erfolgte mit Excel Microsoft Office. Die Datenauswertung wurde mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows auf deskriptiv-statistischer Ebene vorgenommen.

## 2. Ergebnisse

### 2.1 Rücklauf

Insgesamt wurden 165 Bögen zurückgesandt (53,6%). Dazu kamen 7 Rückmeldungen, dass der Bogen der Hauptstelle die Außenstelle einschließt - die Rückmeldequote betrug damit 172 (55,8%). Die Rückmeldungen aus dem ambulanten wie stationären Bereich waren ähnlich hoch (vgl. Tabelle 2.1).

**Tabelle 2.1:** Rücklauf der Erhebung

	gesamt	ambulant	stationär
Versand	308	273	35
Rückmeldungen	165 +7	146 +7	19
Rückmeldequote	55,8%	56,0%	54,3%

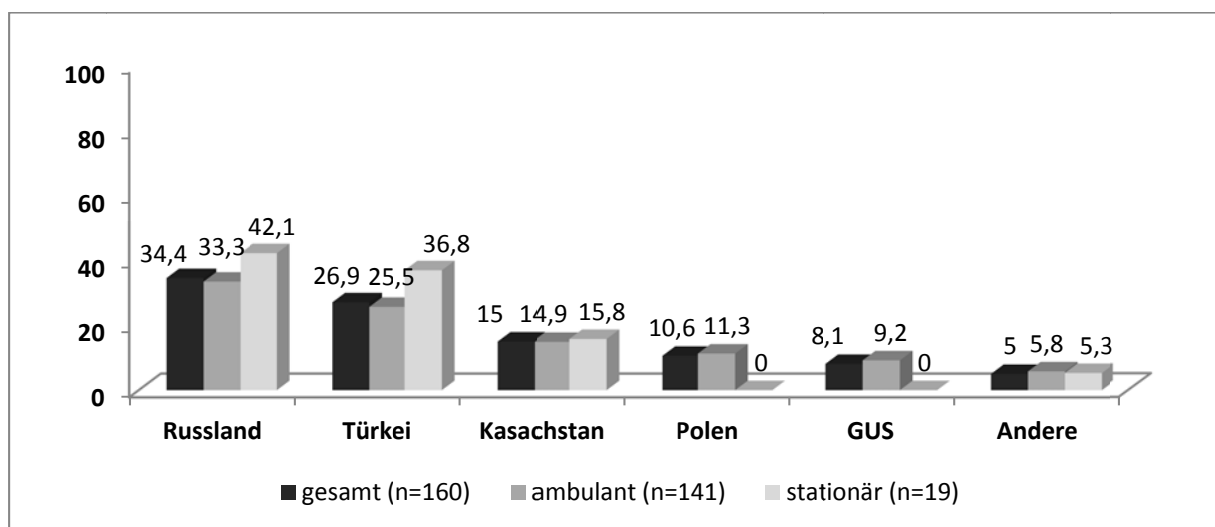
### 2.2 Fragen zur Suchtberatung und –behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund

Der Gesamtmittelwert der Angaben zum Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund am Klientel der eigenen Einrichtung liegt bei 16,5% bei einer sehr großen Spannweite von 1% bis 60% (vgl. Tabelle 2.2.1). Im stationären Bereich liegt der Mittelwert mit 18,5% etwas höher im Vergleich zum ambulanten Bereich mit 16,2%.

**Tabelle 2.2.1:** Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund am Gesamtklientel der Einrichtungen (Angaben in Prozent)

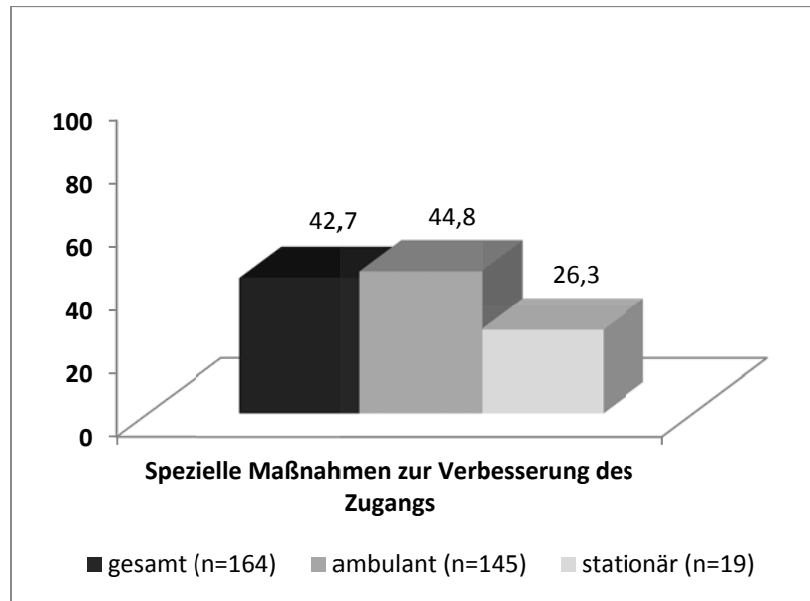
Frage 1: Schätzen Sie bitte den Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund am Gesamtklientel Ihrer Einrichtung			
	gesamt (n=158)	ambulant (n=141)	stationär (n=17)
Mittelwert	16,5	16,2	18,5
Median	15	15	10
Maximum	60	60	50
Minimum	1	0	0

Insgesamt geben 34,4% der Einrichtungen Russland als häufigstes Herkunftsland an. An zweiter Stelle steht die Türkei mit 26,9% der Nennungen, gefolgt von Kasachstan mit 15% und Polen mit 10,6% (vgl. Abbildung 2.2.2). Im stationären Bereich liegen die Werte für Russland und Türkei sogar jeweils noch etwas höher.

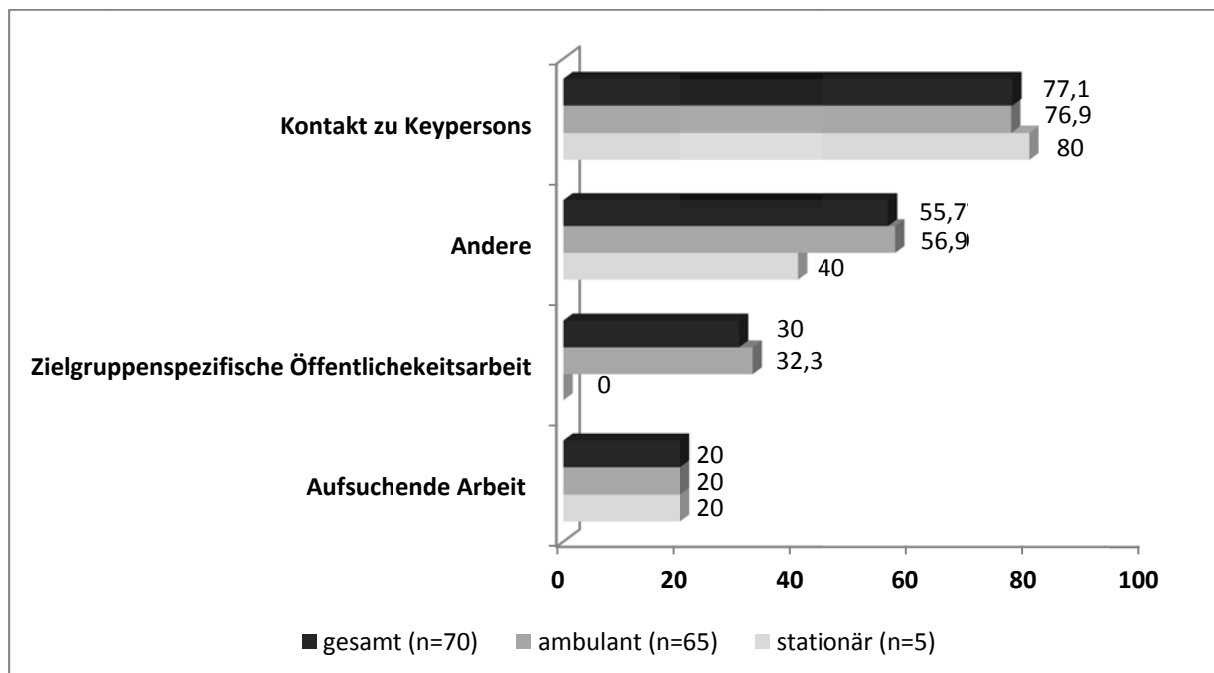


**Abbildung 2.2.2:** Häufigstes Herkunftsland der Menschen mit Migrationshintergrund (eigene Migrationserfahrung: Geburtsland; ohne eigene Migrationserfahrung: Geburtsland der Eltern/Großeltern)

42,7% der Einrichtungen geben an, spezielle Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Menschen mit Migrationshintergrund durchzuführen (ambulant: 44,8%, stationär: 26,3%; vgl. Abbildung 2.2.3). Dabei handelt es sich überwiegend um den Kontakt zu Keypersons (77,1%). 30% geben zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit an und 20% aufsuchende Arbeit (vgl. Abbildung 2.2.4). Über die Hälfte (55,7%) gibt an, andere Maßnahmen durchzuführen, wobei diese selten spezifiziert werden. Beispielnennungen sind: muttersprachliches Angebot, Informations-/Präventionsveranstaltungen, muttersprachliche Materialien, spezielle Projekte.



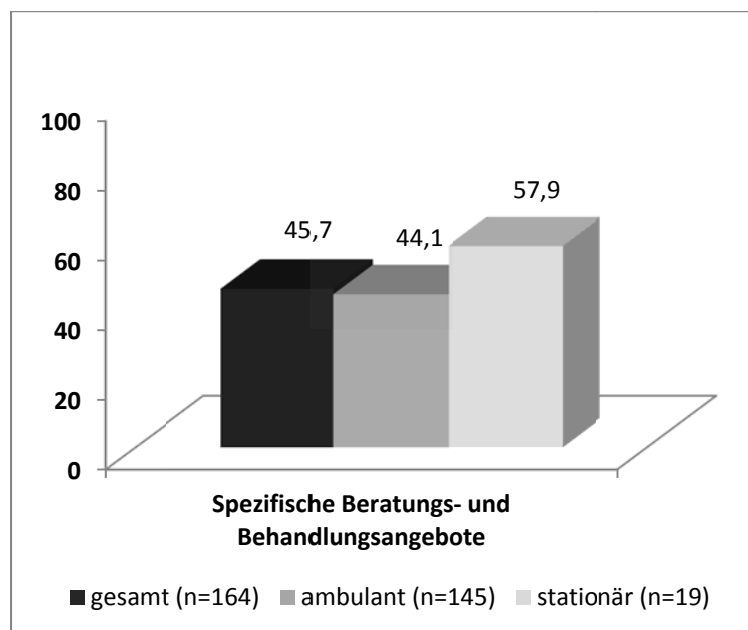
**Abbildung 2.2.3:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, spezielle Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Menschen mit Migrationshintergrund durchzuführen (Angaben in Prozent)



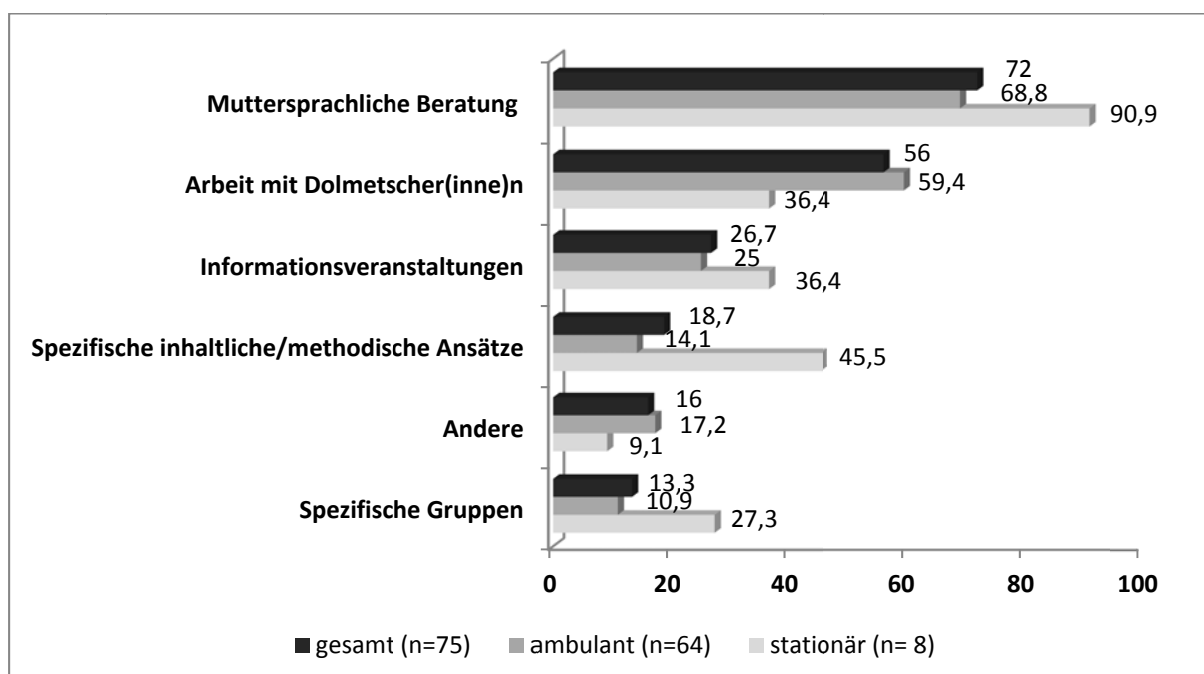
**Abbildung 2.2.4:** Art der Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Menschen mit Migrationshintergrund (Angaben in Prozent; Mehrfachantworten möglich)

Bezüglich spezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote geben etwas weniger als die Hälfte (45,7%) der Einrichtungen an, entsprechende Angebote vorzuhalten (ambulant: 44,1%, stationär: 57,9%; vgl. Abbildung 2.2.5). Überwiegend handelt es sich dabei um muttersprachliche Beratung (72%) oder die Arbeit mit Dolmetscher(inn)en (56%). 26,7% geben Informationsveranstaltungen an, 18,7% spezifische inhaltliche oder methodische

Ansätze und 13,3% spezifische Gruppen, wobei sich bei den einzelnen Items Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen zeigen (vgl. Abbildung 2.2.6).

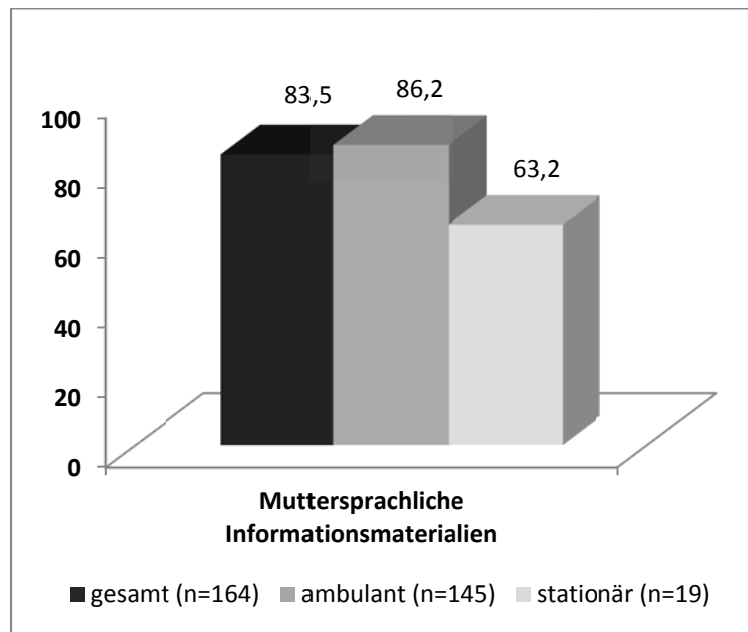


**Abbildung 2.2.5:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund vorzuhalten (Angaben in Prozent)



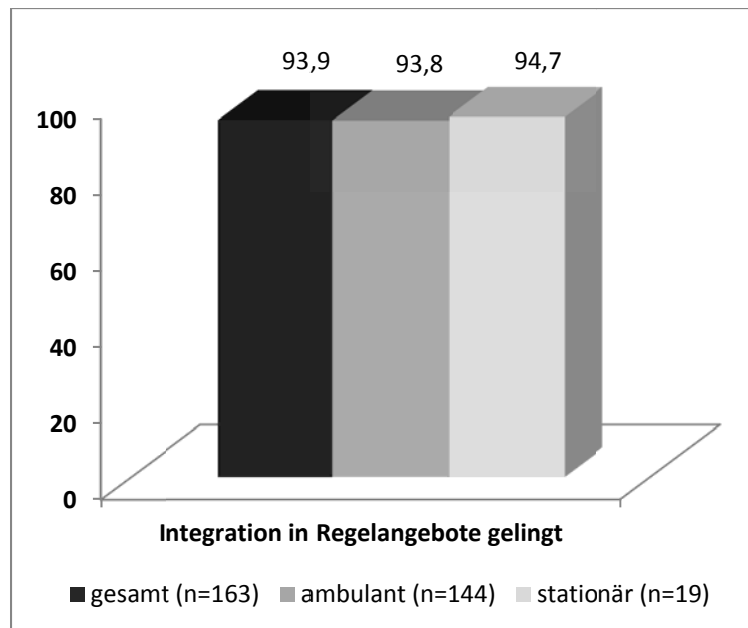
**Abbildung 2.2.6:** Art der Beratungs- und Behandlungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund (Angaben in Prozent; Mehrfachantworten möglich)

83,5% aller befragten Einrichtungen geben an, muttersprachliche Informationsmaterialien vorzuhalten. Unter den ambulanten Einrichtungen sind es 86,2%, unter den stationären 63,2% (vgl. Abbildung 2.2.7). Der größte Teil ist russisch, gefolgt von türkisch und polnisch, vereinzelt englisch, kroatisch, serbisch, italienisch, spanisch, französisch und arabisch. Nur selten werden Angaben dazu gemacht, um welche Materialien es sich dabei genau handelt - die gemachten Angaben deuten allerdings eher auf sehr spezifische Einzelinformationsblätter als umfassende Informationsmaterialien hin.



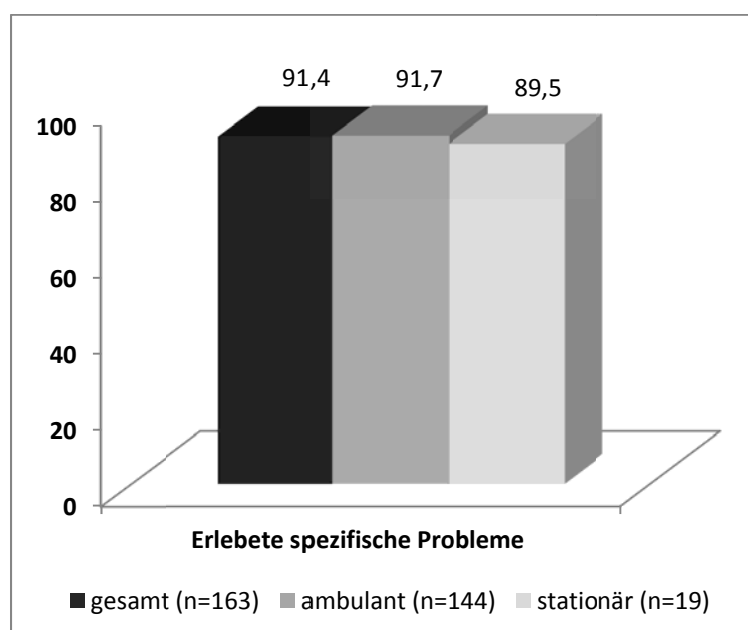
**Abbildung 2.2.7:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, über muttersprachliche Informationsmaterialien zu verfügen (Angaben in Prozent)

Die Frage, ob eine Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in die Regelangebote der Einrichtung gelingt, beantworten insgesamt 93,9% der Einrichtungen mit ja, der Wert im ambulanten Bereich (93,8%) und im stationären Bereich (94,7%) ist fast identisch (vgl. Abbildung 2.2.8). Gefragt nach den Zielgruppen, bei denen eine Integration gelingt, werden überwiegend russischsprachige Menschen benannt - und allgemein Menschen, bei denen ausreichend Sprachkenntnisse vorliegen. Bezüglich der Schwierigkeiten und Einschränkungen, unter denen eine Integration gelingt, werden an erster Stelle Sprachprobleme benannt und an zweiter Stelle kulturelle Unterschiede, ein unterschiedliches Krankheitsverständnis wird vereinzelt benannt (Freitextangaben).



**Abbildung 2.2.8:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, dass eine Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in die Regelangebote gelingt (Angaben in Prozent)

Spezifische Probleme in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund sehen insgesamt 91,4%, 91,7% im ambulanten Bereich und nur geringfügig weniger im stationären Bereich mit 89,5% (vgl. Abbildung 2.2.9). Tabelle 2.2.2 gibt einen Überblick darüber, welche Probleme angegeben werden (Freitextangabe). An erster Stelle stehen Sprachprobleme, gefolgt von kulturellen Unterschieden und einem unterschiedlichen Sucht-/Krankheitsverständnis.



**Abbildung 2.2.9:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, spezifische Probleme in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund zu erleben (Angaben in Prozent)

**Tabelle 2.2.2:** Spezifische Probleme, die in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund erlebt werden

Spezifische Probleme	Anzahl der Nennungen
Sprachprobleme	73
Kulturelle Unterschiede	44
Anderes Sucht-/Krankheitsverständnis	30
Anderes Behandlungsverständnis	15
Genderproblematik	12
Anderer Umgang mit Emotionen/Problemen	10
Familiäre Strukturen	9
Unkenntnis über das dt. Suchthilfesystem	8
Misstrauen	8
Rechtliche Probleme/Kostenübernahme	7
Scham/Scheu	6
Entwurzelung	4
Traumatische Erfahrungen	3
Integrationsprobleme	3

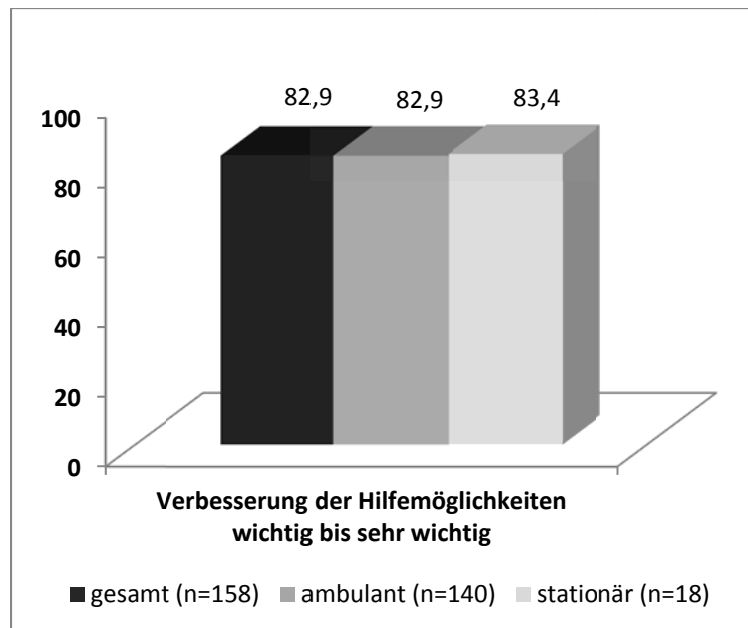
Tabelle 2.2.3 gibt einen Überblick über Maßnahmen, die genannt werden, die dazu beitragen könnten, die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund zu erleichtern und die Versorgungssituation zu verbessern. Mit Abstand die meisten Nennungen beziehen sich auf Maßnahmen, die bei der Überwindung von Sprachproblemen helfen (muttersprachliche Beratung/Angebote/Einstellung von Mitarbeiter(inne)n mit Migrationshintergrund, mehr/bessere Sprachkurse, Verfügbarkeit von Dolmetscher(innen), muttersprachliches Material). Ebenfalls einen sehr hohen Stellenwert nehmen mehr Information und Fortbildung ein und auch eine verstärkte Kooperation beispielsweise mit Migrationsdiensten, Migrantenorganisationen, Ausländerbehörde, Jobcentern, Haus-/Fachärzten wird als wichtig betrachtet.



**Tabelle 2.2.3:** Maßnahmen, die dazu beitragen könnten, die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund zu erleichtern und die Versorgungssituation zu verbessern

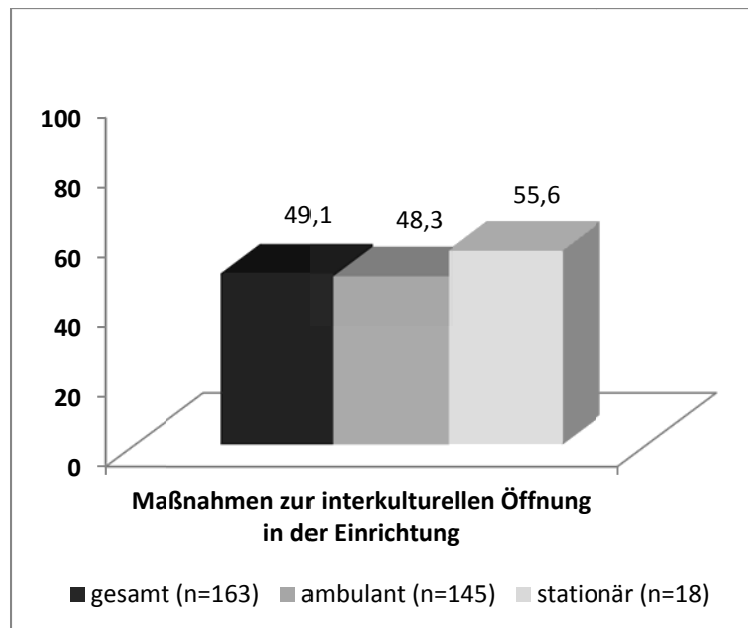
Welche Maßnahmen/Hilfen könnten Ihrer Meinung nach dazu beitragen, die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund zu erleichtern und ihre Versorgungssituation zu verbessern?	Anzahl der Nennungen
Muttersprachliche Beratung/Angebote/Einstellung von Mitarbeiter(inne)n mit Migrationshintergrund	55
Information und Fortbildung	24
Mehr/bessere Sprachkurse	22
Mehr Kooperation (Migrationsdienste, Migrantenorganisationen, Ausländerbehörde, Jobcenter, Haus-/Fachärzte)	17
Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund	8
Dolmetscher(innen)	7
Muttersprachliches Material	4
Mehr Ressourcen	3
Präventionsangebote (mehrsprachig)	Einzelnennungen
Quartiersbezogene Beratung zu diversen Themen	Einzelnennungen
Integrationsprojekte	Einzelnennungen
Niedrigschwellige Angebote	Einzelnennungen
Mehr Information für MmM	Einzelnennungen
Aufklärung für Angehörige	Einzelnennungen
Beteiligung an multikulturellen Stadtteilaktivitäten	Einzelnennungen
Konkrete Angebote auf Basis einer Bedarfsermittlung	Einzelnennungen
Aufsuchende Arbeit	Einzelnennungen
Verbesserung des Krankheitsverständnisses	Einzelnennungen
Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen	Einzelnennungen
Frühzeitige Integration in Regelberatungs- und Behandlungskontexte	Einzelnennungen
Aufklärungsarbeit in Kreisen, in denen sich MmM bewegen	Einzelnennungen
Stärkung der Selbsthilfe	Einzelnennungen
Veröffentlichungen in Zeitungen	Einzelnennungen
Rahmenbedingungen schaffen, die eine Stigmatisierung vermeiden	Einzelnennungen
Sprachbarrieren frühzeitig beheben	Einzelnennungen
Eigene Gruppenangebote	Einzelnennungen
Gegenseitiger kultureller Austausch	Einzelnennungen

Gefragt nach der Wichtigkeit, Hilfemöglichkeiten für Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, geben sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich über 80% an, dies für wichtig oder sehr wichtig zu halten (vgl. Abbildung 2.2.10).

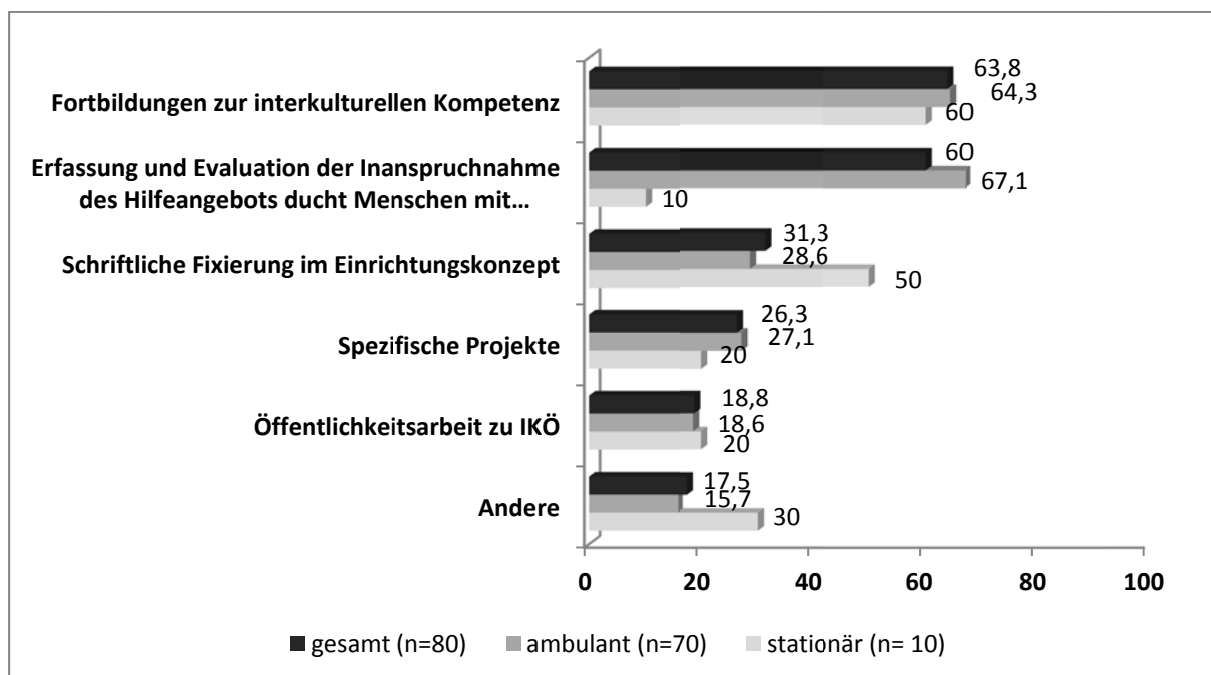


**Abbildung 2.2.10:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, dass sie eine Verbesserung der Hilfemöglichkeiten für Menschen mit Migrationshintergrund für wichtig bis sehr wichtig halten (4-stufige Likert-Skala von sehr wichtig bis überhaupt nicht wichtig; Angaben in Prozent)

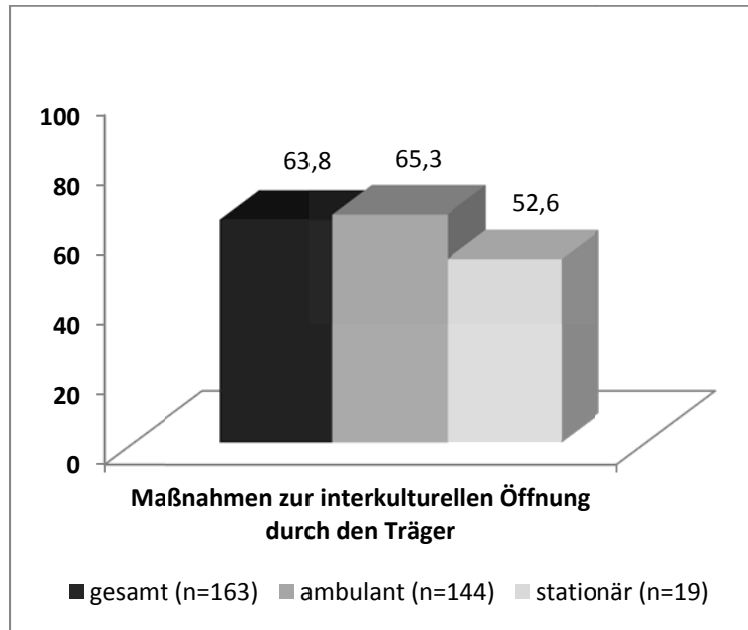
Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung wurden sowohl für die jeweilige Einrichtung wie für den Träger abgefragt. 49,1% geben an, in der Einrichtung entsprechende Maßnahmen durchzuführen (48,3% ambulant, 55,6% stationär), 63,8% (ambulant 65,3%, stationär 52,6%) geben an, dass durch den Träger Maßnahmen durchgeführt werden (vgl. Abbildung 2.2.11 und 2.2.13). Zu berücksichtigen ist bei den Maßnahmen auf Trägerebene, dass im ambulanten Bereich ein Viertel der Einrichtungen (25%) angeben, dass ihnen nicht bekannt sei, ob es entsprechende Maßnahmen gibt, im stationären Bereich fast ein Drittel (31,6%). Abbildungen 2.2.12 und 2.2.14 zeigen, welche Maßnahmen jeweils durchgeführt werden. Auf Einrichtungsebene stehen die Teilnahme an Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz sowie die Erfassung und Evaluation der Inanspruchnahme der Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund an erster Stelle, und auch auf Trägerebene steht das Thema Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz an erster Stelle.



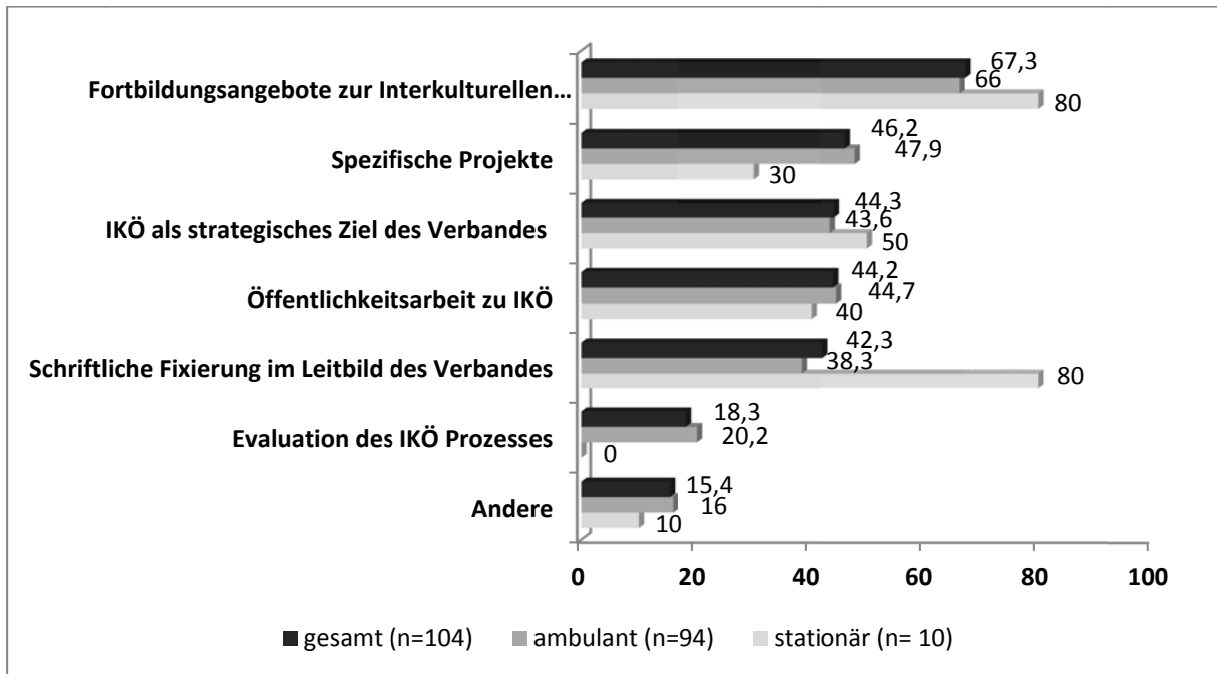
**Abbildung 2.2.11:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, dass in ihrer Einrichtung spezifische Maßnahmen zur Förderung der interkulturellen Öffnung durchgeführt werden (Angaben in Prozent)



**Abbildung 2.2.12:** Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung in den Einrichtungen (Angaben in Prozent; Mehrfachantworten möglich)



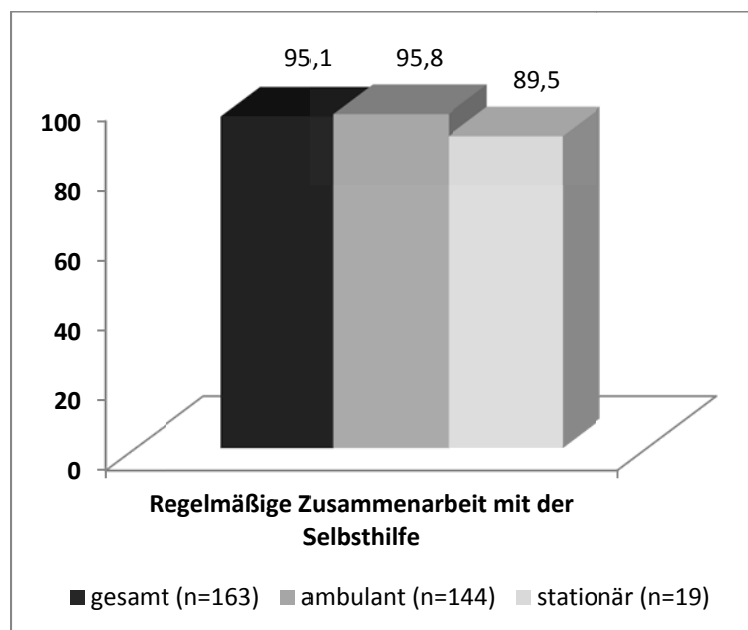
**Abbildung 2.2.13:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, dass vom Träger fachbereichs-/einrichtungsübergreifende Maßnahmen zur Förderung der interkulturellen Öffnung durchgeführt werden (Angaben in Prozent)



**Abbildung 2.2.14:** Fachbereichs-/einrichtungsübergreifende Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung durch den Träger (Angaben in Prozent; Mehrfachantworten möglich)

## 2.3 Fragen zum Thema Suchtselbsthilfe

Die Frage nach einer regelmäßigen Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe beantworten insgesamt 95% mit ja - ambulant mit 95,8% etwas mehr als stationär mit 89,5% (vgl. Abb. 2.3.1). Gefragt nach der Art der Zusammenarbeit steht an erster Stelle mit weitem Abstand die Nennung von regelmäßigen Treffen, gefolgt von Seminaren/Fortbildungen für die Selbsthilfe, gegenseitige Vermittlung von Klient(inn)en, gemeinsame Gremien, Vorstellung der Selbsthilfe in Einrichtungen, gemeinsame Projekte, Räumlichkeiten zur Verfügung stellen (vgl. Tab. 2.3.1).

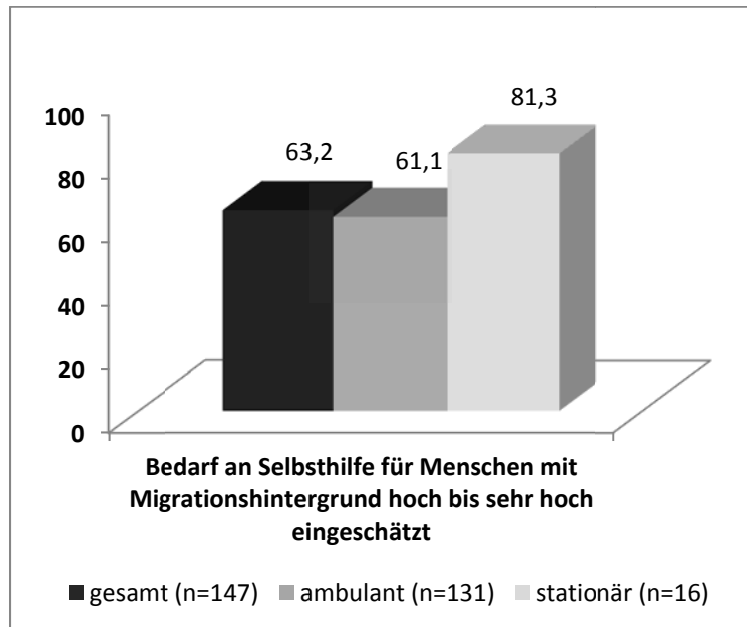


**Abbildung 2.3.1:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, dass es eine regelmäßige Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe gibt (Angaben in Prozent)

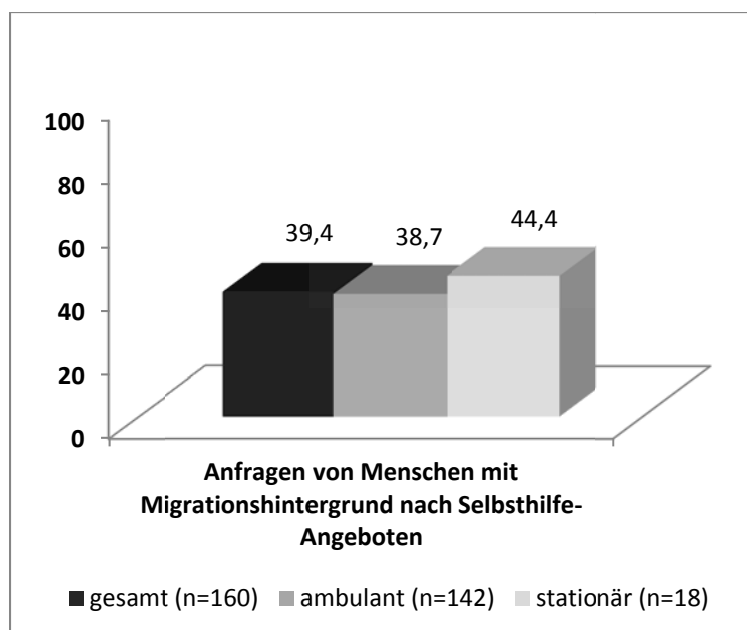
**Tabelle 2.3.1:** Art der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe

Art der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe	Anzahl der Nennungen
Regelmäßige Treffen/Austausch in untersch. Häufigkeit	81
Praxisbegleitung/Supervision	22
Schulungen/Seminare/Fortbildung	18
Vermittlung v. Klient(inn)en in die Selbsthilfe und umgekehrt	17
Gemeinsame AKs, Gremien	17
Vorstellung der Selbsthilfe in Einrichtungen	16
Gemeinsame Projekte/Aktionen	15
Räumlichkeiten zur Verfügung stellen	14
Gruppenbesuche	5
Einzelfallbezogene Zusammenarbeit	4
Gemeinsame Feiern	4
Ansprechpartner benannt	2

Der Bedarf an Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund wird von insgesamt 63,2% hoch/sehr hoch eingeschätzt - stationär mit gut 80% noch höher als ambulant mit gut 60% (vgl. Abb. 2.3.2). Etwa 40% geben an, dass es auch konkrete Anfragen von Menschen mit Migrationshintergrund nach Selbsthilfe gibt - ambulant 38,7%, stationär 44,4% (vgl. Abb. 2.3.3).

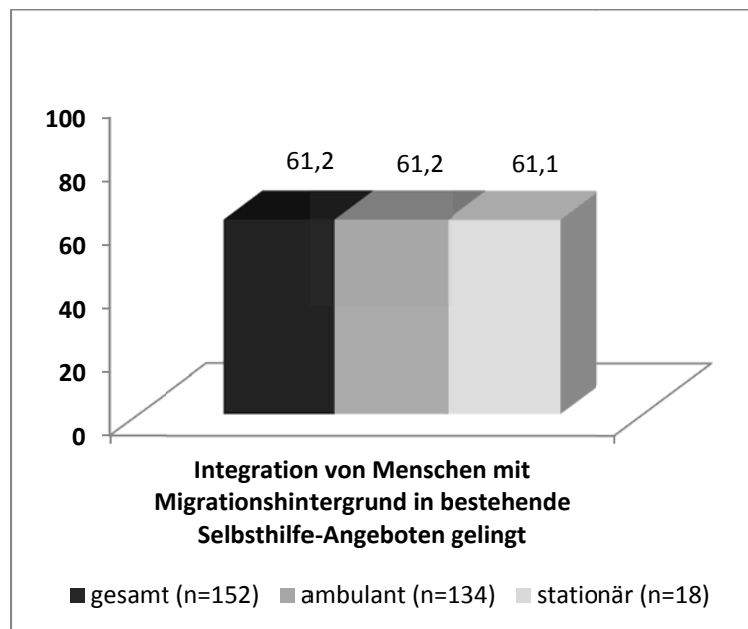


**Abbildung 2.3.2:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, dass sie den Bedarf an Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund für hoch bis sehr hoch halten (4-stufige Likert-Skala von sehr hoch bis kein Bedarf; Angaben in Prozent)



**Abbildung 2.3.3:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, dass es konkrete Anfragen von Menschen mit Migrationshintergrund nach Selbsthilfe-Angeboten gibt (Angaben in Prozent)

61%, ambulant wie stationär, geben an, dass eine Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in bestehende Selbsthilfe-Angebote gelingt (vgl. Abb. 2.3.4). An erster Stelle für Gründe dafür, dass die Integration gelingt bzw. nicht gelingt, werden ausreichende bzw. mangelnde Sprachkenntnisse genannt. Weitere benannte Gründe für eine gelingende Integration bzw. Faktoren, die eine Integration behindern, finden sich in Tabelle 2.3.2 und 2.3.3.



**Abbildung 2.3.4:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, dass die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in bestehende Selbsthilfe-Angeboten vor Ort gelingt (Angaben in Prozent)

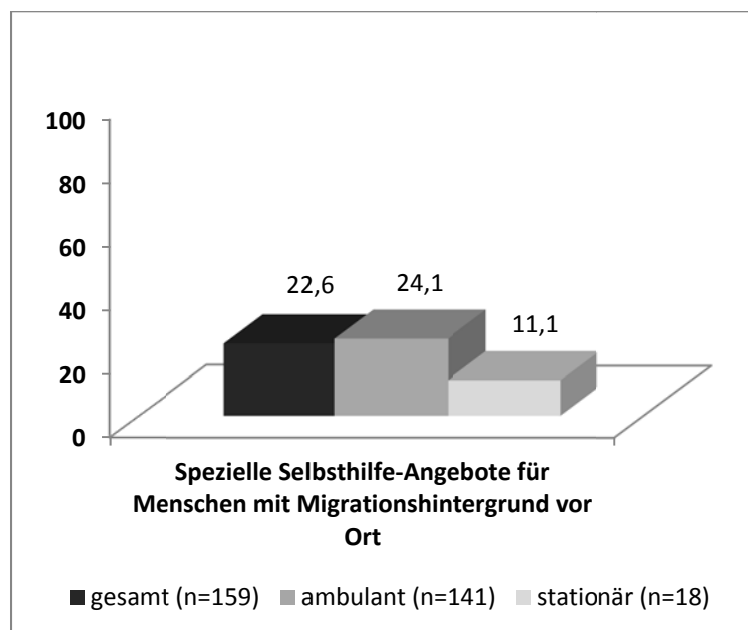
**Tabelle 2.3.2:** Gründe, wieso eine Integration in bestehende Selbsthilfe-Angebote nicht gelingt

Integration in Selbsthilfe-Angebote gelingt nicht aufgrund von	Anzahl der Nennungen
Sprachproblemen	30
Haltung/Hemmungen der MmM	21
Kulturelle Unterschiede	11
Vorurteile der SHG	4
Fehlende Angebote	4
Fehlende Angebote für junge MmM	2

**Tabelle 2.3.3:** Voraussetzungen, unter welchen eine Integration in bestehende Selbsthilfe-Angebote gelingt

Integration in Selbsthilfe-Angebote gelingt unter folgenden Voraussetzungen	Anzahl der Nennungen
Ausreichende Sprachkenntnisse	47
Bei Motivation	10
Abh. vom jeweiligen Hintergrund	8
In der Muttersprache	7
Bei Vermittlung/nach professionellem Kontakt	7
Bei guter Integration	6
Offenheit/Toleranz	4
Prof. Begleitung	2
Verbindlichkeit	2

22,6% geben an, dass es vor Ort spezielle Selbsthilfe-Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund gibt - ambulant geben dies mit 24,1% fast doppelt so viele an wie stationär mit 11,1% (vgl. Abb. 2.3.5). Die existierenden Angebote sind überwiegend in russischer Sprache (vgl. Tab. 2.3.4).

**Abbildung 2.3.5:** Anteil der Einrichtungen, die angeben, dass es vor Ort spezifische Selbsthilfe-Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund gibt (Angaben in Prozent)



**Tabelle 2.3.4:** Art der speziellen Selbsthilfe-Angebote vor Ort

Spezielle Selbsthilfeangebote	Anzahl der Nennungen
russisch	20
polnisch	6
englisch	3
kroatisch	1
türkisch	1
italienisch	1

Gefragt nach Maßnahmen, die Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund fördern könnten, werden an erster Stelle muttersprachliche Angebote benannt, gefolgt von betroffenen Menschen mit Migrationshintergrund als Multiplikator(inn)en, Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung der Selbsthilfe, vermehrte Kooperation und mehr Aufklärung und Information über Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Tab. 2.3.5)

**Tabelle 2.3.5:** Maßnahmen zur Förderung von Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund

Maßnahmen, um Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund zu ermöglichen/fördern	Anzahl der Nennungen
Muttersprachliche Angebote	30
Betroffene Migrant(inn)en als Multiplikator(inn)en/Initiator(inn)en	21
Öffentlichkeitsarbeit (+muttersprachlich)	14 (+6)
Schulung/Sensibilisierung der SSH	13
Kooperation (Migrantenorganisationen, Migrationsdienste, Vereinen, Ärzte, berufliche Suchthilfe)	12
Information/Aufklärung	9
Sprachkurse	6
Personal mit Migrationshintergrund (Beratungsstellen, Krankenhäuser, ...)	4
Ressourcen	3
Bedarfserhebung	3
Fachliche Begleitung	3
Angehörige einbeziehen	2
Jüngere Gruppen	1
Freizeitangebote als präventive Maßnahmen	1
Untergruppen von SHG	1
Kontakte/Probebesuche ermöglichen	1
Problembezogene und allgemeine Themen zur Lebensbewältigung und Freizeit	1

## 2.4 Wünsche

Die Unterstützungswünsche beziehen sich überwiegend auf das Thema Sprache (muttersprachliches Personal, muttersprachliche Materialien, kostenlose Dolmetscher(innen), muttersprachliche Angebote, Sprachkurse), Fortbildungen zu kultursensibler Arbeit, mehr Ressourcen und vermehrte Kooperation (vgl. Tab. 2.4.1).

**Tabelle 2.4.1:** Gewünschte Maßnahmen zur Unterstützung

Welche Maßnahmen zur Unterstützung würden Sie sich in Bezug auf die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund wünschen	Anzahl der Nennungen
Fortbildung/Schulung für kultursensible Arbeit	25
Ressourcen	17
<b>Muttersprachliches Personal</b>	15
<b>Muttersprachliche Materialien</b>	15
<b>Kostenlose Dolmetscher</b>	10
<b>Muttersprachliche Angebote</b>	9
<b>Sprachkurse</b>	8
Kooperation	7
Projekte	3
Niedrigschwellige Aufklärung	1
SHG	1
Vor Ort Angebote	1
Präventive Elternarbeit	1
Austausch zwischen muttersprachl. und deutschen Gruppen	1
Schulung der MmM zum Suchthilfesystem	1

### 3. Zusammenfassung und Diskussion

Menschen mit Migrationshintergrund stellen mit 20% einen bedeutsamen Teil der Bevölkerung in Deutschland dar (Statistisches Bundesamt, 2013). Zu berücksichtigen ist, dass es sich dabei um eine vielfältig heterogene Gruppe handelt (verschiedene kulturelle Hintergründe, Generationen, Bildungsniveaus und sozioökonomische Lebensumstände).

Mit einem Anteil von 16,8% im ambulanten und 13% im stationären Bereich stellen Menschen mit Migrationshintergrund auch einen nicht unbedeutenden Teil des Klientels von Suchthilfeeinrichtungen dar (Künzel et al., 2013). Allerdings gibt es bisher nur wenig verlässliche Daten dazu, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund von einer Suchterkrankung betroffen sind und wie gut sie von Suchthilfeeinrichtungen erreicht werden bzw. welche Barrieren genau den Zugang aktuell erschweren. Es wird davon ausgegangen, dass Suchterkrankungen zumindest in gleichem Maße wie bei Personen ohne Migrationshintergrund vorliegen, insgesamt bleibt jedoch unklar, inwieweit Menschen mit Migrationshintergrund ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend Einrichtungen der Suchthilfe aufsuchen (Penka, 2013), Koch und Assion (2013) verweisen darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Suchthilfeeinrichtungen eher unterrepräsentiert sind.

Die Ergebnisse aus dem Caritas-Exklusivteil der 2008 abgeschlossenen Sinus-Migrantenv-Milieu-Studie zum Thema offene Soziale Dienste zeigen, dass die Dienste in Milieus mit hohem Bildungsniveau überdurchschnittlich hohe Bekanntheitswerte aufweisen, bezüglich der Nutzung sind allerdings Menschen aus dem traditionellen Arbeitermilieu, dem religiös-verwurzelten sowie dem entwurzelten Milieu in den Diensten der Caritas überrepräsentiert. Die Suchthilfe ist insgesamt einem hohen Anteil von 69% bekannt, 47% schätzen sie als sehr wichtig ein und 1% geben an, sie tatsächlich Anspruch genommen zu haben (Vorhoff, 2009).

Um ein aktuelles und differenziertes Bild der Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Caritas-Suchthilfe zu erhalten, hat der Deutsche Caritasverband 2012 eine Fragebogenerhebung durchgeführt. Die Befragung erfolgte als fachbereichsspezifische Ergänzung zur bundesweiten Erhebung zum Stand der interkulturellen Öffnung der verbandlichen Caritas, um daraus konkrete Ansatzpunkte zur Optimierung von Hilfemaßnahmen und zum Aufbau von Suchtselbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund abzuleiten.

Da eine Sonderauswertung der deutschen Suchthilfestatistik für Menschen mit Migrationshintergrund vorliegt, die umfassende Daten zur Beschreibung dieses Klientels zur Verfügung stellt (Künzel et al., 2013), konzentrierte sich die Erhebung auf quantitative und qualitative Fragen zur aktuellen Beratungs- und Behandlungspraxis, zu Selbsthilfenangeboten sowie erlebten Schwierigkeiten und die Erfassung von Unterstützungsbedarfen in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund. Es wurden alle ambulanten (273) und alle stationären (35) Suchthilfeeinrichtungen der Caritas angeschrieben. Mehr als jede zweite Einrichtung hat sich an der Erhebung beteiligt (55,8%). Diese hohe Rückmeldequote, sehr gut ausgefüllte Fragebögen (- trotz des Umfangs und vieler Freitextfelder) sowie sehr positive Rückmeldungen aus der Pilottestung (- der Bogen wurde als gute Anregung zur Reflexion der Situation in der eigenen Einrichtung und Sensibilisierung für die Thematik erlebt) weisen darauf hin, dass dem Thema durchaus eine hohe Relevanz beigemessen wird. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Erhebung wider - gut 80% geben an, die Verbesserung der Hilfemöglichkeiten für Menschen mit Migrationshintergrund für

wichtig/sehr wichtig zu halten. Aber auch im Bereich der Selbsthilfe hat das Thema Relevanz - gut 60% im ambulanten und 80% im stationären Bereich schätzen den Bedarf an Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund hoch/sehr hoch ein, und insgesamt ca. 40% geben an, dass es konkrete Anfragen von Menschen mit Migrationshintergrund nach Selbsthilfeangeboten gibt.

Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund am Gesamtklientel wird von den ambulanten Einrichtungen im Mittel auf 16,2%, von den stationären auf 18,5% geschätzt - mit einer hohen Spannweite von 1% bis 60%. Als häufigste Herkunftsländer - eigenes Geburtsland oder Geburtsland der Eltern/Großeltern, wenn in Deutschland geboren - der Klient(inn)en mit Migrationshintergrund werden Russland und Türkei angegeben, gefolgt von Kasachstan und Polen. Aus der Suchthilfestatistik geht hervor, dass etwa zwei Drittel der Klient(inn)en mit Migrationshintergrund selbst migriert sind (Künzel et al., 2013).

Etwa die Hälfte der Einrichtungen, ambulant wie stationär, geben an, Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung in ihrer Einrichtung durchzuführen. An erster Stelle wird hier die Teilnahme an Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz genannt.

44,8% der ambulanten und 26,3% der stationären Einrichtungen geben an, spezielle Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs durchzuführen – darunter am häufigsten der Kontakt zu Keypersons. 44,1% der ambulanten und 57,9% der stationären Einrichtungen geben an, spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote vorzuhalten - hier liegen die häufigsten Nennungen bei muttersprachlicher Beratung und der Arbeit mit Dolmetscher(inne)n. Ein hoher Anteil gibt auch an, über muttersprachliche Informationsmaterialien zu verfügen - allerdings handelt es sich dabei meist um sehr spezifische, einzelne Informationsblätter, nicht um umfassende Informationen zum Thema Sucht in verschiedenen Sprachen. Ein sehr hoher Anteil von ca. 94%, ambulant wie stationär, gibt an, dass eine Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in die Regelangebote gelingt - allerdings nicht grundsätzlich, sondern überwiegend mit Menschen mit ausreichenden Sprachkenntnissen. Ein ebenfalls sehr hoher Anteil von ca. 91%, ambulant wie stationär, gibt an, spezifische Probleme in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund zu erleben. An erster Stelle werden hier mit weitem Abstand Sprachprobleme benannt, an zweiter Stelle kulturelle Unterschiede gefolgt von einem anderen Sucht-Krankheitsverständnis sowie einem anderen Behandlungsverständnis.

Gefragt nach Unterstützungsmaßnahmen, die in Bezug auf die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund hilfreich wären, dominiert das Thema Sprache, wie auch in den anderen Ergebnissen, stark. So wurden v.a. muttersprachliches Personal, muttersprachliche Angebote, muttersprachliche Materialien und kostenlose Dolmetscher(innen) benannt – aber auch mehr/bessere Sprachkurse für Menschen mit Migrationshintergrund (- allerdings weniger häufig). An zweiter Stelle stand der Wunsch nach mehr Informationen und Fortbildungsmöglichkeiten zu der Thematik, gefolgt von dem Wunsch nach einer besseren Vernetzung/mehr Kooperation (z.B. mit Migrationsdiensten, Migrantenorganisationen, Ausländerbehörden, Jobcentern, Haus-/Fachärzten, ...). Aber auch der Bedarf an mehr Ressourcen wurde geäußert.

Auf den ersten Blick erscheinen die Ergebnisse nicht überraschend und neu - dennoch sind sie keineswegs banal und unerheblich und bieten eine gute Grundlage für die Ableitung von aktuellen Bedarfen und Handlungserfordernissen.

Natürlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich evtl. verstärkt Einrichtungen an der Erhebung beteiligt haben, die besonders motiviert und interessiert an der Thematik sind. Die

Daten sprechen allerdings weder dafür, dass sich nur Einrichtungen mit sehr hohem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, d.h. einer hohen Relevanz vor Ort, beteiligt haben, noch dafür, dass es nur Einrichtungen sind, die schon sehr engagiert sind in diesem Bereich, so dass davon auszugehen ist, dass die Ergebnisse ein realistisches Bild der aktuellen Versorgungssituation aus der Perspektive der Suchthilfeeinrichtungen liefern.

Die Ergebnisse machen zum einen deutlich, dass die schon seit der 90er Jahre beschriebenen Barrieren zum und im Gesundheitswesen, die eine qualitativ gleichwertige Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund behindern, nach wie vor aktuell sind. Zum anderen zeigen sie aber auch, dass in den Einrichtungen auch schon sehr viel getan wird - und es bezüglich der erlebten Schwierigkeiten einer differenzierten Betrachtung bedarf: Für Menschen mit Migrationshintergrund, die über hinreichende Sprachkenntnisse verfügen, scheint die Integration in die Regelangebote zu gelingen, eine Herausforderung ist dagegen der Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund, die über nur unzureichende Sprachkenntnisse verfügen.

Die Ergebnisse zur Bedeutung der Muttersprache aus der Perspektive der Einrichtungen korrespondieren mit den Ergebnissen aus der Sinus-Studie aus der Perspektive von Menschen mit Migrationshintergrund: Berater(innen) und Behandler(innen) erleben sprachliche Schwierigkeiten als ein zentrales Problem und sehen Bedarf an muttersprachlichen Angeboten - und die in den Einrichtungen der Caritas überrepräsentierten Nutzer(innen) aus dem religiös-verwurzelten und dem entwurzelten Milieu geben in der Sinus-Studie an, dass muttersprachliche Beratung (- neben Beratung durch eine Person gleichen Geschlechts, aus demselben Kulturkreis sowie ein Beratungsdienst, der denselben religiösen Hintergrund hat) besonders wichtig für sie sind (Vorhoff, 2009).

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass zwischen einem kurzfristigen und unmittelbaren sowie einem mittelfristigen Handlungsbedarf zu unterscheiden ist.

Die Möglichkeit der sprachlichen Verständigung stellt eine notwendige Voraussetzung für Vertrauensbildung, Beratung, Behandlung und Selbsthilfe dar - ganz abgesehen davon, dass Menschen sich immer besser in ihrer Muttersprache zu emotional besetzten Themen äußern können, was bei dem oft schambesetzten und tabuisierten Thema Sucht besonders zum Tragen kommt. Natürlich kommt auch dem Umgang mit kulturellen Unterschieden sowie einem unterschiedlichen Sucht-/Krankheits- und Behandlungsverständnis eine wichtige Bedeutung zu, was in der Erhebung auch benannt wird, so dass entsprechende Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz auch nach wie vor wichtig sind.

Zunächst sollten allerdings Möglichkeiten zur Lösung der Sprachprobleme geprüft werden. Da die Erhebung keine Aussagen dazu erlaubt, wie groß der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund ohne hinreichende Sprachkenntnisse ist, und dieser Anteil in den Einrichtungen vor Ort unterschiedlich sein wird, gilt es den genauen jeweiligen Unterstützungsbedarf zu ermitteln und ihm nachzukommen. Mittelfristig sind die Einstellung von muttersprachlichen Mitarbeiter(inne)n und die Förderung der interkulturellen Kompetenz der gesamten Einrichtungsteams wichtig. Muttersprachliche Mitarbeiter(inn)en werden dabei allerdings nie den kompletten Bedarf an unterschiedlichen Sprachen abdecken können, so dass weitere Lösungsmöglichkeiten auch langfristig von Bedeutung sein werden. Daher sollten beispielsweise auch die Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter(innen) vor Ort geprüft werden sowie der kostenlose/-günstige Zugriff auf Dolmetscher(innen) oder evtl. die

Unterstützungsmöglichkeiten durch Keypersons. Ideal wäre die Möglichkeit, auf professionelle Sprach- und Integrationsmittler(-innen) zurückzugreifen. Diese bieten eine über die wörtliche Übersetzung hinausgehende Vermittlung und arbeiten unter Einhaltung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards, was herkömmliche Dolmetscher(innen) oder irgendwelche ad hoc Lösungen nicht garantieren können. Außerdem hat sich gezeigt, dass sich der Einsatz von professionellen Mittler(inne)n positiver auf den Gesundheitszustand, den Zugang zu Versorgungsleistungen sowie die Mitarbeiter(innen)- und Patient(inn)enzufriedenheit auswirkt als der Einsatz von Laiendolmetscher(inne)n (Junge & Schwarze, 2013).

Die Verfügbarkeit von muttersprachlichen Informationen über das Internet, z.B. durch eine Übersetzung der sehr umfassenden häufig gestellten Fragen zum Thema Sucht auf der Plattform der Caritas Online-Beratung, könnte sowohl von Berater(inne)n zur Weitergabe genutzt werden, als auch für Menschen, die noch keinen Kontakt zum Hilfesystem haben, eine wichtige Hilfe sein. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, welche Möglichkeiten es evtl. im Rahmen der Online-Beratung gäbe, um ein muttersprachliches Angebot in verschiedenen Sprachen - das dann ortsunabhängig wäre – vorhalten zu können. Die bundesweite Telefonberatung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) in russischer und türkischer Sprache wird beispielsweise sehr intensiv beansprucht (Horn & Schaeffer, 2013), es scheint also durchaus eine Nachfrage für solche Angebote zu geben.

Es geht in jedem Fall darum, zeitnah und pragmatisch auf aktuell erlebte Probleme zu reagieren und nach Lösungen suchen, d.h. zunächst v.a. vorhandene Sprachprobleme zu überwinden - wobei Verstehen über eine rein sprachliche Verständigung hinausgeht - wenn sie Beratung und Therapie behindern. Es geht darum, allen Menschen, die Hilfe suchen - und nicht nur „Wunsch-Klienten“ mit guten Sprachkenntnissen und bereits vorhandener Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation - ein bedarfsgerechtes Angebot zu machen und damit einen gleichberechtigten Zugang, gesundheitliche Chancengleichheit und Teilhabe zu fördern. Es ist Aufgabe des Hilfesystems, Angebote so zu gestalten, dass sie von allen Menschen, die Unterstützung brauchen, wahrgenommen werden können. Das betrifft zum einen die Sprache - es kann nicht erwartet werden, dass hilfesusuchende Suchtkranke zunächst ausreichende Sprachkenntnisse erwerben, bevor ihnen geholfen wird - zum anderen auch konzeptionelle Veränderungen. Mittelfristig sollten natürlich auch Möglichkeiten zur Verbesserung der Sprachkenntnisse der Menschen mit Migrationshintergrund gefördert werden, da Kenntnis der deutschen Sprache zentral für Integration und gesellschaftliche Teilhabe ist.

Mittelfristig geht es auch nicht nur um die punktuelle Lösung von Sprachproblemen, sondern um eine systematische und professionelle Lösung, um interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und Erweiterung der interkulturellen Kompetenz aller Mitarbeiter(innen). Es geht dabei nicht um Sonderzuständigkeiten, sondern die Vertiefung der Fachkompetenzen und die Qualitätsverbesserung des gesamten Leistungsangebots (Czycholl, 2005). Interkulturelle Kompetenz bedeutet dabei nicht, Aneignung von Spezialwissen für die unterschiedlichsten kulturellen Hintergründe, sondern um die Kenntnis genereller kultureller Konzepte und Bedeutungszusammenhänge (verschiedene medizinische Systeme, Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit, familienzentrierte vs. individuumszentrierte Gesellschaften, unterschiedliche Kommunikationsformen, Bräuche, Tabus, ...), um die richtigen Fragen stellen und die Antworten einordnen zu können. In Bezug auf den jeweiligen

spezifischen Hintergrund und die eigene Geschichte sind immer die Klient(inn)en Expert(inn)en - und diese Expertise kann und sollte in Beratung und Behandlung auch genutzt werden. Und dies gilt nicht nur für Klient(inn)en mit Migrationshintergrund, sondern für alle - genauso wie eine Erweiterung der interkulturellen Kompetenz allen Klient(inn)en zugute kommt, handelt es sich doch um eine grundlegende Haltung von Offenheit, sich auf sein Gegenüber einzulassen sowie eine Akzentuierung und generelle Erweiterung menschlicher und professioneller Kompetenz.

Die Erhebung liefert über Daten zur Beratungs- und Behandlungspraxis und erlebten Schwierigkeiten hinaus auch Hinweise auf gute Praxisbeispiele und Projekte, die in der Folge nun in ausgewählten Interviews im Hinblick auf die entscheidenden Faktoren, die zur Lösung von Problemen und einer besseren Versorgung beitragen, weiter untersucht und zusammengetragen werden können. Die Erhebung kann durch Interviews mit existierenden muttersprachlichen Selbsthilfegruppen um den Blick aus der Selbsthilfe ergänzt werden. Dies ist besonders wichtig, da sich gezeigt hat, dass an einigen Stellen der Aufbau von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationshintergrund nachhaltig gelungen ist, während er an anderen Stellen völlig scheiterte, so dass sich die Frage nach den entscheidenden Unterschieden bzw. den Faktoren für einen gelungenen Aufbau von Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund stellt.

Zu beachten ist allerdings, dass es keineswegs darum geht, Menschen mit Migrationshintergrund auf diesen zu reduzieren, weder im Bereich der beruflichen Suchthilfe noch im Bereich der Selbsthilfe. Ein Migrationshintergrund ist immer nur ein Aspekt der möglichen Diversität von Klient(innen) - außerdem wird Hilfe als Suchtkranke(r) gesucht, nicht als Migrant(in). Auch geht es nicht darum, nur Sonderangebote zu schaffen und interkulturelle Öffnung mit dem Angebot muttersprachlicher Beratung und Behandlung gleichzusetzen. Trotzdem ist zu berücksichtigen, dass es in der heterogenen Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund auch Subgruppen gibt, die spezifische Angebote benötigen, für die Muttersprache, eigene Kultur und Religion die Grundlage für Teilhabe darstellen. Es geht daher darum, in dem grundsätzlichen Bestreben, Menschen mit Migrationshintergrund in Regelangebote zu integrieren, bei Bedarf einer Zielgruppen- und Milieuorientierung Vorrang zu geben. Es geht um den Umgang mit Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität, ...), aber der globalere Diversitätsansatz darf nicht dazu führen, dass die darunter zusammengefassten Aspekte nicht mehr also solche auch einzeln Berücksichtigung finden. Ziel ist es, eine ganzheitliche Suchtarbeit zu erreichen, die die verschiedenen Merkmale der Klient(inn)en immer wieder neu und situationsbezogen miteinander in Beziehung setzt und immer die ganze, komplexe Lebenswirklichkeit eines Menschen im Blick hat (König, 2011/2012)

Neben der interkulturellen Öffnung der Einrichtungen müssen aber auch durch die Politik adäquate gesellschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Chancengleichheit und Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund zu gewährleisten, da es nach wie vor wesentliche juristische, versicherungsbezügliche, politisch und gesellschaftlich bedingte sowie auf Rassismus beruhende Ausgrenzungsmechanismen gibt (Penka, 2013). Es braucht das Engagement aller: Die Politik muss gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen schaffen, um Menschen mit Migrationshintergrund nicht zu diskriminieren und die Finanzierung zielgruppenspezifischer Angebote sicherzustellen; Träger und Einrichtungen sind gefordert, eine bessere Vernetzung, höhere Mitarbeiter(innen)diversität, bessere

Öffentlichkeitsarbeit und spezifische Hilfsangebote zu schaffen; Teams und einzelne Mitarbeiter(innen) müssen um die Erweiterung ihrer interkulturellen Kompetenz, eine Willkommenskultur und die Umsetzung niedrigschwelliger Hilfen bemüht sein (Tielking et al., 2012).



## 4. Literatur

- Czycholl, D. (2005). *Arbeitsschritte zur interkulturellen Öffnung*. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.), *Sucht Migration Hilfe – Vorschläge zur interkulturellen Öffnung der Suchthilfe und zur Kooperation von Migrationsdiensten und Suchthilfe – Ein Manual*, Buchholz/Hamburg: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, S. 110-139
- Horn, A. & Schaeffer, D. (2013). *Evaluation der Patienteninformation und –beratung für türkische und russischsprachige Migrantinnen und Migranten*, Abschlussbericht, Universität Bielefeld – Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6: Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, S. 40
- Junge, F. & Schwarze, A. (2013). *Sprach- und Integrationsmittlung: Ein praxisbewährtes Instrument zum Umgang mit sprachlicher und kultureller Vielfalt (nicht nur) im Krankenhaus*. In: R. B. Bouncken, M. A. Pfannstiel & A. J. Reuschl, Universität Bayreuth (Hrsg.), *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I: Prozesse, Produktivität und Diversität*. Springer Verlag, Wiesbaden
- Koch, E. & H.-J. Assion (2013). *Substanzmissbrauch, Abhängigkeit und Migration – Annäherung und Einführung*. In: E. Koch, M. J. Müller & M. Schouler-Ocak (Hrsg.), *Sucht und Migration*, Lambertus: Freiburg im Breisgau, S. 10-26
- König, M. (2011/2012). *Suchthilfeangebote für Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund in der Schweiz*. *Abhängigkeiten*, 3/1, 128-147
- Künzel, J., Steppan M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013). *Klient(inn)en mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung*, KURZBERICHT NR.1/2013 – DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2011, IFT Institut für Therapieforschung, München.  
Verfügbar unter:  
<http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs%202011%20kurzbericht%20migration.pdf>
- Penka, S. (2013) *Zugangsbarrieren von Personen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem – Konsequenzen für die Praxis*. In: *Sucht und Migration* E. Koch, M. J. Müller & M. Schouler-Ocak (Hrsg.) *Sucht und Migration*, Lambertus: Freiburg im Breisgau, S. 10-26
- Statistisches Bundesamt (2013). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2012*, Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden  
Verfügbar unter:  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220127004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220127004.pdf?__blob=publicationFile)
- Tielking, K., Fietz, H. & Kittel, M. (2012). *Zugang zum Suchthilfesystem von Menschen mit Migrationshintergrund*. Projektabschlussbericht zum Projektstandort Cloppenburg. Schriftenreihe der Hochschule Emden/Leer, Band 6, S. 167/168
- Vorhoff, K. (2009). *Migranten suchen Kompetenz und Zugang*. *Neue Caritas*, 8, 26-29



**Deutscher Caritasverband e.V.**  
**Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht**  
**Karlstr. 40**  
**79104 Freiburg**  
[www.caritas.de](http://www.caritas.de)

Kontakt:  
Dr. Daniela Ruf  
Telefon 0761 / 200 - 385  
[daniela.ruf@caritas.de](mailto:daniela.ruf@caritas.de)

April 2014