

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

Fakultät Soziale Arbeit

Bachelorarbeit

Asyl und Sucht

- Suchthilfe für muslimische Asylbewerber/innen -

Eingereicht von: Jamil Jawabra (Matrikelnr.: 24881)

jjawabra@hs-mittweida.de

Eingereicht am: 08.01.2014

Erstgutachter: Prof. Dr. Phil. Steffi Weber-Unger-Rotino

Zweitgutachter: Prof. Dr. Phil. Barbara Wedler

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich den Menschen meinen Dank aussprechen, ohne deren Unterstützung diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre. In erster Linie geht mein Dank an meine Betreuerin Frau Prof. Dr. Phil. Steffi Weber-Unger-Rotino, sowie an meine zweite Gutachterin Frau Prof. Dr. Phil. Barbara Wedler Mein Dank geht ebenso an alle Fachleute und Einrichtungen in Leipzig, die mich unterstützt haben.

Schließlich gilt mein Dank Frau Anja Treichel für die guten Hinweise und die Korrektur der vorliegenden Arbeit.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Bachelorarbeit selbständig verfasst und noch nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt zu haben. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und habe wörtliche oder sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet.

Leipzig, Januar 2014

Jamil Jawabra

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	5
2.	Gruppen von Migrant/innen in Deutschland	6
2.1.	Asyl und Asylbewerber/innen in Deutschland	8
2.2.	Duldung	10
3.	Sucht	11
3.1.	Definition der Begriffe Sucht und Abhängigkeit	11
3.2.	Entwicklung von Sucht und Abhängigkeit	13
3.2.1.	Konsumsituation	13
3.2.2.	Drogentodesfälle	14
3.2.3.	Rauschgiftkriminalität	14
4.	Drogengebrauch unter Muslimen	15
4.1.	Muslim/innen - eine spezifische Zielgruppe der Suchtberatung für Asylbewerber	15
4.2.	Islam und suchterzeugende Substanzen	15
4.2.1.	Das Alkoholverbot im Islam	16
4.2.2.	Islam und Drogen	19
4.2.3.	Wahrnehmung von Alkohol- und Suchtproblemen in islamischen Gesellschaften	19
4.3.	Umgang von Muslim/innen in Deutschland mit dem Alkohol- und Drogenverbot	21
5.	Migration und Sucht	21
5.1.	Zusammenhänge zwischen Migration und Sucht und Risikofaktoren	21
5.2.	Spezifische Risikofaktoren für Suchtgefährdung von Asylbewerber/innen	25
5.2.1.	Spezifische Risikofaktoren für Muslimischen von Asylbewerber/innen	28
5.3.	Das Konzept der Resilienz im Zusammenhang mit der Suchtgefährdung von Asylbewerber/innen	29
6.	Besonderheiten der Therapie und Beratung von Asylbewerber/innen	31
6.1.	Bedingungen für erfolgreiche Suchthilfe für Asylbewerber/innen	33
6.1.1.	Interkulturelle Kompetenz der in der Regeldiensten	34

6.1.2.	Interkulturelle Teamarbeit	36
6.1.3.	Die Bedeutung von Sprache	37
6.1.4.	Spezifische Präventionsmaßnahmen für Migrant/innen	39
6.2.	Zusammenfassung von Qualitätskriterien für interkulturelle Suchthilfe	39
6.2.1.	Mögliche Maßnahmen für Asylbewerber/innen	41
7.	Fazit	42
8.	Literaturverzeichnis	42

1. Einleitung

In dieser Arbeit werde ich mich mit dem Thema Suchthilfe für muslimische Asylbewerber/innen in Deutschland auseinandersetzen.

Durch meine praktischen Erfahrungen habe ich festgestellt, dass der Themenkomplex "Sucht" unter Migrant/innen und insbesondere Asylbewerber/innen eine wichtige Erscheinung ist. Dennoch werden das spezifische Hilfesystem, Risikofaktoren und Möglichkeiten der Prävention nur selten in der Öffentlichkeit thematisiert. Ausgehend von positiven Erfahrungen spezifischer Unterstützung für muslimische Asylbewerber/innen gehe ich davon aus, dass es sich lohnt, eine spezifische Herangehensweise an die Suchthilfe für muslimische Migrant/innen und im Speziellen für muslimische Asylbewerber/innen zu entwickeln, um damit die Klient/innen noch besser unterstützen zu können.

Nach einem Abschnitt über Asylbewerber/innen und deren Lebenssituation wende ich mich dem Thema Sucht zu; anschließend werde ich einige Gedanken zum Thema Islam und muslimische Drogengebraucher/innen – im historischen Kontext und aktuell in Deutschland - anschließen.

Der Beschäftigung mit spezifischen Risikofaktoren für Drogengebrauch bei Migrant/innen im Allgemeinen und Asylbewerber/innen im Speziellen folgen Ausführungen zu muslimischen Asylbewerber/innen und damit schließt sich der Kreis wieder.

Ich hoffe damit einen Beitrag dafür zu leisten, dass eine der am meisten marginalisierten Gruppen der Gesellschaft ein adäquates Hilfesystem an die Hand bekommen kann, unter Berücksichtigung verschiedener wichtiger Aspekte wie der aktuellen Lebenssituation, Migration als kritischem Lebensereignis sowie dem kulturell/religiösen Background der Betroffenen, vor dem Hintergrund rechtlicher Regelungen und Beschränkungen von medizinischen Behandlungen und drohender Ausweisung.

2. Gruppen von Migrant/innen in Deutschland

Der Bundesrepublik wurden zwischen 1955 und 1973 von Unternehmen und Behörden Millionen ausländischer Arbeitskräfte (so genannte Gastarbeiter) aus verschiedenen Mittelmeerländern angeworben. Sie und ihre Nachkommen bilden bis heute die größte Gruppe der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund. Daneben bestanden weitere Formen der Zuwanderung, die besonders seit der Wiedervereinigung und dem Ende des Kalten Kriegs zahlenmäßig stark ins Gewicht fielen. Aussiedlerinnen und Aussiedler aus Osteuropa und der ehemaligen Sowjetunion sowie Flüchtlinge und Asylsuchende (in den 1990er Jahren vor allem aus dem zerfallenden Jugoslawien) bilden weitere große Gruppen.

Die Politik tat sich schwer, die unterschiedlichen Migrationsbewegungen zu steuern und zu kontrollieren und die Integration der Zugewanderten zu gestalten. Bis zur Verabschiedung des Zuwanderungsgesetzes 2004 durchlief die bundesdeutsche Ausländerpolitik sechs Phasen, die das Migrationsgeschehen prägten. Der Wandel in Deutschland seit dem späten 19. Jahrhundert von einem Auswanderungs- zu einem Einwanderungsland manifestierte sich in der jungen Bundesrepublik nach der Integration von ca. 13 Millionen Vertriebenen des zweiten Weltkrieges und mit den Anwerbeverträgen der so genannten Gastarbeiter in den 1950er und 60er Jahren.

Drauf folgten verschiedene Phasen der Ausländerpolitik, die in der Fachliteratur unterschiedlich datiert und begründet werden. Rückblickend begünstigte die Migrationspolitik zwischen 1955 und 2004 den Wandel. Mit dem neuen Zuwanderungsgesetz gibt es erstmalig offiziell Arbeitsmigration, zumindest für Hochqualifizierte. Durch den immer gravierender werdenden Fachkräftemangel ist es eine Frage der Zeit, dass der deutsche Arbeitsmarkt sich weitgehend für Zuwander/innen öffnet.

Die Zuwanderung nach Deutschland wandelte sich seit den 1950er Jahren mehrfach grundlegend, woraus sich verschiedenen Formen von Zuwanderung bildeten, die heute üblich sind.

Die folgende Einteilung von Phasen der Ausländerpolitik orientiert sich an den Darstellungen in von Klaus Bade, dem renommiertesten Migrationswissenschaftler der Bundesrepublik:

„1955-1973: Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte

1973-1979: Anwerbestopp und Konsolidierung der Ausländerbeschäftigung,
Familiennachzug zu Gastarbeitern

1979-1980: Konkurrierende Integrationskonzepte

1981-1990: Wende in der Ausländerpolitik

1991-1998: Dementi und praktische Akzeptanz der Einwanderungssituation

1998-2004: Deutschland, Einwanderungsland? Staatsangehörigkeit und
Zuwanderungsgesetz“¹

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass folgende Migrant/innengruppen heute hauptsächlich in Deutschland zu finden sind: unabhängig vom Aufenthaltsstatus 1) Arbeitsmigrant/innen und deren Nachkommen, die teilweise die deutsche Staatsbürgerschaft haben, 2) Asylbewerber/innen, 3) anerkannte Flüchtlinge, 4) Geduldete, 5) De-facto-Flüchtlinge sowie 6) Kontingentflüchtlinge (jüdische Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion), 7) Aussiedler/innen, 8) Männer und Frauen, die aufgrund von Familiennachzug nach Deutschland gekommen sind inkl. Väter und Mütter deutscher Kinder sowie neuerdings auch eine sehr große Zahl von 9) EU-Ausländern, die aufgrund von Wirtschaftskrisen und hoher Jugendarbeitslosigkeit ihre Länder verlassen, inkl. Neu-EU-Bürger/innen aus den osteuropäischen Staaten (Rumänien, Bulgarien).

Nach Macek wird der Begriff Migrant daran festgemacht, dass „ein/e Migrant/in eine Wanderung von einem Land in ein anderes vollzogen haben muss“. Für ihn sind deshalb in Deutschland geborene Migranten der 2. oder 3. Gene

¹ Klaus J. Bade/Jochen Oltmer (2004): *Normalfall Migration. (ZeitBilder, Bd. 15). Bonn. S. 127-132*

rationen keine Migranten, da sie nicht migriert sind“². Akgün 1993 sagt „Migranten sind Flüchtlinge, Gastarbeiter und Siedler“³. Nach Collatz 1998 „sind zu den Migranten auch Aussiedler und Asylbewerber zu rechnen“⁴

Im folgenden möchte ich mich auf die Gruppen beziehen, die für diese Arbeit relevant sind, nämlich Asylbewerber/innen und Personen mit Duldungsstatus.

2.1. Asyl und Asylbewerber/innen in Deutschland

Ein Asylbewerber ist ein Mensch, der einen Asylantrag an der Grenze oder bei einer Ausländerbehörde, der Polizei oder am Flughafen gestellt hat. Er oder sie sucht Schutz vor politischer oder sonstiger Verfolgung. Sie bekommt eine sogenannte Aufenthaltsgestattung, bis über ihren Asylantrag abschließend entschieden ist.

Im Juraforum-Lexikon werden Asylbewerber/innen wie folgt definiert:

„Als Asylbewerber werden Personen bezeichnet, die in einem fremden Staat um Schutz und Aufnahme vor Verfolgung (z. B. politisch) erbitten. In einem Verfahren prüft das „Bundesamt für Migration und Flüchtlinge“ gemäß dem Asylverfahrensgesetz (AsylVG), inwiefern für den Asylbewerber ein Asylanspruch besteht, ein Aufenthalt gemäß Genfer Flüchtlingskonvention“ (GFK) möglich ist, Gründe gemäß § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG vorliegen (z.B. Lebensgefahr, Foltergefahr, drohende Todesstrafe), die eine Abschiebung des Asylbewerbers verhindern.“⁵

Das „Genfer Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“ vom 28.07.1951 berechtigt jede Person um Asyl zu bitten, die die Verfolgung der eigenen Person aufgrund ihrer Rasse,
aufgrund ihrer Nationalität,
aufgrund ihrer Religion,
als Angehöriger einer spezifischen sozialen Gruppe,
aufgrund ihrer politischen Ansicht rechtfertigen kann (Art. 16 GG).

² Macek M.: Gesundbleiben in der Fremde - Aspekte der Suchtproblematik bei Migrant/-innen. In: Suchtprävention mit MigrantInnen. Dokumentation. Fachtagung vom 03.12. bis 04.12.1997. Landschaftsverband Rheinland, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, ginko,Köln, Münster, Mülheim 1997, S. 2 - 13.

³ Akgün L.: Psychokulturelle Hintergründe türkischer Jugendlicher der zweiten und dritten Generation. In: Lajjos, Konstantin (Hg.): Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik. Integrationsprobleme ausländischer Familien und die seelischen Folgen. Leske + Buderich, Opladen 1993, S. 55 - 70.

⁴ Collatz, J.: Kernprobleme des Krankseins in der Migration - Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, Matthias, Borde, Thea und Heribert Kentenich (Hg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main 1998, S. 33 - 58.

⁵ <http://www.juraforum.de/lexikon/asylbewerber> (zuletzt gesehen 20.11.2013)

Dazu muss sie sich außerhalb ihres Wohnsitzstaates befinden, dessen Staatsangehöriger sie ist.

Zur Bitte um Asyl ist eine Person ferner berechtigt, wenn sie in ihrem Heimatland nicht um Schutz bitten will oder aus den oben genannten Gründen ein Schutz von vornherein im Heimatland ausgeschlossen ist.

Aber auch Staatenlose, die sich aus den obigen Gründen nicht in ihrem Wohnsitzstaat aufhalten bzw. dorthin zurückkehren können oder wollen, gelten als Flüchtlinge.

Eine asylrelevante Verfolgung wird allerdings nicht durch jede negative Maßnahme dargestellt. Vielmehr muss es sich um eine zielgerichtete Rechtsgutverletzung handeln, die sich intensiv gegen den Asylbewerber richtet, um ihn von der Gemeinschaft auszugrenzen. Dabei müssen diese Maßnahmen so schwerwiegend sein, dass die Menschenwürde des Asylbewerbers verletzt wird und weit über das Maß hinausgeht, das in dem jeweiligen Staat üblicherweise hingenommen werden muss. Grundsätzlich ausgeschlossen werden allgemeine Notsituationen (z. B. Armut, Naturkatastrophen, Bürgerkrieg), wobei allerdings subsidiärer Schutz in Betracht gezogen werden kann.“⁶

In Deutschland werden Asylbewerber/innen nach dem sog. Königsteiner Schlüssel „umverteilt“, egal wo sie ankommen, wobei jedes Bundesland/Gemeinde eine bestimmte Anzahl von Asylbewerber/innen, gemessen an der Einwohnerzahl, aufnehmen muss. In jedem Bundesland bzw. auch Regierungsbezirk gibt es Erstaufnahmeeinrichtungen, von denen aus die neu gekommenen Asylbewerber/innen dann weiter in die Kommunen geschickt werden. Dort leben sie meist in sogenannten Heimen („Gemeinschaftsunterkünfte“), zum Teil auch in Wohnungen.

Das Asylverfahren wird durchlaufen. An dessen Ende wird entweder Asylrecht nach § 16 Grundgesetz gewährt (nur für einen sehr kleinen Teil der Antragsteller/innen), „Anerkennung als Asylberechtigte nach Artikel 16 a Grundgesetz oder Anerkennung nach § 60 (1) AufenthG-GFK: In den letzten zehn Jahren erhielten im Schnitt knapp 2% der Asylsuchenden“⁷ oder der Antrag wird abgelehnt. Nach einer Ablehnung durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge kann beim Verwaltungsgericht

⁶ <http://www.juraforum.de/lexikon/asylbewerber> (zuletzt gesehen 20.11.2013)

⁷ <http://www.proasyl.de/de/themen/basics/basiswissen/wer-erhaelt-asyl/> (zuletzt gesehen 21.12.2013)

Klage eingelegt werden. Erst wenn die Klage abgewiesen oder ohne weitere Möglichkeiten Rechtsmittel einzulegen negativ beschieden wurde, ist das Verfahren beendet.

Im Anschluss an das Verfahren erhält der Asylantragsteller entweder den Flüchtlingsstatus nach Grundgesetz, nach der Genfer Konvention oder eine sogenannte „Duldung“.

In der Praxis ist es so, dass Asylbewerber/innen oftmals jahrelang Duldungen haben, bevor sie dann doch das Land verlassen sollen. Auf der anderen Seite können viele, deren Antrag anfangs abgelehnt wurde, dann doch bleiben.

2.2. Duldung

Die Duldung ist eine vorübergehende Aussetzung der Abschiebung und stellt damit keinen wirklichen Aufenthaltstitel dar. § 60a Aufenthaltsgesetz regelt, wer eine Duldung erhält.

Im Juraforum-Lexikon wird der Begriff Duldung wie folgt definiert:

„Die Duldung wird bei ausreisepflichtigen Ausländern angewendet und beschreibt eine "vorübergehende Aussetzung der Abschiebung"⁸.

Die unklare Natur der Duldung – zwischen Aufenthaltstitel und Ausreisepflicht – wird wie folgt umschrieben:

„Es handelt sich hierbei aber um keinen Aufenthaltstitel. Betroffenen Ausländer/innen ist somit auch kein rechtmäßiger Aufenthalt gestattet. Durch den § 60a AufenthG wird geregelt, wessen Aufschiebung ausgesetzt wird. Entsprechend wird dann eine Duldung genehmigt. Generell ist die Duldung primär dazu gedacht, um einem Ausländer zu bescheinigen, dass er ausländerbehördlich registriert wurde. Darüber hinaus wird die Ausreisepflicht für einen bestimmten Zeitraum verschoben. 1 Nr. 2

⁸ <http://www.juraforum.de/lexikon/asylbewerber> (20.11.2013)

AufenthG. Es können auch Nebenbestimmungen oder Auflagen mit einer solchen Duldung verbunden werden. Reist der Ausländer aus Deutschland aus, erlischt automatisch auch die Duldung. Somit ist der Betroffene in der Folge auch nicht mehr berechtigt, wieder in Deutschland einzureisen.“⁹

Es gibt verschiedene Formen der Duldung; entgegen der Aussage des obigen Zitates bieten einige Arten der Duldung dennoch einen relativ großen Schutz vor Abschiebung, während andere tatsächlich nur von kurzer Dauer sind. Generell ist es schwer, die Sicherheit des Aufenthaltes zu bestimmen, wenn jemand eine Duldung hat; sicherer ist es, den ausgestellten Bescheid anzuschauen, da in diesem der entsprechende Paragraf vermerkt ist, der Aufschluss geben kann.

Für die Praxis heißt das, dass es nicht ausreicht festzustellen, dass jemand eine Duldung besitzt, sondern dass im Einzelfall immer geschaut werden muss, welcher Art diese Duldung ist und ob sie den Aufenthalt eines Menschen tatsächlich begründet oder nicht.

Unter bestimmten Voraussetzungen werden Menschen aus der Bundesrepublik ausgewiesen. Eine große Rolle spielen dabei Straftatbestände, die im Zusammenhang mit Drogen stehen.

„Nach § 45 Abs. 1 AuslG kann ein Ausländer ins besonders ausgewiesen werden, wenn er Heroin, Kokain oder ein vergleichbar gefährliches Betäubungsmittel verbraucht und nicht zur einer erforderlichen Rehabilitation dienenden Behandlung bereit ist oder sich ihr entzieht. (§46 Abs. 1 N.4 AuslG)“¹⁰

3. Sucht

3.1 Definition der Begriffe Sucht und Abhängigkeit

Nach Wilhelm Feurlein ist „Der Begriff der Sucht ... etymologisch mehrdeutig. Sucht ist einmal gleichbedeutend mit Krankheit (z.B. Wassersucht, Gelbsucht), zum anderen hat sie die Bedeutung eines Lasters (z.B. Habsucht, Eifersucht).“¹¹

⁹ <http://www.juraforum.de/lexikon/asylbewerber> (20.11.2013)

¹⁰ Bahman Nirumand(1996): Drogen und Migration. Dokumentation der Anhörung am 4.3.1996 zur Situation drogenabhängiger und -gefährdeter junger Menschen ausländischer Herkunft in Frankfurt a.M., Bonn (Forum Verlag Godesberg), S 43

¹¹ Feurlein, Wilhelm: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, 2008 S.4

Michael Supp definiert Sucht folgendermaßen:

„Der Begriff Sucht ist weit gefasst. Man unterscheidet zum einen stoffgebundene Abhängigkeiten infolge einer psychotropen Substanz und zum anderen sogenannte Tätigkeitssüchte wie Spiel- oder Kaufsucht, die heute unter dem Begriff der Störungen der Impulskontrolle fallen“¹².

Die DHS definiert Abhängigkeit wie folgt: „Eine Abhängigkeitserkrankung liegt vor, wenn in dem letzten Jahr drei oder mehr der folgend angeführten Symptome gleichzeitig erfüllt waren: ein starker Wunsch bzw. eine Art Zwang, die Substanz einzunehmen; Kontrollverlust bzgl. Menge, Beginn und Ende des Konsums; körperliche Entzugssymptome bei Beendigung des Konsums; Toleranzerhöhung; Vernachlässigung sozialer Interessen; Fortführung des Konsums trotz eindeutig schädlicher Folgen“¹³.

Nach Dietmar Czycholl 2005 wird Sucht folgendermaßen beschrieben: „Sucht kommt nicht von suchen und auch nicht von siech. Viel mehr haben siech und sucht wohl gleiche Wurzeln: suk oder suh, was im Altdeutschen etwa seufzen, schmachten bedeutet, Im Neuhochdeutschen wurde Sucht besonders in zwei verschiedenen Zusammenhängen verwendet: überhaupt für Krankheiten, insbesondere für langwierige Krankheiten mit allmählichem Hinschwinden der Kraft (Fallsucht, Schwindsucht etc.), und für heftiges Verlangen, für leidenschaftliche Begierden (Eifersucht, Herrschaftsucht etc.).

Im neunzehnten Jahrhundert werden die beiden Bedeutungskreise zusammengeführt in der Bezeichnung des zwanghaften, gierigen und krankhaften Gebrauchs von Alkohol: Trunksucht (Brühl-Cramer, 1819). Bis in die neunziger Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts wird unter dem Begriff Sucht vor allem der pathologische Umgang mit Alkohol und anderen Rauchmitteln verstanden. Aber auch pathologische Bindung an andere Mittel oder auch an bestimmte Tätigkeiten (Arbeitssucht, Spielsucht etc.) wird als Sucht bezeichnet. In den wichtigen Diagnosesystemen wird einigen Jahren auf den Suchtbegriff verzichtet, zugunsten

¹² vgl. DHS, 2003a, S.9

¹³ vgl. ebd., S.55

des Begriffs der Abhängigkeit, des Abhängigkeitssyndroms bzw., der Abhängigkeitserkrankung.“¹⁴

Die vorliegende Arbeit legt den Fokus auf substanzbezogene Süchte, die in der hier untersuchten Gruppe am häufigsten auftreten und die größten gesundheitlichen Auswirkungen haben.

3.2. Entwicklung von Sucht und Abhängigkeit

3.2.1 Konsumsituation

„Jeder vierte Erwachsene 26,5% im Alter von 18 bis 64 Jahren hat schon einmal eine illegale Droge probiert. Dabei handelt es sich überwiegend um Cannabisprodukte. 7,4% der Erwachsenen probierten bereits andere illegale Substanzen wie Heroin, Kokain oder Amphetamine, deren aktueller Konsum in den vergangenen 30 Tagen mit 0,6% bei den Erwachsenen wesentlich geringer ausfällt. Dabei nehmen Männer deutlich öfter illegale Drogen zu sich als Frauen; gleichzeitig konsumieren jüngere Erwachsene unter 30 Jahren häufiger illegale Substanzen als ältere Erwachsene.“¹⁵

Im selben Bericht findet sich die folgende Aussage bezüglich des Drogenkonsums Jugendlicher: „7,2 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren machten bereits Erfahrungen mit illegalen Drogen (Drogenaffinitätsstudie 2011). Insgesamt 4,9 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren konsumierten auch in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung (12-Monats-Prävalenz) eine illegale Droge, von denen wiederum weniger als die Hälfte 2,0% berichten, dass dieser Konsum nicht länger als 30 Tage zurückliegt 30-Tage-Prävalenz. Ein regelmäßiger Konsum illegaler Drogen ist für etwa jeden hundertsten Jugendlichen festzustellen.“¹⁶ Insgesamt 0,9% der 12- bis 17-Jährigen geben an, in den letzten zwölf Monaten eine illegale Droge mehr als zehnmal genommen zu haben. Auch hier zeigt sich, dass diese Erfahrungen wesentlich durch Cannabis bestimmt sind.

Bei Kindern und Jugendlichen gilt: Je jünger sie sind, desto seltener haben sie illegale Drogen konsumiert, Mädchen deutlich seltener als Jungen. Dabei zeigt sich unabhängig vom Geschlecht die Tendenz, dass Konsumenten legaler Suchtmittel wie Alkohol, Zigaretten oder Shisha häufiger bereits illegale Substanzen probierten

¹⁴ Dietmar Czycholl 2005 Information zu Sucht und Migration, S. 9

¹⁵ Der folgende Abschnitt bezieht sich auf Ausführungen in <http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illegale-drogen/heroin-und-andere-drogen/situation-in-deutschland.html>

¹⁶ <http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illegale-drogen/heroin-und-andere-drogen/situation-in-deutschland.html>

oder regelmäßig konsumieren. Nach Cannabis steht der Konsum von Ecstasy, Kokain und Amphetaminen bei dieser Altersgruppe im Vordergrund, wobei die einzelnen Konsumprävalenzen dieser drei Substanzen unter einem Prozent liegen. Schätzungen zufolge konsumieren insgesamt etwa 200.000 Personen in Deutschland illegale Substanzen (ohne Cannabis) risikoreich, die Mehrheit davon injiziert Heroin.

Detaillierte Zahlen zum Konsum illegaler Drogen in Deutschland können dem jährlich von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogensucht (DBDD) veröffentlichten REITOX-Bericht entnommen werden.

3.2.2. Drogentodesfälle

Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle sank im Jahr 2012 auf 944 Personen und damit auf den niedrigsten Stand seit 1988. Die höchsten Anteile an der Gesamtzahl entfielen auf die bevölkerungsreichsten Länder Bayern 23 Prozent und Nordrhein-Westfalen 22 Prozent. Gemessen an den Einwohnerzahlen waren wie im Vorjahr Berlin und Hamburg am stärksten belastet. 81 Prozent der Rauschgifttoten waren Männer, 19 Prozent Frauen. Der Altersdurchschnitt aller Drogentoten lag mit knapp über 37 Jahren nur unwesentlich über dem des Vorjahres.

75.400 Opiatabhängige erhalten laut Substitutionsregister¹⁷ in Deutschland eine Substitutionsbehandlung (Stand: 1. Juli 2012). Durch die Behandlung mit einem Ersatzstoff, zumeist Methadon, haben die Betroffenen die Chance, sich zunächst gesundheitlich und sozial zu stabilisieren und sich dann beruflich zu rehabilitieren.

3.2.3. Rauschgiftkriminalität

„Im Jahr 2012 wurde ein deutlicher Anstieg der Sicherstellungen von kristallinem Methamphetamin (Crystal) verzeichnet. Mit insgesamt 3.512 Sicherstellungsfällen gab es rund doppelt so viele wie bei Ecstasy. Bei Amphetamin dagegen wurden auf jeweils hohem Zahlenniveau eine geringere Zahl an Sicherstellungsfällen und eine niedrigere beschlagnahmte Gesamtmenge verzeichnet.

Deutlicher gestaltet sich der Rückgang der Fallzahl und der Sicherstellungsmenge

¹⁷ http://www.unikl.de/suchtberatung/Sucht_und_Abhangigkeit/sucht_und_abhangigkeit.html.

bei Heroin. In weit höherer Frequenz als auf dem Seeweg wurde Kokain per Luftpost oder mittels Flugkurieren aus Südamerika nach Deutschland geschmuggelt. Die Mehrzahl der Sicherstellungen erfolgte im Transit am Flughafen Frankfurt/Main. Die Herstellung synthetischer Drogen – überwiegend von Methamphetamin – findet in Kleinlaboren statt. 2012 ist die Anzahl der sichergestellten Labore leicht angestiegen. Heroin und Kokain wird vollständig aus dem Ausland bezogen. Die Zahl der erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKhD) sank um 8.2 % im Jahr 2012 auf 19.559 Personen im Vergleich zum Vorjahr. Während die Zahlen der erstauffälligen Konsumenten von Heroin, Kokain, Crack und Meth-/Amphetaminen sanken, stieg die Zahl der erstauffälligen Ecstasy-Konsumenten deutlich an¹⁸.

4. Drogengebrauch unter Muslimen

4.1. Muslim/innen - eine spezifische Zielgruppe der Suchtberatung für Asylbewerber

Die Frage zu beantworten, ob es Unterschiede beim Drogenkonsum bzw. demzufolge auch bei der Unterstützung und Behandlung zwischen muslimischen und nichtmuslimischen Klienten gibt, könnte interessant sein für eine spezifische Herangehensweise an die Suchtberatung für muslimische Klient/innen. Anders gefragt, kann die religiöse Einstellung der Klienten eine Hilfe bei der Bewältigung von Suchtproblemen sein?

4.2. Islam und suchterzeugende Substanzen

Generell hat in islamischen Gesellschaften die Ethik (arab. Achlaq) eine große Bedeutung:

„Achlaq ist das gängige arabische Wort für Ethik, ist in der Tat eine passende Parallele zu dem griechischen Terminus Ethik und dem lateinischen mores (wovon der Begriff Moral hergeleitet wird). Alle 3 Begriffe sind Substantive, die mit Bräuchen und korrektem Verhalten zusammenhängen.“¹⁹

¹⁸ <http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illlegale-drogen/heroin-und-andere-drogen/situation-in-deutschland.html>.

¹⁹ http://othes.univie.ac.at/12149/1/2010-11-10_0647825.pdf: Ethik im Alltag muslimischer Jugendlicher, Masterarbeit

Die Ethikwissenschaft im Islam, wie auch in anderen Religionen/Denksystemen, beschäftigt sich mit dem Menschen und seinen Eigenschaften wie Verstand, Gewissen, Wille sowie mit Gefühlen und Emotionen: Wut, Geschlechtlichkeit, Auffassungen von Ehe, Familie, die Stellung von Frau und Mann und deren Reflektion in den menschlichen Handlungen. Der Prophet Muhammad sagte: „Ich wurde gesandt, um die ethischen Tugenden zu vervollkommen.“

Diese Aussage beschreibt das Ziel der Ethik. Deren Aufgabe besteht darin, die Menschen zu befähigen, sich tugendhafte Eigenschaften anzueignen. Ethik soll dem Menschen die Fähigkeit verleihen, das Gute vom Bösen zu unterscheiden. Die Worte Gottes bestätigen die Fähigkeit des Gesandten Muhammad dank seiner gelobten Eigenschaften, die Tugenden zu vervollständigen, indem sie lauten: „Und du vertrittst ein hohes Ethos“ (68: 4). „Und wir haben dich nur deshalb (mit der Offenbarung) gesandt, um den Menschen in aller Welt Barmherzigkeit zu erweisen“²⁰ (21:107).

4.2.1. Das Alkoholverbot im Islam

Das Alkoholverbot im Islam ist bei weitem nicht so klar und strikt, wie es aus westlicher Sicht meist angenommen wird. Taner Yüksel schreibt dazu: „Das [absolute Alkoholverbot] hat im Laufe der islamischen Geschichte viele Gläubige nicht davon abgehalten, sich dem Genuss von Wein und anderen Rauschmitteln hinzugeben, obwohl das offizielle Dogma sich in das Extrem entwickelte, nachdem sogar der Besitz, der Handel und die Einnahme von alkoholischen Getränken ... verboten ist.“²¹

Historisch gesehen war der Genuss von Alkohol und Drogen im Orient weit verbreitet; Berichte über Haschisch-, Opium- und Alkoholgenuss gibt es zahlreiche (z.B. der Sufial-Yanbu'i: "Nehme ich Haschisch, wird mein Raum zur Moschee")²² sowie ein gesamtes Genre, die sogenannte Weindichtung, beschäftigt sich mit den positiven Auswirkungen des Weingenusses. Mit der beginnenden Ausbreitung und Konsolidierung islamischer Reiche begann der Prozess der Verdrängung des Alkohols. Dieser erfolgte schrittweise: „Wie auch in anderen Bereichen hat allem Anschein nach auch beim Thema, Alkoholverbot‘ im Islam eine allmähliche

²⁰ Die folgenden Ausführungen sind angelehnt an Schirmacher, Christine: Das Alkoholverbot im Islam. www.islaminstitut.de

²¹ Yüksel, Taner, S.33

²² Sufis sind islamische Mystiker

Entwicklung vom allgemein verbreiteten Alkoholgenuss bis hin zu seiner scharfen Verurteilung stattgefunden.²³

Wesentliche Quellen für islamische Gebote sind der Koran, die Hadithe²⁴ und der Analogieschluss (Idjmaa), bei dem durch die Herstellung von Analogien zu anderen Suren des Korans Antworten zu Fragen des modernen Lebens gefunden werden sollen, zu denen im Koran keine Antworten gefunden werden konnten.

Im Koran werden die Suren (Verse) unterschieden nach dem Alter; dieses erkennt man aber nicht anhand der Anordnung der Suren, so dass bei jeder Sure geschaut werden muss, wann sie entstanden ist.

Eine gewisse Vielfalt („Ambiguität“) von Auffassungen, Geboten und Meinungen, die von der modernen Wissenschaft als widersprüchlich wahrgenommen wird, ist daher im Koran überall zu finden.²⁵

Es finden sich im Koran daher auch widersprüchliche Suren, die sich mit dem Weingenuss beschäftigen.

Einerseits werden Weinstöcke als Schöpfung Gottes dargestellt:

„Er ist es, der aus den Wolken Wasser herniederkommen lässt. Damit lässt er das Getreide wachsen, und die Ölbäume, Datteln und Weinstöcke“ (16,10-11).

Sehr bekannt ist auch die Darstellung des Paradieses, wo den Gläubigen neben Früchten und Fleisch auch „Ströme von Wasser, Milch, Wein und Honig“ (47,15) versprochen werden.

Einige Einschränkungen beim Weingenuss werden in jüngeren Suren angemahnt: So ist in Sure 4,43 zu finden, dass man beim Beten nicht betrunken sein sollte. In der Sure 2,219 wird zwar auch der Nutzen von Weingenuss und Glücksspiel erwähnt, aber die Sünde wird als größer als der Nutzen dargestellt.

²³ Schirmmacher, Christine: Das Alkoholverbot im Islam. www.islaminsitut.de, S.1

²⁴ <http://islamische-datenbank.de/Al-Bayan>: Hadithe sind die gesammelten Aussprüche des Propheten Mohammad

²⁵ Bauer, Thomas: Die Kultur der Ambiguität. Eine andere Geschichte des Islam. Verlag der Weltreligionen, S.54 ff.

Die zuletzt offenbarte Stelle spricht dann davon, dass „Wein, Glücksspiel, Opfersteine und Lospfeile... ein Gräuel und des Satans Werk“ seien. Die hierfür angebrachte Begründung ist, dass der Satan durch Wein und Glücksspiel Feindschaft und Hass zwischen den Menschen säen möchte und die Menschen damit von Gebeten und vom Gedenken Gottes abhält.

In den Hadithen wird von Bukhari berichtet, dass der Engel Gabriel bei seiner Himmelsreise dem Propheten Muhammad zwei Trinkgefäße angeboten habe, eines mit Milch und eines mit Wein, Muhammad ergriff das Gefäß mit Milch. Darauf sagte Gabriel zu ihm „Hättest du Alkohol genommen, wäre deine Gemeinde irregegangen!“.

„Wer daher seine Tochter einem brutalen Menschen, einem Sünder, Ketzer oder Weintrinker zur Frau gibt, der versündigt sich gegen seine Religion und zieht sich den Zorn Gottes des Allmächtigen zu“, so der islamische Theologe Al-Ghazzali (11.Jh.).

In der heutigen Zeit gilt ein Verbot des Alkohol unter Theologen mehr oder weniger als unumstritten, obwohl der Alkohol genau genommen nicht als Haram (also absolut verboten) gilt, sondern als Makruh (also verwerflich), was eine Abstufung darstellt.

Wichtig zu erwähnen ist darüber hinaus, dass die Sufis, die islamischen Mystiker, über Wein und andere Drogen schrieben, um Gott näher zu kommen. Der bekannteste islamische Mystiker, Mevlana (in Europa eher unter dem Namen „Rumi, bekannt), schrieb z.B. folgendes Gedicht:

Mit deiner Seele hat sich meine
Gemischt, wie Wasser mit dem Weine.
Wer kann den Wein vom Wasser trennen,
Wer dich und mich aus dem Vereine?
Du bist mein großes Ich geworden,
Und nie mehr will ich sein dies kleine.
Du hast mein Wesen angenommen,
Sollt' ich nicht nehmen an das deine?

Unklar ist aber geblieben bzw. gibt es verschiedene Antworten zu der Frage, ob der Wein, von dem die Mystiker sprechen, metaphorischer Wein ist oder realer.

Durch das Alkoholverbot wurde aber der heimliche Konsum gefördert. Yüksel schreibt dazu: „Zusammenfassen lässt sich sagen, dass das Weinverbot das oft auf andere berauschende Mittel erweitert wurde, den heimlichen oder den von der breiten Öffentlichkeit versteckten Konsum befördert hat.“²⁶

4.2.2. Islam und Drogen

Es herrscht generell eine große Übereinkunft islamischer Gelehrter, dass Drogen selbstverständlich für Muslim/innen verboten sind. Alles, was für den menschlichen Körper schädlich ist und sich auf Unversehrtheit von Körper und Geist negativ auswirkt, ist verboten. Das arabische Wort „Khamr“, oft mit Wein übersetzt, umfasst letztendlich alle berauschenden Substanzen, also auch Drogen. Ob das Verbot auf Zigaretten ausgeweitet werden kann, ist umstritten.

4.2.3. Wahrnehmung von Alkohol- und Suchtprobleme in muslimisch geprägten Gesellschaften

Da Sucht und ihre Betrachtung und Bewertung von Abhängigen kein überkulturelles Phänomen ist, sondern im starken Maße historisch und regional unterschiedlich ist, möchte ich mich nun der Bewertung von Abhängigkeit und Sucht im islamischen Kontext im Vergleich zur Bewertung im westeuropäischen Kontext widmen.

Der größte Unterschied ist wohl der, dass die hierzulande stark vorherrschende Trennung zwischen „Alkohol“ und „Drogen“ im muslimischen Kontext mehr oder weniger aufgehoben ist. Alkohol gilt im Westen - trotz der immer wieder betonten Gefährlichkeit - nach wie vor als eine kulturell anerkannte und zum Alltagsleben zugehörige Droge. Menschen, die keinen Alkohol trinken, aus welchen Gründen auch immer, werden sehr oft skeptisch betrachtet und oft auch gefragt, warum sie keinen Alkohol trinken. Im muslimischen Kontext ist es umgekehrt: derjenige oder diejenige, die Alkohol trinkt, muss dies rechtfertigen.

²⁶ Yüksel, Taner, S. 35

Die Scharia, die islamische Gesetzgebung, sieht für den Genuss von Alkohol und Drogen eine Strafe zwischen 40 und 80 Stockschlägen vor. Natürlich wird diese Art von Strafe nirgendwo auf der Welt durchgesetzt. Die Erhältlichkeit von Alkohol in der Öffentlichkeit ist in den verschiedenen islamisch geprägten Ländern sehr unterschiedlich, je nach Ausrichtung der jeweiligen Regierung: erhält man in der Türkei, in Syrien, Jordanien, Ägypten, dem Irak und vielen anderen islamisch geprägten Ländern relativ problemlos Alkohol in Geschäften, während z.B. im Iran oder Saudi-Arabien Alkohol schwerer erhältlich ist. Allerdings muss gesagt werden, dass es auch in einigen europäischen und den USA Einschränkungen gibt, was Verkauf und öffentlichen Konsum von Alkohol betrifft.

Was andere Drogen betrifft, so sind viele Drogen, die in Deutschland verbreitet sind, auch in muslimischen Ländern verbreitet; schwerer ist es hier, eine Statistik zu erhalten, da das Thema stark tabuisiert ist. Neben Haschisch, das in besonders starkem Maße in Nordafrika verbreitet ist und auch in verschiedenen Ländern angebaut wird (Libanon, Afghanistan), gibt es auch andere regional zu findende Drogen, wie beispielsweise Qat (oder Kat, Kath) im Jemen. Die amphetaminartig wirkenden Blätter des Qat-Strauches werden gekaut und sind äußerst stark im Jemen und in einigen anderen Ländern verbreitet.

In vielen muslimischen Ländern gibt es wenig bis gar keine Hilfsangebote für Drogenabhängige, oft wird versucht, das Thema innerhalb von Familien zu klären oder zu verschweigen. Strategien für Drogenabhängige sind daher oft auf den privaten Bereich begrenzt. In Familien wird wenig bzw. gar kein Alkohol getrunken. Wenn man trinken möchte, dann eher mit Freunden heimlich oder in anderen Städten/auf Ausflügen etc.

Kinder wachsen nicht mit alltäglichem Alkoholkonsum ihrer Umwelt auf. Fragen, die sich daraus ergeben: sind einwanderte Muslime anfälliger für Drogen, weil sie plötzlich Zugang zu allem haben? Welche Rolle spielt Kultur, welche Rolle spielt Migration?

4.3. Umgang von Muslim/innen in Deutschland mit dem Alkohol- und Drogenverbot

Aus einer Studie des Bundesamtes für Migration²⁷ aus dem Jahre 2009 geht folgendes hervor:

Interessant ist, inwieweit Muslime Religiosität überhaupt leben bzw. sich allgemein an Gebote und Verbote halten. 50% der in Deutschland lebenden Muslime geben an, eher gläubig zu sein, 36% bezeichnen sich als sehr gläubig. Knapp über 80% der in Deutschland lebenden Muslime geben an, sich an die Speise- und Getränkevorschriften zu halten, wobei hier nach Herkunftsländern zu differenzieren ist: die höchste Zustimmung in dieser Frage findet sich bei Muslimen aus Nordafrika 85,8%, gefolgt von der Türkei 84,9% sowie Süd-/Südostasien 84,2%. Der niedrigste Wert ist bei Muslimen aus dem Iran mit 25% zu finden.

Dennoch kann ich aus meinem persönlichen Erleben sagen, dass in Deutschland lebende Muslime sich eher an das Verbot des Schweinefleisches halten als an das Alkoholverbot, da es zahlreiche Möglichkeiten gibt, andere Fleischsorten zu essen, aber Alkohol nicht so einfach ersetzt werden kann.

Als Fazit kann man festhalten, dass im Islam kein großer Unterschied zwischen Alkohol und anderen Drogen gemacht wird und dass beide durch religiöse Vorschriften verboten sind. Allerdings hält sich nicht jeder Muslim an diese Vorschriften, so wie in anderen Religionen sich auch nicht alle Angehörigen dieser Religion an alle Vorschriften halten.

5. Migration und Sucht

5.1 Zusammenhänge zwischen Migration und Sucht und Risikofaktoren

Nach Czycholl 2005 S.38 „ist Migration eine der Situationen im Leben, die den Untergang einer Welt bedeutet – der Welt, die der Migrant im Laufe seiner

²⁷ Studie des Bundesamtes für Migration <http://www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/566008/publicationFile/31710/>
„Muslimisches Leben in Deutschland

Entwicklung gestaltet hat. Diese Welt besteht aus allen denkbaren Elementen der Herkunftsumgebung, Beziehungen, Bindungen, Gewissheiten, Vorstellungen usw. Mit der Migration steht der Migrant vor einer neuen Aufgabe: eine neue Wirklichkeit zu konstituieren. Auch dieser Prozess ist eine Krise, in der sich entscheidet, ob die Entwicklung einer neuen Welt gelingt oder scheitert. Symptome des Scheiterns können Krankheit, Tod, Stagnation, Rauschmittelkonsum oder Desintegration sein²⁸

Natürlich liegen auch Ressourcen in der Migration, und manche/r hat überhaupt keine oder wenig Probleme damit, sich ein neues Umfeld zu schaffen und darin zu bestehen. Auf keinen Fall soll hier eine zwingende Kausalität zwischen Migration und Sucht behauptet werden.

Neben schlechten Wohnverhältnissen, sozialräumlicher Segregation und Aufwachsen in ethnischen Gettos können Jugendliche mit Migrationshintergrund im Laufe ihrer Biografie zahlreiche Diskriminierungserfahrungen erleben. „Die Erfahrung von Diskriminierung ist bei äußeren Anpassungsleistungen wie Sprache und Schulbildung immer schmerzlicher zu verarbeiten²⁹. Auch dies gilt natürlich nicht für alle, sondern es muss auch bei Migrant/innen die soziale Herkunft und der Erfolg in Deutschland einbezogen werden.

Boos-Nünning und Otyakmaz geben drei wichtigste Faktoren an, die für die Drogengefährdung von Jugendlichen ausländischer Herkunft ursächlich sind:

„der Kulturkonflikt als Leben zwischen zwei Kulturen, die Marginalisierung in Form schlechter schulischer Optionen, Arbeitslosigkeit und Perspektivlosigkeit, weniger deutlich der Verlust an Stabilität, besser bezeichnet als der Verlust von protektiven Faktoren³⁰.

Zu dem zuerst angeführten Grund, dem Leben zwischen zwei Kulturen, muss an dieser Stelle kritisch angemerkt werden, dass dies an sich kein Risikofaktor ist. Kulturelle Hybridität wird heute mehr und mehr ressourcenorientiert gesehen und im Gegenteil als Chance angesehen. Was allerdings in diesem Zusammenhang als Risikofaktor angenommen werden kann, ist die Reaktion der Umgebung auf die

²⁸ Czycholl, D. (2005): Informationen zu Sucht und Migration, in: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.): Sucht Migration Hilfe, Geesthacht, Neuland, Seite 38.

²⁹ Boos-Nünning U., Otyakmaz B. (2002): Migration und Sucht, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/II Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden, Nomos, Seite 48ff.

³⁰ Boos-Nünning U., Otyakmaz B. (2002): Migration und Sucht, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/II Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden, Nomos, Seite 26ff.

Bikulturalität, nicht diese selbst. Daher ist der dahinterliegende Grund eher die Diskriminierung als die Bikulturalität.

Sicherlich ist aber auch möglich, dass in dem Fall, wo die Normen der deutschen Umgebung sehr stark mit denen der Familie kollidieren, es möglich ist, diesen Konflikt als Risikofaktor anzuführen.

In den letzten Jahren ist eine Generation von Migrant/innen herangewachsen, deren Bildungs- und Lebenserfolge zwar hart erkämpft, aber immer größer werden. Es ist wichtig, dies nicht aus den Augen zu verlieren und nicht einer Verelendungstheorie das Wort zu reden. Auf jeden Fall muss in jedem einzelnen Fall geschaut werden, ob und inwiefern der Migrationshintergrund eine Rolle bei der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen spielt.

Die folgende Übersicht ist entnommen aus einer Dokumentation des Landesentrums für Zuwanderung in Nordrhein-Westfalen von 2002. Die Aufstellung ist eine der umfassendsten und am besten recherchierten, die in der Literatur zu finden sind, deshalb übernehme ich sie für diese Arbeit.

Mehrere Autoren heben unterschiedliche Problemlagen für Migrant/innen hervor, welche sie mit deren erhöhtem Suchtrisiko in Verbindung bringen. Diese wirken - zuzüglich weiterer spezifischer Faktoren, auch im Falle von Asylbewerber/innen:

- „Unbewältigte Entwicklungsaufgaben und wenig realistische Zukunftsperspektiven erhöhen die Suchtgefährdung von Migranten“³¹ Macek 1997.
- „Dem Drogenkonsum der Migrant/innen wird die Funktion eines Ventils im Umgang mit erfahrenen Diskriminierungen zugeschrieben.“³² Kavasoglu 1995.

³¹ Macek M.: Gesundbleiben in der Fremde - Aspekte der Suchtproblematik bei Migrant/-innen. In: Suchtprävention mit MigrantInnen. Dokumentation. Fachtagung vom 03.12. bis 04.12.1997. Landschaftsverband Rheinland, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, ginko, Köln, Münster, Mülheim 1997, S. 2 - 13.

³² Kavasoglu M.: Beratung und Behandlung suchtmittelabhängiger Immigranten. In: Sucht kennt keine Ausländer. 13. Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung am 08. Dezember 1993. Dokumentation. Hg.: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen. 3. Auflage, Münster 1995. S. 47 - 50.

- „Verwahrlosungstendenzen werden deutlich bei der Bandenbildung mit Vandalismus, Gewalt untereinander, Alkohol- und Drogenkonsum“³³ Vormberg 2000, Tertilt 1996.
- „Als krankmachend und als Risikofaktor für den Drogenkonsum bei Migrant/innen angesehen wird die Migration besonders im Pubertätsalter, aber auch die Diskriminierung im Aufnahmeland“³⁴ van Bekkum 1999.
- „Die als aussichtslos empfundene Situation der Migrant/innen drückt sich in deren Drogenkonsum aus Schmidt 1998. Werden sie mit ihren Familien in ihrer Perspektiv- und Orientierungslosigkeit sich selbst überlassen, wird Sucht - neben Aggressionen und Kriminalität - als Folge davon sichtbar“³⁵ Ceschan 1997.
- „Je unsicherer die berufliche Zukunft der Migranten ist, je mehr sie vom Arbeitsmarkt ausgegrenzt werden, desto mehr sind sie auf tradierte Maßstäbe von Männlichkeit angewiesen, was sich auch im Umgang mit Suchtmitteln ausdrückt“³⁶ Kotter 2000.
- „Krick 1998 sieht einen Zusammenhang zwischen der mangelnden Sprachfähigkeit im Deutschen, dem Selbstbewusstsein und dem Drogenkonsum.“³⁷
- „Migration kann als ein Trauma angesehen werden mit der möglichen Folge einer Identitätsdiffusion“³⁸ Musa, Bebek 1997.
- „Beim Verlust von Bekanntem, von Freunden, Sprache, Kultur Beruf und Identität kann eine Schein-Lösung dieser Probleme im Konsum von

³³ Vormberg, J.: Gemeinwesenorientiertes Projekt mit jugendlichen Spätaussiedlern zur Förderung von Selbsthilfeinitiativen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit (Hg.): Beratungs- und Betreuungsarbeit für junge AussiedlerInnen. 38. Sozialanalyse. Bonn 2000, S. 61 - 64.

³⁴ Bekkum, D. van: Transitorische Anfälligkeit als Risikofaktor für Suchtverhalten – Ein interkulturelles Rahmenkonzept zur Prävention bei Jugendlichen. In: Salman R., Tuna S., Lessing A. (Hg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen, Psychosozial-Verlag 1999, S. 64 -88.

³⁵ Ceschan, G.: Zur Situation junger Spätaussiedler. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart 1997, S. 107 - 108.

³⁶ Kotter, U: 4 Jahre Clearing-Stelle „Übergang Schule - Beruf“ im JGW Lüneburg. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit (Hg.): Beratungs- und Betreuungsarbeit für junge AussiedlerInnen. 38. Sozialanalyse. Bonn 2000, S. 50 - 52

³⁷ Krick, E.: Therapeutinnen in der Arbeit mit Männern aus anderen Kulturkreisen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg i.Br., Lambertus Verlag 1998, S. 142 - 157.

³⁸ Musa, I., Bebek, M.: Gastarbeiter: Cardak ni na nebu ni na zemlji (Weder im Himmel noch auf Erden). In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart 1997, S. 116 - 120.

Suchtmitteln gesucht werden - eine Schein Beziehung, eine Schein-Sicherheit, eine Schein-Geborgenheit etc. wird so gefunden“³⁹

- „Sucht wird bei jugendlichen Ausländern als eine Suche nach einem Ausweg aus der Situation des Lebens zwischen zwei Kulturen oder Welten“⁴⁰
- „Der Drogenkonsum vieler jugendlicher Migranten wird auch vor dem Hintergrund der Fremdenfeindlichkeit von Teilen der deutschen Bevölkerung und politisch kaum geförderter Hilfen zur Bewahrung einer eigenen Identität der Migranten gesehen“⁴¹
- „Aus diesen Angaben ergeben sich Hinweise auf eine größere Suchtgefährdung von Migranten bei der problematische Integration in Deutschland, aber auch zum Teil bereits in deren Herkunftsländern. Migration als ein Life Event, als ein kritisches Lebensereignis, wirkt sich auf die Gesundheit des Menschen aus, sie kann die Suchtgefährdung erhöhen“⁴²

Neben den angeführten migrationsspezifischen Ursachen für den Drogenkonsum bei Menschen mit Migrationshintergrund gibt es verschiedene spezifische Ursachen für den Drogenkonsum von Asylbewerber/innen, die im Sinne von Risikofaktoren wirken und im nächsten Abschnitt beschrieben werden.

5.2. Spezifische Risikofaktoren für die Suchtgefährdung von Asylbewerber/innen

Kann man bei Migrant/innen im Allgemeinen keine direkte Kausalität herstellen, so sieht es doch bei Asylbewerber/innen und deren spezifischer Situation schon etwas anders aus; hier ist von einem ungleich höheren Risiko auszugehen. Natürlich wird

³⁹ Czycholl, D.: Abgleiten in Sucht. Migration, Rauschmittelsucht und Suchtkrankenhilfe. In: Der Ausländerbeauftragte der Landesregierung des Freistaates Thüringen (Hg.): Muss Fremdsein krank machen? Jahrestagung Migration 1996, 04.03. - 06.03.1996 Heiligenstadt, Dokumentation. Erfurt 1996, S. 45 - 48.

⁴⁰ Peterburs, H.: Die Entwicklung interkultureller Drogenarbeit in Regeldiensten – Vom Streetwork zur Drogenberatung. In: Salman R., Tuna S., Lessing A. (Hg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen, Psychosozial-Verlag 1999, S. 191 - 193.

⁴¹ Gruber, A.: Eindrücke und Erfahrungen aus der Arbeit mit drogenabhängigen jugendlichen Migranten. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart 1997, S. 109 - 111.

⁴² Tuna, S.: Entwicklungskrisen und migrationsbedingte Belastungen als Suchtgefährdungspotentiale jugendlicher Migranten. In: Salman R., Tuna S., Lessing A. (Hg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen, Psychosozial-Verlag 1999b, S. 89 - 102.

nicht jede/r Asylbewerber/in abhängig; viele schaffen es trotz schwieriger Situation, irgendwann ihren Weg zu gehen.

Faktoren, die bei Asylbewerber/innen über die oben genannten hinaus wirken, sind die folgenden, von Pro Asyl benannten Gründe:

„Ein Schlafplatz im Mehrbettzimmer, Gemeinschaftstoiletten und -duschen, zugeteilte Lebensmittel und Hygieneartikel oder Wertgutscheine, Altkleider aus der Kleiderkammer, ca. 1,30 Euro Bargeld pro Tag – ein Lebensstandard weit unterhalb der Hartz-IV-Grenze ist für viele Flüchtlinge in Deutschland jahrelange Realität.

Flüchtlinge, die in Deutschland einen Asylantrag stellen, werden streng nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Bundesländer und Kommunen verteilt. Fast immer ohne Rücksicht auf verwandtschaftliche oder sonstige Bindungen. Für viele fällt mit dieser Verteilung die Entscheidung, wo sie über Jahre hinweg leben müssen. Dabei wird nicht nur die Stadt vorgeschrieben, sondern auch der private Ort des Daseins: Schlaf- und Wohnraum, Möbel, Einkaufsmöglichkeiten, Nahrungsmittel.

Das Leben im Asylbewerberheim ist eine große Belastung: In den häufig kleinen Räumen, die mit mehreren Personen geteilt werden müssen, gibt es keine Privatsphäre. Unterschiedliche Lebensweisen und Tagesrhythmen führen zu permanentem Absprachebedarf und einer hohen Lärmbelastung.

Ausgegrenzt und isoliert sind Asylbewerber/innen, weitgehend ohne Teilhabemöglichkeiten und ohne Perspektiven. Als Asylsuchende oder Geduldete dürfen sie sich nicht frei bewegen (Residenzpflicht) und nur ausnahmsweise ihren Wohnort wechseln. Rechtliche und soziale Hürden erschweren es, Arbeit zu finden, eine Ausbildung oder ein Studium zu beginnen. Nur bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen gibt es medizinische Versorgung. Bewusst werden Flüchtlinge in oft abgelegenen und heruntergekommenen Lagern in Mehrbettzimmern mit Gemeinschaftstoiletten und -küchen untergebracht.

Die Residenzpflicht ist, wie das AsylbLG, eine der diskriminierenden Sonderregelungen, die Flüchtlinge vom gesellschaftlichen Leben ausgrenzen: Sie dürfen den zugewiesenen Landkreis bzw. das jeweilige Bundesland nicht ohne Erlaubnis verlassen.

Nach dem AsylbLG gibt es medizinische Versorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Asylsuchende und Geduldete sind nicht in der gesetzlichen Krankenkasse versichert. Sie können also nicht einfach zum Arzt gehen und sich behandeln lassen. Sie müssen erst einen Krankenschein beim Sozialamt beantragen.

Da das Asylbewerberleistungsgesetz regelt auch die medizinische Versorgung, ist es in der Regel für Asylbewerber/innen noch schwieriger als für alle anderen, einen Therapieplatz zu bekommen. Das Gesetz spricht dabei von "akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen" – das gilt in der Praxis als Einschränkung. Deshalb werden Flüchtlingen Krankenscheine, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel wie Brillen oder Krücken und vieles andere oft verweigert.

„§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.⁴³

Kosubek 1998 S.141 sagte, dass „Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt werden gewährt, so weit es sich um akute Erkrankungen handelt. Wenn sich

⁴³. http://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/_4.html 15.12.2013

Asylbewerber in Aufnahmeeinrichtungen befinden (§ 44 AsylVfG), dann sollten auch Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden.“⁴⁴

5.2.1. Spezifische Risikofaktoren für muslimische Asylbewerber/innen

Wie bereits festgestellt wurde, hält sich nicht jeder Muslim an die religiös bedingten Speisevorschriften Vorschriften und das Alkohol- und Drogenverbot.

Asylbewerber/innen sind durch die lange Aufenthaltszeit in Heimen und das Arbeitsverbot besonders gefährdet, aber auch migrationsbedingte Anpassungsschwierigkeiten können zu einer höheren Suchtgefährdung führen. Die Kombination aus muslimischer Herkunftskultur (teilweise sehr rigide und kontrollierende Elternhäuser), migrationsbedingten Anpassungsschwierigkeiten und den Lebensbedingungen im Asylbewerberheim kann Suchterkrankungen, aber auch andere psychische Erkrankungen und Depressivität fördern.

Die Einbeziehung religiöser Überlegungen in die Therapie und Unterstützung muslimischer Asylbewerber/innen kann sehr gute Ergebnisse bringen und die Klient/innen können da durch eine höhere Motivation für Substitutionsprogramme und Entzug bekommen. Eine Garantie für bessere Ergebnisse ist dies natürlich nicht, aber lohnenswerte Ansätze können in diesem Bereich entwickelt werden.

Viele muslimische Asylbewerber/innen, besonders wenn sie jung und unverheiratet sind, sind den Verlockungen des Lebens im Westen gegenüber besonders anfällig. Das plötzliche Wegbrechen des sozialen Familiengefüges kann zu Orientierungslosigkeit und Werteverlust führen. Der Kulturschock wirkt zusätzlich und die Lebensbedingungen sind mehr als schlecht; fast nichts von dem, was man in den Geschäften kaufen kann, kann man sich leisten. Arbeiten darf man aber auch nicht, um sich den eigenen Lebensunterhalt zu verdienen. Dazu kommt die Angst davor, Deutschland wieder verlassen zu müssen und der Familien gegenüber das Gesicht zu verlieren. Freizeitgestaltung kostet Geld und ist ebenfalls unerschwinglich. Wenn dann im Umfeld, was durch das andere Menschen in derselben Situation geprägt ist, Menschen einen falschen Weg weisen und versprechen, dass man all das durch Drogen vergessen kann, ist die Verlockung sehr groß.

⁴⁴ Kosubek, S. 141(1998): Asylbewerber und Aussiedler, Rechte, Leistungen, Hilfen, Handbuch für Helfer, Weinheim, Basel, Beltz Verlag

Das Einbeziehen von Korantexten, Koranrezitationen, alten Geschichten und anderen ähnlichen Ansätzen wird z.B. von Nossrat Peseschkian in seinen Werken „Der Kaufmann und der Papagei“ und ⁴⁵ „Morgenland-Abendland“⁴⁶ favorisiert, eine Unterstützung/Therapie, die auf Geschichten, Gleichnissen usw. beruht, kann für Klient/innen (nicht nur) aus arabisch/islamischen Kontexten sehr hilfreich sein.

5.3. Das Konzept der Resilienz im Zusammenhang mit der Suchtgefährdung von Asylbewerber/innen

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“.⁴⁷

Das Neue an diesem Konzept, das seit einiger Zeit an Popularität gewinnt, besteht darin, dass man nicht danach schaut, was Menschen kaputt, krank, abhängig macht, sondern was sie stark macht. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen, die unter denselben schwierigen Bedingungen leben, in unterschiedlicher Weise damit klar kommen – weil die einen Strategien haben, mit denen sie sich aus schwierigen Situationen herausmanövrieren können, die anderen aber nicht.

Gerade in Bezug auf schwierige Situationen wie Migration oder das Leben im Heim ist ein wesentlicher Faktor, inwieweit die Betroffenen in ihrem bisherigen Leben erfolgreich schwierige Situationen durchzustehen gelernt haben.

Insbesondere muss berücksichtigt werden, wie jemand zuvor gelebt hat. Aus einer Familie/Kultur kommend, in der verstärkt soziale Kontrolle die einzelnen davon abgehalten hat, verbotene Dinge zu tun, stellt aus meiner Sicht ein erhöhtes Risiko dar.

⁴⁵ Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie. S. Fischer, Frankfurt am Main 2009 (30. Auflage).

⁴⁶ Morgenland-Abendland: Positive Psychotherapie im Dialog der Kulturen. Fischer Verlag, Frankfurt am Main 2003.

⁴⁷ Welter-Enderlin 2006, S. 13

Gesund bleibt, wer bereits im Vorfeld gelernt hat, allein für sich Verantwortung zu tragen bzw. sich einen Unterstützerkreis im Umfeld zu suchen. Hier bieten sich zahlreiche Hypothesen an und Raum für viele wissenschaftliche Forschungen, z.B. Interviews mit Asylbewerber/innen, die es geschafft haben, nach einer längeren Phase in Heimen und dem ewigen Warten auf Bescheide (im klinischen Sinne) „normal“ zu bleiben.

Tarek Badawia führt in seinem Buch „Der dritte Stuhl“, das Bewältigungsstrategien erfolgreicher Jugendlicher mit Migrationshintergrund untersucht, folgende selbstwertrelevante Bewältigungsstrategien („Bewältigungsformen, die im Bezug auf bikulturelle Konstruktionen eines persönlichen Selbstentwurfs und den Gewinn von Entlastungs- oder Selbststabilisierungsaspekt im Umgang mit sozialer Ausschlusspraxis erzielen“⁴⁸), aus⁴⁹:

- a) Betonung der eigenen Differenz durch ständiges Vorhalten des eigenen Andersseins durch die Gesellschaft
- b) Unauffälligkeitsstrategie – Verleugnen der eigenen Wurzeln (nur bei nicht anders Aussehenden möglich)
- c) Normalisierungsstrategie – pragmatisches Reduzieren von Differenzen im Alltag
- d) Intellektualisierungsstrategie – erhöhte Selbstreflexion und Werteorientierung, Weltoffenheit
- e) Kompromissstrategie – Mischung aus Intellektualisierungs- und Normalisierungsstrategie. Fairness und Gleichwertigkeit als oberste Werte.
- f) Fragmentierungsstrategie – gewolltes und durchdachtes Trennen verschiedener Lebenswelten, die inkompatibel sind, paralleles Denk- und Handlungsmuster
- g) Selbst- und Umweltentfremdungsstrategie – sich mit der Figur des „Fremden“ identifizieren, weil man es sowieso nicht schafft, gegen die Vorurteile anzugehen

⁴⁸ Badawia, Tarek: „Der dritte Stuhl“, IKO Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt/M./London 2002, S. 217

⁴⁹ Die folgenden Erläuterungen sind eine Zusammenfassung aus ebd. S. 217 - 232

- h) Aus der Not eine Tugend machen – sinnvolle, situationsangemessene und nützliche Umsetzung von Fähigkeiten aus der Fremde bzw. der bewusste Umgang mit Fremdheitsmerkmalen
- i) „Ich will mein eigenes Ding drehen“ – Konstruktion von etwas Neuem, kein Entweder- Oder, sondern etwas Drittes, was weder in das eine noch das andere Schema passt

An dieser Aufzählung sieht man, dass es – neben der Möglichkeit zu scheitern – viele andere Strategien gibt, die von den Betroffenen auch genutzt werden.

Bönisch, Lenz und Schröer beschreiben in „Sozialisation und Bewältigung“:

„Im Sozialisationsregime der Ersten Moderne mit einem homogenen, nationalstaatlich gebundenen Kulturverständnis wurden dabei die Menschen mit Migrationshintergrund in vielen europäischen Ländern als jene Bevölkerungsgruppe angesehen, die vor allem einen kulturellen Nachholebedarf habe.... In der Diversitätsperspektive der Zweiten Moderne werden Menschen mit Migrationshintergrund dagegen zunehmend zu ‚Modernitätsprotagonisten‘ erklärt, weil sie die Nichtlinearität, die Reflexivität und Hybridität bezüglich ihres eigenen Lebenslaufs – mitunter in transnationalen Kontexten – gleichsam verkörpern, sie leben müssen, weil sie sonst keine Handlungsfähigkeit erreichen können.“⁵⁰

Der Diskurs über Risikofaktoren vs. Resilienzentwicklung muss aber kein widersprüchlicher sein: jede Person sollte in ihren eigenen Lebensbedingungen gesehen werden – bei Person A kommen eher die Ressourcen zum Tragen, bei Person B nehmen die Defizite überhand und Chancen können schnell zu Risiken werden, genau so wie Krisen stärken können. Dabei spielen neben Migration andere Faktoren eine Rolle, wie bereits erwähnt: soziale Herkunft, aktuelle Lebenssituation, im Heimatland erworbene Bewältigungsstrategien, Chancen in der deutschen Gesellschaft usw.

6. Besonderheiten der Therapie und Beratung von Asylbewerber/innen

⁵⁰ Bönisch, Lothar et.al.: Sozialisation und Bewältigung. Eine Einführung in die Sozialisationstheorie der zweiten Moderne. Juventa Verlag Weinheim und München, 2009, S. 167

Im vorangegangenen Abschnitt wurde erläutert, warum Migrant/innen und Asylbewerber/innen besonders stark suchtfährdet sind und warum sie die Angebote der Suchthilfe seltener als einheimische Betroffene in Anspruch nehmen. Nachfolgend wird noch genauer auf Therapiehindernisse von Migrant/innen, die in den Einrichtungen der Suchthilfe selbst liegen, und Grundlagen sowie Praxisansätze interkultureller Hilfsangebote eingegangen.

Salman 1999, S. 12ff bemerkt, dass die „Angebote der Suchthilfeeinrichtungen für Migrant/innen nur einen relativ geringen Stellenwert in den infrastrukturellen Gesamtkonzeptionen der Kommunen haben und in deren Angebotspolitik nicht vollständig und regelhaft integriert sind.“⁵¹ Betroffene Migrant/innen beklagen den Mangel an spezifischen Angeboten, z. B. unzureichende Möglichkeiten muttersprachlicher, bilingualer und kulturspezifischer Beratung und Therapie. Derzeit existieren nur wenige interkulturell ausgerichtete Therapieplätze, obgleich das Thema in der letzten Zeit eine höhere Bedeutung erlangt hat und eine gewisse Verbesserung allmählich zu bemerken ist. Eine effiziente Förderung und Sicherung der Gesundheit suchtabhängiger Migranten wird zudem durch konzeptionelle und ausländerrechtliche Hindernisse erschwert. Abhängige Migrant/innen und erst recht Asylbewerber/innen sind sogar von Ausweisung bedroht, wenn sie sich Entgiftung und Therapie unterziehen möchten. Therapeutische Maßnahmen sind oft aufgrund aufenthaltsrechtlicher Bestimmungen nicht möglich. Des Weiteren setzen sich Konzeptionen, die die Kompetenzen der Fachkräfte um interkulturelle Dimensionen erweitern, nur sehr langsam durch. Die interkulturelle Öffnung der Regeldienste wird noch einige Zeit in Anspruch nehmen. Entsprechende Fachkenntnisse sind aber im therapeutischen Prozess wichtige Voraussetzungen für die gelingende Kommunikation und Wirksamkeit der Behandlung/Therapie.

Als Kernprobleme der interkulturellen Suchthilfe nennt Salman (1999, S. 14) mangelndes Hintergrundwissen über die gesundheitliche und soziale Situation von Patienten und Klienten aus anderen Kultur- und Sprachkreisen und sprachliche Barrieren.

⁵¹ Salman, R. (1999): Stand und Perspektiven interkultureller Suchthilfe, in: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen, Psychosozial-Verlag, Seite 12.

6.1. Bedingungen für erfolgreiche Suchthilfe für Asylbewerber/innen

Salman 1999, S. 17 „begründet die interkulturelle Suchthilfe mit der Einführung von kulturellen Aspekten und der Wahrnehmung von Migrant/innen als spezielle Zielgruppe bei Aktivitäten der Prävention, Beratung, Betreuung und Therapie in den Handlungsfeldern der Suchthilfe.

Suchthilfe kann erst dann als interkulturell bezeichnet werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Berücksichtigung von sprachlichen, kulturellen und migrationsspezifischen Aspekten in den Angeboten der Suchthilfe,
- bei der Einstellungspraxis neuer Mitarbeiter in den Fachdiensten ist der jeweilige lokale Anteil der Migrant/innen unter den Süchtigen zu Grunde zu legen,
- Überprüfung der vorhandenen Versorgungskonzepte hinsichtlich ihrer interkulturellen Qualität,
- Ergänzung der vorhandenen Versorgungskonzepte um migrationsspezifische Komponenten,
- Schaffung von kulturspezifischen und sprachlich gesicherten Präventionsangeboten,
- verstärkte Aufklärung über Art, Sinn und Umfang vorhandener Angebote,
- konzeptioneller Abbau von Zugangsbarrieren
- Interkulturelle Suchthilfe in Prävention, Beratung und Therapie orientiert sich generell an der Lebenswirklichkeit der Migrant/innen.
- Sie motiviert, beteiligt und vernetzt Vereine, Organisationen und „Keypersonen“ der Migrant/innen im Rahmen präventiver, ambulanter und stationärer Maßnahmen der Suchthilfe und hilft bei der Gründung von ethno-, kultur- und muttersprachlich spezifischer Selbsthilfegruppen.

- In der Versorgung von Migrant/innen sind Planung, Koordination und Monitoring zu Fragen der Therapie, Beratung und Prävention von bundesweiter Bedeutung. Es bedarf auch verstärkter Anstrengungen zur Entwicklung und Etablierung von Methoden der interkulturellen Therapie in der Suchthilfe. Zur Sicherung von Qualität und Effizienz sind verbindliche und einheitliche Mindeststandards im Rahmen der Regelversorgung ebenso erforderlich wie ein diesbezüglicher Kriterienkatalog⁵².

Salman 1999, S. 18f betont, dass Fachkräfte der Suchthilfe immer häufiger mit der kulturellen Vielfalt konfrontiert werden, die hohe Anforderungen an ihre berufliche Kompetenz stellt. Somit müssen interkulturelle Kompetenzen immer weiter entwickelt und zum festen Bestandteil der beruflichen Kompetenz in der Suchthilfe werden.

Um bedarfsorientierte Angebote für spezielle Zielgruppen zu schaffen und aufrecht zu erhalten sowie interkulturelle Kompetenzen durch Reflexion zu stärken und weiter zu entwickeln, sind interkulturelle Teams besonders geeignet.

6.1.1. Interkulturelle Kompetenz in den Regeldiensten

Czycholl 2002, S. 18 bemerkt, „dass interkulturelle Kompetenz u.a. folgende Kriterien erfüllen soll: Einbeziehung von migrationsbedingten Faktoren, Reflektion von fachlichen Konzepten, Standards und Theoriebildung auf ihre soziokulturelle Bedingtheit hin und Auseinandersetzung der Mitarbeiter der Suchthilfe mit persönlichen Ängsten, Vorurteilen und soziokulturellen Prägungen“⁵³

Nach Pavcovic 1999, S. 56ff ist „interkulturelle Kompetenz ein Sammelbegriff für verschiedene Standards und Qualitätskriterien in der psychosozialen Arbeit mit Migrant/innen. Es ist die Fähigkeit, migrations- und kulturspezifische

⁵² Salman, R. (1999): Stand und Perspektiven interkultureller Suchthilfe, in: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen, Psychosozial-Verlag, Seite 11 – 28.

⁵³ Czycholl, D. (2002): Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe, in: Barth, W., Schubert, C. (Hrsg.): Migration – Sucht – Hilfe, Nürnberg, emwe-Verlag, Seite 11 – 20.

Handlungsmodelle neben den fachspezifischen (z. B. psychologischen) systematisch für Diagnostik, Therapie und Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu nutzen“⁵⁴.

Handlungsorientierte Definitionen von Interkultureller Kompetenz gehen davon aus, dass Kompetenz ein Modell ist, das sich auf drei Ebenen bewegt:

1. Wissen, 2. Fähigkeiten und 3. Haltung.

Wissen kann man erlangen, Fähigkeiten muss man trainieren, und Haltung ist etwas, was man durch Sozialisation und kulturelle/familiäre Prägung erhält. Das Kompetenzmodell geht davon aus, dass zuerst die Haltung verändert werden muss, althergebrachte Sichtweisen irritiert und verändert werden müssen, bevor es möglich ist, spezifisches Wissen zu erwerben und unter Nutzung der veränderten Haltung und des erlangten Wissens schließlich Handlungsoptionen zu erweitern.⁵⁵

Das Wissen, welches bei der Entwicklung interkultureller Kompetenz nötig ist, ist nicht spezielles Wissen über einzelne kulturelle Standards, sondern Wissen über Kultur, über die Mechanismen kultureller Prägungen und wie Kulturen sich verändern.

In diesem Sinne ist interkulturelle Kompetenz nicht das oft angefragte, aber wenig hilfreiche spezielle Wissen über z.B. das Verhalten von muslimischen Frauen im öffentlichen Raum, Essgewohnheiten afrikanischer Einwanderer oder die religiösen Vorstellungen von Hindus. Mit einer ablehnenden, eurozentristischen Haltung der eigenen kulturellen Überlegenheit aufgenommen, sorgt dieses Wissen nicht für den Abbau von Vorurteilen und für eine bessere Kommunikation, sondern im Gegenteil zu einer Zementierung von Vorurteilen und der Bestätigung der eigenen Höherwertigkeit.

Daher ist es wichtig zu fragen, was unter Interkultureller Kompetenz, auch als in der letzten Zeit häufiger gefordertes Einstellungskriterium, gemeint ist. Keinesfalls beschränkt sich diese „Kompetenz“ auf Sprachkenntnisse, obgleich diese sehr wichtig sind. Auch hier sollte gelten, dass die Haltung zur Interkulturalität sehr wichtig ist – haben Fachkräfte eine prinzipielle Haltung, die Migrant/innen eher ablehnt, so

⁵⁴ Pavcovic, G. (1999): Interkulturelle Kompetenz und Qualität in der Suchtkrankenhilfe, in: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.) Handbuch interkulturelle Suchhilfe, Gießen, Psychosozial-Verlag, Seite 56 – 63.

⁵⁵ [https://3c.gmx.net/mail/client/dereferer?redirectUrl=http%3A%2F%2Fde.slideshare.net%2Fnickbrieger\(23.12.2013\)](https://3c.gmx.net/mail/client/dereferer?redirectUrl=http%3A%2F%2Fde.slideshare.net%2Fnickbrieger(23.12.2013))

nutzt Wissen im Sinne von Kulturstandards, wie oben beschrieben, nur sehr wenig; die Kommunikationsschwierigkeiten werden nicht besser werden und diskriminierende Handlungen – ohne jede Absicht - sind vorprogrammiert. Wichtiger ist es, Migrant/innen sowohl in ihrer kulturellen Gebundenheit als auch als Individuum mit individuellen Eigenarten betrachten zu lernen. Kulturalisierungen bringen hier sehr wenig.

Ein wichtiger Aspekt ist, dass Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund nicht automatisch eine hohe interkulturelle Kompetenz haben. Zwar haben diejenigen, die zur ersten Generation gehören, eine eigene Migrationserfahrung und können somit größeres Einfühlungsvermögen besitzen, aber dadurch können sie nicht automatisch auch erfolgreicher kommunizieren. Menschen mit Migrationshintergrund müssen sich auch weiterbilden und Erfahrungen sammeln, um interkulturell kompetent handeln zu können. Nicht selten treten auch Phänomene der Ablehnung „erfolgloser“ Migrant/innen auf, da man selbst es ja schließlich auch „geschafft“ hat.

6.1.2 Interkulturelle Teamarbeit

Das Arbeiten in interkulturellen Teams bietet die Gelegenheit, bedarfsorientierte Angebote für Migrant/innen zu entwickeln, sowie eigene kulturelle Kompetenzen durch Reflexion zu stärken und weiter zu entwickeln. Nicht zuletzt bildet ein interkulturelles Team eine Herausforderung für die Dienste an sich, da andere Dynamiken auftreten und eine Irritation der gewohnten Struktur und des kulturell verankerten Teamverhaltens durch andere Arbeitsweisen und anderes Auftreten immer auftritt, wenn eine Einrichtung den Mut hat, tatsächlich das Abenteuer einer interkulturellen Teambildung zu wagen.

Die Förderung solcher Teams kann durch eine Personalstrategie, die die Einstellung von Migrant/innen explizit vorsieht („affirmative action“) in den Gesundheitsdiensten gefördert werden. Dabei sind Migrant/innen, wie bereits im vorigen Abschnitt bemerkt, nicht automatisch bessere Fachkräfte, und sie sollten auch nicht in einer Art „Beauftragtenstatus“ eingesetzt werden. Dennoch ist der Zugang zu einer Zielgruppe wesentlich erleichtert. Vertrauen lässt sich leichter aufbauen, Menschen ähnlicher

Herkunft und Denkweisen können sich besser verstanden und aufgehoben fühlen, auch durch die Sprache. Interkulturelle Teams können die Fachkräfte der Suchthilfe beim Anbieten einer angemessenen Behandlung für Migrant/innen mit wenig Zusatzaufwand unterstützen. Nicht-Migrant/innen gewinnen ferner durch lang andauernde Zusammenarbeit in interkulturellen Teams Erfahrungen, die sie zu Spezialist/innen machen können.

Allein die Herausforderung der Zusammenarbeit in einem interkulturellen Team – wenn das Team gut angeleitet wird – hilft dabei, eigene Standards zu erkennen und zu hinterfragen, Denkmuster anderer Menschen zu erkennen, ohne sie sofort (ab)werten zu müssen und bildet damit alle Teammitglieder und verändert letztendlich das gesamte System.

Czycholl 2002, S. 20 merkt in diesem Zusammenhang zutreffend an, dass das „ganze Problem der interkulturellen Suchthilfe nicht gelöst ist, wenn nur genügend Migrant/innen in den Teams eingestellt sind. Vielmehr handelt es sich um Entstehung von Multikulturalität als unmittelbare Realität in den Arbeitsfeldern und damit um die Entwicklung des gesamten Systems der Suchthilfe bis hin zu einer umfassenden Kompetenz als der bisher vorhandenen. Ein multikulturelles Team kann sich den Anforderungen besser stellen als ein monokulturelles Team schon aufgrund der Pluralität der soziokulturellen Vorkenntnisse und der Erfahrung im Austausch und in Akkulturationsprozessen“⁵⁶.

Zu warnen ist an dieser Stelle noch einmal davor, „Quotenmigrant/innen“ in Teams zu schicken, die beständig die „anderen“, weil die einzigen Migrant/innen sind und dann alle Migrant/innen zu diesen zu schicken. Damit kann ein Dienst sich auf Dauer der Öffnung verschließen – unangenehme Klient/innen können sich auf diese Weise einfach „vom Hals geschafft werden“, und das gesamte Team bekommt nicht die Chance zu lernen.

6.1.3. Die Bedeutung von Sprache

⁵⁶ Czycholl, D. (2002): Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe, in: Barth, W., Schubert, C. (Hrsg.): Migration – Sucht – Hilfe, Nürnberg, emwe-Verlag, Seite 11 – 20

Auch wenn Sprache, wie bereits gesagt, nicht das einzige Kriterium für die Eignung einer Fachkraft sein darf, stellt sie doch einen wichtigen Faktor dar.

„Denn Sprache ist eine Machtquelle (Elias 1969), und sie ist ein Hauptträger von Emotionen und Identität und tief verbunden mit Selbstwertgefühlen. Mit zunehmender Behandlung durch und mit Fachkräften aus dem gleichen Kulturkreis wird der Migrant damit belohnt, dass Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung von seinem Leiden decken, somit Kommunikation und Therapie möglich werden. Ihre Motivation wird sensibilisiert, weil sie mit ihrem Problem oder Krankheit etwas wert sind“⁵⁷. Salman, 1999, S. 19f

Nach der Auffassung von Czycholl 2002, S. 18f sind Probleme der sprachlichen Verständigung im System der Suchthilfe lösbar. „Es ist schon viel wert, wenn Mitglieder der ambulanten oder stationären Fachteams die eine oder andere der Sprachen wenigstens der großen Migrant/innengruppen, also vor allem Russisch und Türkisch, ein wenig kennen“.

In Fortbildungen erworbene Grundkenntnisse können helfen, Sprachbarrieren abzubauen und Klient/innen das Gefühl geben, ernst genommen zu werden. Zumindest sollten die Fachkräfte eine Einordnung der wichtigsten Klient/innengruppen ethnisch und sprachlich vornehmen können.⁵⁸ Wichtig ist es auch, die Unterstützung durch Dolmetscher/innen in Anspruch nehmen zu können und dafür ein Finanzbudget zu haben. Ideal aber ist es, wenn Teammitglieder Migrant/innen sind oder aus Migrantenfamilien stammen und daher über entsprechende, für Beratung und Therapie von Migrant/innen ausreichende Sprachkenntnisse in deren Herkunftssprachen verfügen. Allerdings kann man nicht jede mögliche Sprache in einem Team finden. Die eigene Erfahrung mit Migration erlaubt es auch, den Stellenwert des Migrationserlebnisses in der Biographie eines Klienten besser zu erkennen – mit den oben genannten Einschränkungen. Aber auch für Mitarbeiter/innen ohne eigene Migrationserfahrung muss gelten, dass die Besonderheiten und Implikationen dieses Erlebnisses wahrgenommen und

⁵⁷ Salman, R. (1999): Stand und Perspektiven interkultureller Suchthilfe, in: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen, Psychosozial-Verlag, Seite 11 – 28.

⁵⁸ Jeder in Deutschland lebende Iraner und Iraker kann z.B. ein Lied davon singen, dass Iran und Irak beständig verwechselt werden.

berücksichtigt werden können. Dazu sind spezifische Fortbildungen ebenso erforderlich wie die Berücksichtigung dieser Zusammenhänge in den Handlungskonzepten der Einrichtungen.

6.1.4. Spezifische Präventionsmaßnahmen für Migrant/innen

Aufklärung, Information und niedrigschwellige Angebote sind notwendig für die Entwicklung einer gesundheitsfördernden suchtmittelfreien Lebensweise und zur gezielten Vermittlung von Betroffenen ins Suchthilfesystem. Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen und Vereinen für Menschen mit Migrationshintergrund, die bereits einen Zugang zu diesen Menschen haben und als Multiplikator/innen wirken können, sind sehr wichtig.

Ihre Aufgabe als Multiplikator/innen kann darin bestehen, Informationen zu suchtspezifischen Themen und zum Hilfesystem an die Betroffenen weiterzutragen und so den Betroffenen Zugang zum Hilfesystem zu ermöglichen und Barrieren abzubauen.

Der Abbau von Zugangsschwellen im Suchthilfesystem kann aber auch durch aufsuchende Straßensozialarbeit für drogenabhängige Menschen mit Migrationshintergrund durch Muttersprachler/innen (Vermittlung ins Hilfesystem) sinnvoll sein.

Eine weitere wichtige Maßnahme im Rahmen von präventiven Angeboten besteht in der Vernetzung mit Beratungsstellen und Vereinen für Menschen mit Migrationshintergrund, substituierenden Arztpraxen und den Kliniken und Vermittlung von Sprachmittlern.

Durch eine verbesserte Aufklärung und Information können Betroffene, die oftmals den Weg ins Hilfesystem aus eigener Kraft nicht schaffen, zielgerichtet in entsprechende Hilfen vermittelt werden.

6.2. Zusammenfassung von Qualitätskriterien für interkulturelle Suchthilfe

Nach Pavcovic (1999, S. 61f) können Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe die interkulturelle Qualität ihrer Arbeit auf folgenden Ebenen entwickeln und sichern:

- *Strukturqualität*

Sichtbarmachen der interkulturellen Öffnung nach außen: mehrsprachige Informationsbroschüren, Kooperation mit Migrationsdiensten und Betonung der verschiedenen interdisziplinären und interkulturellen Behandlungsangebote als Ressource,

- *Konzeptqualität*

Dazu gehört die Erfassung von nicht-deutschen Nutzergruppen und der handlungsrelevanten kulturellen Faktoren im Berichtswesen, systematische Nutzung von interkulturellen Handlungsmodellen und Einrichtung von multikulturellen Teams,

- *Mitarbeiterqualität*

Interkulturelle Fortbildungen deutscher Fachkräfte, Einstellung von Fachkräften mit migrationsspezifischen Kenntnissen, Berücksichtigung der interkulturellen Kompetenz als ein besonderes Qualitätsmerkmal bei der Personalentwicklung,

- *Prozessqualität*

Gezielte und schnellere Diagnostik und kürzere Behandlungsverläufe durch interkulturell elaborierte Anamnese und Interventionsmethoden. Die Arbeitsaufträge sollen unter Berücksichtigung der verschiedenen kulturspezifischen Erwartungs- und Handlungsmuster geklärt werden. Es soll zudem eine tragfähige therapeutische Beziehung durch erhöhte Sensibilisierung für einen kreativen Umgang mit migrationsspezifischen Einflussfaktoren aufgebaut werden. Des Weiteren soll eine „Übersetzung“ des eigenen Vorgehens in die Verständnisswelt des Klienten / Patienten mit Hilfe von kulturspezifischen Sprachbildern stattfinden. Die Arbeitsverläufe in interkulturellen Teams sollen kontinuierlich reflektiert werden (Fallbesprechungen, Teamsupervisionen, gemeinsame Beratungsprozesse von deutschen und nicht-deutschen Kollegen),

- *Ergebnisqualität*

Überprüfung der Wirksamkeit der erbrachten Leistungen für Migrant/innen durch wissenschaftliche Katamnesen, Erfassung von qualitativen Erfolgskriterien und

professionelle Nachsorge und Einbindung in Selbsthilfegruppen sowie sonstige Integrationshilfen für Migrant/innen.

6.2.1. Mögliche Maßnahmen für Asylbewerber/innen

Hinzu kommen folgende mögliche Maßnahmen speziell für Asylbewerber/innen.

Suchthilfe von Anfang an kann, also ab der Einreise ist hier das Stichwort.

Suchthilfekonzepte, die erst mit der Aufenthaltsverfestigung einsetzen, sind ineffektiv und kommen zu spät.

Wichtig ist daher, dass Asylbewerber/innen von Anfang an mit den Angeboten der Suchthilfe bekannt gemacht werden. Beratung und Begleitung sind hier sehr wichtig.

Ein oft nicht beachteter Aspekt besteht darin, dass erst durch die Existenz von Gemeinschaftsunterkünften Kontakt zu Dealern und anderen Suchtkranken überhaupt hergestellt wird. Gäbe es von Anfang an die Unterbringung in Wohnungen bzw. Wohneinheiten im selben Haus, wäre der Zugang zu illegalen Drogen für Asylbewerber/innen von Anfang an schwieriger. Das lukrative Geschäft mit den Ängsten und der Weg in die Sucht ist viel einfacher zu bewerkstelligen, wenn die Menschen an einem Ort konzentriert sind.

Dies ist (neben vielen anderen) ein weiteres Argument für die Abschaffung von Lagern und großen Heimen.

Eine Möglichkeit der Prävention könnte ein Sprachkurs für Asylbewerber/innen (die ja bisher aus der Sprachförderung ausgeschlossen sind) sein, kombiniert mit einem Kurs, in dem verschiedene Beratungsstellen und Anlaufstellen in der Stadt vorgestellt werden bzw. die Möglichkeit bekommen, sich selbst vorzustellen:

Frauenberatungsstellen, Schuldnerberatungsstellen, Suchthilfeeinrichtungen, Familienberatungsstellen etc. In diesem Rahmen können auch Migrant/innen selbst Organisationen zum Zuge kommen, die den Menschen im Rahmen ehrenamtlicher Arbeit (Arbeitsverbot) die Möglichkeit geben, ihre Freizeit sinnvoll zu gestalten.

Zeitig einsetzende Hilfen sind für diejenigen, die bereits mit einer Abhängigkeitserkrankung nach Deutschland kommen, notwendig. Eine frühe

Erkennung des Problems ist sinnvoll, und eine Abhängigkeit sollte nicht die Ausweisung nach sich ziehen, da Betroffene ansonsten versuchen müssen, die Sucht zu verstecken und sich keine Hilfe suchen werden.

7. Fazit

Suchthilfe für muslimische Asylbewerber/innen ist ein schwieriges Feld, aber ohne große Kosten ist es möglich, entsprechende Präventions- und Behandlungsangebote zu schaffen. Hierbei ist es wichtig, die Kombination aus Faktoren, die in der kulturellen Herkunft liegen, mit solchen, die migrationsbedingt sind und anderen, die in der Lebenssituation und der Untätigkeit in Heimen liegen und zuletzt persönlichkeitsbedingten Eigenschaften/Vorerkrankungen zu eruieren.

Hierfür eignet sich ein interkulturelles Team sehr gut, welches im Rahmen von bestimmten Qualitätsstandards agiert und einen interkulturellen Öffnungsprozess absolviert hat.

8. Literaturverzeichnis

Akgün L.: Psychokulturelle Hintergründe türkischer Jugendlicher der zweiten und dritten Generation. In: Lajios, Konstantin (Hg.): Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik. Integrationsprobleme ausländischer Familien und die seelischen Folgen. Leske + Buderich, Opladen 1993, S. 55 - 70.

Badawia, Tarek: „Der dritte Stuhl“, IKO Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt/M./London 2002, S. 217

Bahman Nirumand(1996): Drogen und Migration. Dokumentation der Anhörung am 4.3.1996 zur Situation drogenabhängiger und -gefährdeter junger Menschen ausländischer Herkunft in Frankfurt a.M., Bonn (Forum Verlag Godesberg), S 43

Bauer, Thomas: Die Kultur der Ambiguität. Eine andere Geschichte des Islam. Verlag der Weltreligionen, S.54 ff.
Die folgenden Ausführungen sind angelehnt an Schirmacher, Christine: Das Alkoholverbot im Islam. www.islaminstitut.de
Yüksel, Taner, S.33

Boos-Nünning U., Otyakmaz B. (2002): Migration und Sucht, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/II Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden, Nomos, Seite 9 – 84.

Bekum, D. van: Transitorische Anfälligkeit als Risikofaktor für Suchtverhalten – Ein interkulturelles Rahmenkonzept zur Prävention bei Jugendlichen. In: Salman R., Tuna S., Lessing A. (Hg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen, Psychosozial-Verlag 1999, S. 64 -88.

Boos-Nünning, U.: Sozialisation von Jugendlichen ausländischer Herkunft. Bedingungen für die Förderung oder Verhinderung von Drogenabhängigkeit. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg i.Br., Lambertus Verlag 1998, S. S. 11 - 32.

Böhnisch, Lothar et.al.: Sozialisation und Bewältigung. Eine Einführung in die Sozialisationstheorie der zweiten Moderne. Juventa Verlag Weinheim und München, 2009, S. 167

Ceschan, G.: Zur Situation junger Spätaussiedler. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart 1997, S. 107 - 108.

- Collatz, J.: Kernprobleme des Krankseins in der Migration - Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, Matthias, Borde, Thea und Heribert Kentenich (Hg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main 1998, S. 33 - 58.
- Czycholl, D. (2002): Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe, in: Barth, W., Schubert, C. (Hrsg.): Migration – Sucht – Hilfe, Nürnberg, emwe-Verlag, Seite 11 – 20.
- Czycholl, D. (2005): Informationen zu Sucht und Migration, in: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.): Sucht Migration Hilfe, Verlag, Geesthacht, Neuland 2005, Seite 9 – 100.
- Czycholl, D.: Abgleiten in Sucht. Migration, Rauschmittelsucht und Suchtkrankenhilfe. In: Der Ausländerbeauftragte der Landesregierung des Freistaates Thüringen (Hg.): Muss Fremdsein krank machen? Jahrestagung Migration 1996, 04.03. - 06.03.1996 Heiligenstadt, Dokumentation. Erfurt 1996, S. 45 - 48.
- Czycholl, D.: Entwicklungen einer spezialisierten Konzeption für die stationäre Therapie suchtkranker Migranten. In: Czycholl, Dietmar (Hrsg.): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten. Hohenrodter Studien Band 1. VWB, Berlin 1998. S. 91 - 105.
- Dietmar Czycholl 2005 Information zu Sucht und Migration, S. 9
- Domberg, H., Nadalian, D., Dunker, A. (1997): Suchtpräventive Drogenarbeit mit Jugendlichen ausländischer Herkunft, in: Bossong, H., Götz, J., Stöver, H. (Hrsg.): Leitfaden Drogentherapie, Frankfurt, New York, Campus Verlag, Seite 245 – 265.
- Feurlein, Wilhelm: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, 2008 S.4
- Hurrelmann, K., Bründel, H. (1997): Drogengebrauch – Drogenmissbrauch: eine Gratwanderung zwischen Genuss und Abhängigkeit, Darmstadt, Primus.
- Gruber, A.: Eindrücke und Erfahrungen aus der Arbeit mit drogenabhängigen jugendlichen Migranten. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart 1997, S. 109 - 111.
- Kavasoglu M.: Beratung und Behandlung suchtmittelabhängiger Immigranten. In: Sucht kennt keine Ausländer. 13. Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung am 08. Dezember 1993. Dokumentation. Hg.: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen. 3. Auflage, Münster 1995. S. 47 - 50.
- Knoll, A. (2002): Sucht – was ist das? Wuppertal, Bern, Blaukreuz – Verlag.
- Kosubek, S. (1998): Asylbewerber und Aussiedler, Rechte, Leistungen, Hilfen, Handbuch für Helfer, Weinheim, Basel, Beltz Verlag.
- Kotter, U: Beratungs- und Betreuungsarbeit für junge AussiedlerInnen. 38. Sozialanalyse. Bonn 2000, S. 50 - 52.
- Krick, E.: Therapeutinnen in der Arbeit mit Männern aus anderen Kulturkreisen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg i.Br., Lambertus Verlag 1998, S. 142 - 157.
- Kuhlmann, T. Wessel, T. Akutbehandlung: ambulant - (teil-)stationär - qualifiziert. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Individuelle Hilfen für Suchtkranke. Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 2000, S. 163 - 174.
- Macek M.: Gesundbleiben in der Fremde - Aspekte der Suchtproblematik bei Migrant/- innen. In: Suchtprävention mit MigrantInnen. Dokumentation. Fachtagung vom 03.12. bis 04.12.1997. Landschaftsverband Rheinland, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, ginko, Köln, Münster, Mülheim 1997, S. 2 - 13.
- Musa, I., Bebek, M.: Gastarbeiter: Cardak ni na nebu ni na zemlji (Weder im Himmel noch auf Erden). In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart 1997, S. 116 - 120.
- Nossrat Peseschkian, Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie. S. Fischer, Frankfurt am Main 2009 (30. Auflage).
- Nossrat Peseschkian, Morgenland-Abendland: Positive Psychotherapie im Dialog der Kulturen. Fischer Verlag, Frankfurt am Main 2003
- Pavcovic, G. (1999): Interkulturelle Kompetenz und Qualität in der Suchtkrankenhilfe, in: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen, Psychosozial-Verlag, Seite 56 – 63.
- Peterburs, H.: Die Entwicklung interkultureller Drogenarbeit in Regeldiensten – Vom Streetwork zur Drogenberatung. In: Salman R., Tuna S., Lessing A. (Hg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen, Psychosozial-Verlag 1999, S. 191 - 193.
- Salman, R. (1999): Stand und Perspektiven interkultureller Suchthilfe, in: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen, Psychosozial-Verlag, Seite 11 – 28.
- Salman, R. (2001): Migration und Sucht in Deutschland und Perspektiven, in: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): Sucht und Migration, Konzepte und Praxis vor Ort erleben und erfahren, Fachtagung „on tour“, Münster, Joh. Burlage, Seite 7 – 18.

Salman, R., Collatz, J. (1999): Interkulturelle Suchtprävention und Beratung, in: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen, Psychosozial-Verlag, Seite 128 – 145.

Schirmacher, Christine: Das Alkoholverbot im Islam. www.islaminsitut.de, S.1

Stimmer, F. (2000): Suchtlexikon. Oldenbourg, München, Wien, Wissenschaftsverlag GmbH.

Studie des Bundesamtes für Migration [http://www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/566008/publicationFile/31710/„Muslimisches Leben in Deutschland“](http://www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/566008/publicationFile/31710/„Muslimisches%20Leben%20in%20Deutschland“)

Treder A.: Psychische Aspekte der Migration und ihre Entwicklung im Integrationsprozess. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit (Hg.): Beratungs- und Betreuungsarbeit für junge AussiedlerInnen. 36. Sozialanalyse. Bonn 1998, S. 50 - 61.

Tuna, S.: Entwicklungskrisen und migrationsbedingte Belastungen als Suchtgefährdungspotentiale jugendlicher Migranten. In: Salman R., Tuna S., Lessing A. (Hg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen, Psychosozial-Verlag 1999b, S. 89 - 102.

Vormberg, J.: Gemeinwesenorientiertes Projekt mit jugendlichen Spätaussiedlern zur Förderung von Selbsthilfeinitiativen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit (Hg.): Beratungs- und Betreuungsarbeit für junge AussiedlerInnen. 38. Sozialanalyse. Bonn 2000, S. 61 - 64.
Proasyl 2011

Welter-Enderlin 2006, S. 13

Yüksel, Taner, S. 35

Özelsel: Sucht und Migration - Eine ethnopsychologische Perspektive. In: Sucht kennt keine Ausländer. 13. Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung am 08. Dezember 1993. Dokumentation. Hg.: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen. 3. Auflage, Münster 1995. S. 15 - 23.

vgl. DHS, 2003a, S.9

vgl. ebd., S.55

vgl. ebd. S. 217 - 232

<http://islamische-datenbank.de/Al-Bayan: Hadithe sind die gesammelten Aussprüche des Propheten Mohammad>

http://othes.univie.ac.at/12149/1/2010-11-10_0647825.pdf: Ethik im Alltag muslimischer Jugendlicher, Masterarbeit

<http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illegale-drogen/heroin-und-andere-drogen/situation-in-deutschland.html>

<http://www.juraforum.de/lexikon/asylbewerber> (zuletzt gesehen 20.11.2013)

<http://www.proasyl.de/de/themen/basics/basiswissen/wer-erhaelt-asyl/>(zuletzt gesehen 21.12.2013)

http://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/___4.html 15.12.2013

<https://3c.gmx.net/mail/client/dereferrer?redirectUrl=http%3A%2F%2Fde.slideshare.net%2Fnickbrieger>(23.12.2013)