

ALICE SALOMON



HOCHSCHULE BERLIN  
*University of Applied Sciences*

**MigrantInnen aus der früheren Sowjetunion mit  
intensivem Alkohol- oder Drogenkonsum und  
(drohender) Hepatitis**

**Empfehlungen für eine integrierte Versorgung**

Gundula Röhnsch und Uwe Flick  
unter Mitarbeit von Tiana Patrik und Aksana Rachytskaya

**RU**ssian **S**peaking **M**igrants' **U**tilization **B**ehavior in Case of Intense Use  
of Alcohol and/or Drugs and (potential) Hepatitis

Berlin: Alice Salomon Hochschule

Forschungsprojekt RUSMUB (**RU**ssian **S**peaking **M**igrants' **U**tilization **B**ehavior in Case of Intense Use of Alcohol and/or Drugs and (potential) Hepatitis

Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Programm „Versorgungsforschung“ (FKZ: 01GY1121)

Projektleitung: Prof. Dr. Uwe Flick

Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5 in 12627 Berlin

Berlin, September 2014

## 1. Einführung

Abhängigkeitserkrankungen sind auch unter MigrantInnen in Deutschland weit verbreitet. Vor allem MigrantInnen aus der früheren Sowjetunion (FSU) weisen häufig einen sehr riskanten Alkohol- oder Drogenkonsum auf. So sind sie oft jünger als KlientInnen ohne Migrationshintergrund, wenn sie zu Heroin greifen, oder sie beginnen mit dieser Substanz ihre Drogenkarriere. Tagungsberichten (Buggisch et al., 2012) und Studien (Isralowitz et al., 2007) zufolge sind FSU-MigrantInnen überdurchschnittlich häufig von Suchtfolgekrankheiten wie (chronischer) Hepatitis C betroffen. Zudem verdeutlicht der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2008, dass die Zahl der Drogentoten unter FSU-MigrantInnen überdurchschnittlich hoch ist (BMG, 2008). Des Weiteren ist die Zielgruppe in forensischen Kliniken und Justizvollzugsanstalten überrepräsentiert (Hoffman, 2011).

Die gesundheitlichen und sozialen Folgen des Substanzgebrauchs sprechen dafür, dass FSU-MigrantInnen von Versorgungsangeboten oft nur schlecht erreicht werden. Kenntnisse dazu, wie die MigrantInnen selbst ihren Alkohol- oder Drogenkonsum erleben, unter welchen Bedingungen sie konsumbezogene Hilfen in Anspruch nehmen und welche Erfahrungen sie hierbei machen, fehlen. Auch ist weitgehend unklar, wie sich Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse aus Sicht von MitarbeiterInnen des Hilfesystems<sup>1</sup> darstellen.

An solche offenen Fragen knüpft das Forschungsprojekt RUSMUB an, das sich mit dem Inanspruchnahmeverhalten von russischsprachigen MigrantInnen mit intensivem Alkohol- oder Drogenkonsum und (drohender) Hepatitis C beschäftigt. Wesentliche Ergebnisse des Forschungsprojekts werden im Weiteren zusammengefasst. Aus unseren Ergebnissen werden anschließend einige praktische Implikationen abgeleitet, die sich auf integrierte, zielgruppenspezifische Hilfen für MigrantInnen aus der FSU beziehen.

Solche Handlungsempfehlungen stellen keine fertigen, allgemeingültigen Vorschläge für die Versorgung ‚der russischsprachigen MigrantInnen‘ mit Alkohol- oder Drogenproblemen dar. Dies würde unsere Ergebnisse unzulässig verallgemeinern und außerdem unberücksichtigt lassen, dass die Gruppe der ZuwanderInnen aus der FSU sehr heterogen ist und sehr unterschiedliche Herkunftsländer und soziale Milieus umfassen kann. Unsere Handlungsempfehlungen ersetzen nicht die Notwendigkeit, situationsadäquate, kontextabhängige Verhaltensweisen im Umgang mit der Zielgruppe immer von neuem zu überlegen und auszuhandeln. Dies zeichnet allgemein ein interkulturell kompetentes Handeln aus (Eppenstein & Kiesel, 2011). Ohne an der Stelle auf die umfangreiche Literatur zu interkulturellen Kompetenzen eingehen zu können, ist hierfür vor allem eine offene Einstellung gegenüber anderen Kulturen und Vorstellungen sowie eine genügend selbstreflektierte Haltung zur eigenen Kultur erforderlich (ebd.; Bottlender et al., 2011).

---

<sup>1</sup> Der Begriff ‚Hilfesystem‘ bezieht sich im Weiteren auf die gesamte Bandbreite suchtspezifischer Hilfen in Deutschland und mithin auf niedrigschwellige Hilfen (z.B. Drogenkonsumräume), Beratungsangebote, Substitution und psychosoziale Betreuung, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen ebenso wie auf Nachsorge- und Adaptationsangebote.

## **2. Forschungsprojekt RUSMUB: Methodisches Vorgehen**

Unsere Studie wird seit Februar 2012 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für einen Zeitraum von drei Jahren gefördert (FKZ: 01GY1121). Das Ziel der Studie besteht darin, das Hilfesuchverhalten von FSU-MigrantInnen mit Alkohol- oder Drogenproblemen und (drohender) Hepatitis zu erfassen und zu analysieren. In der Studie werden zwei Perspektiven miteinander verglichen – die der Betroffenen und die der MitarbeiterInnen des Versorgungssystems.

### **2.1 TeilnehmerInnen an der Studie**

Mit N=46 MigrantInnen (Alter: 17-43 Jahre) aus unterschiedlichen Ländern der früheren Sowjetunion (Kasachstan, Russland, Litauen, Lettland, Ukraine) führten wir Interviews vor allem zu folgenden Themen durch: Sucht- und hepatitisbezogenes Krankheitserleben und -verhalten, Risikobewusstsein; Hilfesuchverhalten; Erfahrungen mit dem Hilfesystem und Erwartungen an Hilfen.

Circa drei Viertel der Interviewten sind (ehemalige) HeroinkonsumentInnen. Ein Teil dieser Befragten hat vormals vor allem Alkohol konsumiert, ist aber auf Heroin als Leitsubstanz ‚umgestiegen‘. Das übrige Viertel der Interviewten weist oder wies einen Mischkonsum unterschiedlicher Substanzen auf oder präferierte Alkohol, Amphetamine oder Cannabis.

Außerdem interviewten wir N=33 MitarbeiterInnen (SozialarbeiterInnen, Ärztinnen, Ärzte und PsychologInnen) aus unterschiedlichen Bereichen des Versorgungssystems bzw. sozialen Settings: Gesundheit, (Jugend-)Sozialarbeit, Migration, Justiz, Verwaltung, Schule/Ausbildung. Schwerpunkte der Interviews mit den ExpertInnen waren: Wahrnehmung von KlientInnen in Therapie und Beratung; Umgang der Zielgruppe mit Hepatitis; Vorstellungen einer guten Versorgung; Bedingungen einer guten Zusammenarbeit bei der Versorgung der Zielgruppe.

Alle Interviews wurden aufgezeichnet, verschriftlicht und, sofern sie auf Russisch geführt wurden, ins Deutsche übersetzt. Die Datenauswertung erfolgte mittels kodierender und kategorisierender Verfahren.

### **2.2 Kurzzusammenfassung von Studienergebnissen**

Zentrale Ergebnisse unserer Studie, die sich auf die Bereiche

- Hepatitisbezogenes Krankheitserleben und -verhalten
- Versorgungsvorstellungen
- Inanspruchnahmebarrieren
- Hilfesuchverhalten
- Abhängigkeitsverständnis und -erleben

beziehen, werden im Weiteren zusammengefasst. Zu den ersten drei Aspekten werden den Sichtweisen der MigrantInnen die der MitarbeiterInnen des Hilfesystems gegenübergestellt. Für die Kurzdarstellung der letzten beiden Bereiche werden nur die Sichten der MigrantInnen

dargestellt, da die Fachkräfte nicht hierzu befragt wurden. Aus unseren Ergebnissen sollen abschließend einige Handlungsempfehlungen zum Umgang mit der Zielgruppe in der integrierten Versorgung abgeleitet werden.

### **Hepatitisbezogenes Krankheitserleben und -verhalten**

Hepatitis ist für viele der befragten MigrantInnen ‚kein Thema‘. Sie ignorieren insbesondere das Risiko, dass sie sich nicht nur im Zuge des intravenösen, sondern auch des intranasalen Drogenkonsums mit Hepatitis C anstecken können. Unklar ist diesen Befragten auch, wie die Erkrankung verläuft. Für sie ist es kaum verständlich, dass die Krankheit die Leber betrifft, wogegen das Virus selbst durch verseuchtes Blut übertragen wird. Wenn diese Befragten bereits Hepatitis haben, sensibilisiert sie dies kaum für die Krankheit.

Einer (drohenden) Hepatitis haftet aus Sicht unserer Interviewten oft auch etwas Mystisches und Geheimnisvolles an. So erscheint die Erkrankung als harte, aber gerechte Strafe für eigenes ‚Fehlverhalten‘ (illegaler Drogenkonsum). Im Umgang mit der Krankheit verlassen sich diese Interviewten auf ‚höhere Mächte‘, die ihnen im Kampf gegen die Krankheit beigestanden haben und dies auch weiterhin tun. Zudem vertrauen sie ihren psychischen Ressourcen wie Willensstärke und Optimismus. Auf eine medikamentöse Behandlung der Hepatitis verzichten die Befragten häufig deshalb, weil sie die Substitution als günstige Voraussetzung hierfür (vgl. Sarrazin et al., 2010) ablehnen.

Einige unserer Befragten, die bereits von Hepatitis betroffen sind, setzen sich aktiv mit ihrer Krankheit auseinander. Diesen Interviewten ist sehr wichtig, dass die Erkrankung behandelt wird. Dazu sind sie bereit, (künftig) drogenfrei zu leben. Sie verweisen zugleich darauf, dass es für sie klare Perspektiven geben muss, damit ihnen der Verzicht auf die Drogen gelingt.

Werden die Ansichten der MigrantInnen in Bezug gesetzt zum Erfahrungswissen der ExpertInnen, zeigt sich, dass auch für Fachkräfte die Krankheit oft ‚kein Thema‘ ist. Obwohl sie beruflich mit Drogenkonsumenten zu tun haben, meinen viele MitarbeiterInnen des Versorgungssystems, dass für die Prävention der Krankheit sowie für die Betreuung und Versorgung der Betroffenen nicht sie, sondern einzige Ärztinnen und Ärzte zuständig sind. Bis auf Ausnahmen nehmen die befragten ExpertInnen an, dass Hepatitis C für FSU-MigrantInnen im Vergleich zum intravenösen Drogenkonsum sowie zu ihrer insgesamt schwierigen Lebenslage nebensächlich ist.

### **Versorgungsvorstellungen**

Viele MigrantInnen meinen, dass Hilfeangebote die KonsumentInnen nicht nur darin unterstützen sollten, den Substanzgebrauch zu beenden oder zu reduzieren, sondern auch darin, ein sozial halbwegs abgesichertes Leben fern der Drogenszene zu führen. Förderlich für solch eine soziale Integration sind nach Meinung dieser Befragten Werte und Ziele, für die es sich lohnt, aus dem Heroin- oder Alkoholkonsum auszusteigen. Verwiesen wird speziell auf religiöse Werte, die Befragten wünschen sich insofern, dass Hilfeangebote auch spirituell

orientiert sind. Wichtig ist ihnen oft auch, dass suchtspezifische Hilfen sinnvolle Freizeitaktivitäten anbieten, die den Fähigkeiten und Interessen der Betroffenen entsprechen. Unter unseren MigrantInnen finden sich auch Befragte, aus deren Sicht suchtspezifische Hilfen sehr engmaschig strukturiert sein und entsprechend klare Vorgaben machen sollten, die wenig Handlungsspielraum lassen. Kontrolliert und wenn nötig sanktioniert werden sollte vor allem die Einhaltung therapeutischer Regeln und persönlicher Absprachen. Werden die Versorgungsvorstellungen der MigrantInnen mit denen der ExpertInnen verglichen, so zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung. Während jedoch die ExpertInnen hervorheben, dass Hilfeangebote den Alkohol- oder Drogengebrauch der KlientInnen prinzipiell akzeptieren und die Betroffenen zu einem risikoärmeren Konsum anregen sollten, sind die MigrantInnen häufig vor allem daran interessiert, den Substanzgebrauch mithilfe der Fachkräfte zu beenden.

### **Inanspruchnahmebarrieren**

Die MigrantInnen nehmen bestimmte Anforderungen in Beratung und Therapie oft als Überforderung wahr, die sie zum Abbruch des Hilfesgeschehens veranlasst. Ihnen fällt es schwer, sich mit der Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen auseinanderzusetzen und im Therapieprozess persönliche Gefühle und Befindlichkeiten preiszugeben. Diese gehen aus ihrer Sicht niemanden etwas an, der nicht zum engen Freundes- oder Verwandtenkreis gehört.

*„Vor sechzig Leuten musst ich mich vorstellen so, da hab’ ich Schweißausbruch bekommen (...) alle sind immer auf mich zugekommen „Hey hallo, wie geht's Dir, wie geht's Dir, wie fühlst Du Dich“. Ich denk 'Bor, warum fragt mich das jeder?“ (Arkadij<sup>2</sup>, Z. 252-257)*

Auch halten es die Interviewten häufig für sinnlos, sich mit anderen Betroffenen therapeutisch angeleitet über ihren Alkohol- oder Drogenkonsum auszutauschen. Während sie kein Interesse an der Situation anderer Betroffener haben, meinen sie, dass sich diese aufgrund völlig anderer Problemlagen umgekehrt nicht in ihre Lage versetzen können.

Zudem beklagen viele Befragte, dass ihnen Ärztinnen, Ärzte und TherapeutInnen aufgrund von Zeitmangel dann nicht für Gespräche zur Verfügung stehen, wenn sie sie subjektiv am stärksten benötigen. Die Betroffenen fühlen sich folglich mit ihren Problemen alleingelassen. Ihnen fehlt es an Gelegenheiten, intensive, persönliche Beziehungen zu MitarbeiterInnen des Hilfesystems einzugehen, die in ihrem Verständnis nötig sind, um Probleme offen zu legen. Viele Befragte beklagen auch bürokratische Prozeduren im Rahmen des Hilfeprozesses. Sie meinen, dass es oft sehr lange dauert, ehe Hilfen geplant, genehmigt und eingeleitet werden. Werden zielgruppenspezifische Barrieren der Inanspruchnahme aus Sicht der befragten ExpertInnen betrachtet, so verweisen diese auf ein hohes Misstrauen der MigrantInnen, die meist (zu) spät professionelle Hilfen suchen. Häufig ist das erst der Fall, wenn sich gesundheitliche und soziale Problemlagen verfestigt haben.

---

<sup>2</sup> Alle Namen wurden anonymisiert.

Aus Sicht der interviewten ExpertInnen sind die MigrantInnen einerseits durch kulturell tradierte Barrieren an der Inanspruchnahme von Hilfen gehindert. So schämen sie sich, dass sie in den illegalen Drogenkonsum – der in vielen Herkunftsländern stark tabuisiert ist (Mendelevich, 2011) – ‚abgerutscht‘ sind. Sie versuchen daher, dieses Problem zu verbergen. Andererseits sind die MigrantInnen von vergleichbaren Barrieren betroffen wie ProbandInnen ohne Migrationshintergrund (mangelndes Problembewusstsein; Komm-Strukturen der Suchthilfe).

### **Hilfesuchverhalten**

Die befragten MigrantInnen unterscheiden sich in ihrem konsumbezogenen Hilfesuchverhalten stark voneinander. Unter ihnen finden sich Interviewte, die sich mit (langjährigen) Alkohol- oder Drogenproblemen aktiv auseinandersetzen. Dazu nehmen sie wiederholt und gezielt Hilfen in Anspruch. Sie nehmen therapeutische Empfehlungen ernst und arbeiten am Hilfesgeschehen mit. Dass sich ihre Lebenssituation zu stabilisieren beginnt und sie Therapien erfolgreich abgeschlossen haben, führen diese Interviewten auf ihren Willen, drogenfrei zu leben, ebenso wie auf die Unterstützung durch Bezugspersonen und TherapeutInnen zurück.

Andere Befragte nehmen angesichts schwerer Drogen- oder Alkoholprobleme zwar Hilfen in Anspruch. Sie verdeutlichen aber, dass sie solche Beratungs- oder Therapieangebote nicht aufgrund eigener Entscheidungen aufgesucht haben, sondern sich dazu gedrängt fühlten. Druck geht von äußeren Ereignissen wie Inhaftierungen ebenso aus wie von Bezugspersonen. Diese Interviewten beschreiben ihr Verhalten im Hilfeprozess als sehr passiv. Dass sie im Zuge des Hilfeprozesses mittlerweile clean oder ‚trocken‘ sind, erscheint ihnen oft als Wunder, das allein dank der Macht Gottes zustande gekommen ist.

Unter den StudienteilnehmerInnen gibt es auch Befragte, die sehr ambivalent zu ihrem Alkohol- oder Drogenkonsum stehen. Sie meinen, diesen aufgrund seiner gesundheitlichen oder sozialen Folgen beenden zu müssen, können oder wollen auf die Substanzen aber oft nicht verzichten. Diese Befragten besuchen eher niedrighschwellige Versorgungsangebote (z.B. Drogenkonsumräume), und auch das nur sporadisch. Hilfen erscheinen lediglich als *eine* Option, mit Drogen- oder Alkoholproblemen umzugehen. Oft versuchen die Interviewten, drogenbedingte Belastungen eigenverantwortlich zu lösen, nehmen dabei aber unwissentlich neue Risiken in Kauf.

Ein gutes Fünftel der Befragten betrachtet suchtspezifische Hilfen angesichts bisheriger Erfahrungen als sinnlos. Diese Interviewten meinen, dass sie auf sich allein gestellt sind, um ihre Alkohol- oder Drogenprobleme zu lösen. Dass ihnen dies gelingen könnte, glauben sie nicht (mehr), sie fügen sich resignativ in ihren intensiven Substanzgebrauch.

### **Abhängigkeitsverständnis und -erleben**

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, gehen die befragten MigrantInnen davon aus, dass sie von Drogen oder Alkohol abhängig sind. Sie begründen dies unter Bezug vor allem auf psy-

chische (und soziale) Symptome. So meinen sie, dass sie Alkohol oder Drogen ‚brauchen‘, um alltäglichen Verrichtungen nachzugehen und um sich wohl zu fühlen. Zudem verweisen sie auf Entzugserscheinungen – mithin auf die körperliche Dimension einer Abhängigkeit.

Die meisten Befragten betrachten Abhängigkeitserkrankungen als sehr zerstörerisch. Sie verdeutlichen, dass sie ‚ihrer‘ Substanz – ganz überwiegend Heroin – alles, was bisher für sie wichtig war, unterordnen. Das eigene Leben wird zu einem Überleben, das auf die Sicherung der regelmäßigen Drogenzufuhr begrenzt ist. Erfolgreich abgeschlossene Drogentherapien ändern aus Sicht dieser InterviewpartnerInnen nichts daran, dass sie weiterhin abhängig sind. Eine Abhängigkeit besteht für sie lebenslang. Illegale Drogen oder Alkohol kontrolliert und mithin nicht-abhängig zu konsumieren, halten diese Interviewten für unmöglich.

Weitere InterviewpartnerInnen – ausschließlich HeroinkonsumentInnen – gehen davon aus, dass ihre Abhängigkeit allein eigenem Versagen anzulasten ist. Sie klagen sich dafür an, dass sie nur aufgrund von Leichtsinns oder Über- und Wagemut mit dem Heroinkonsum begonnen haben. Einen solchen ‚Fehler‘ begangen zu haben, lässt die Interviewten an ihrer Entscheidungs- und Handlungskompetenz zweifeln. Abhängig zu sein, laden diese Interviewten häufig auch mystisch-religiös auf, wenn sie meinen, dass eine Abhängigkeit gleichbedeutend ist mit einem „(...) unreinen Geist, der in uns lebte, ja, diesen Geist der Drogensucht“ (Galina, Z. 594-595).

Einige der MigrantInnen halten die Abhängigkeit von illegalen Drogen oder von Alkohol im Vergleich zu deren hohen Funktionalität für ein geringeres Problem. Sie nehmen meist keine Alternative zum scheinbar universellen ‚Problemlöser‘ Drogen oder Alkohol wahr und finden sich (implizit) damit ab, dass sie abhängig sind.

### **3. Handlungsempfehlungen**

Im Weiteren wird dargestellt, welche Handlungsempfehlungen sich aus unseren Studienergebnissen für die Versorgung von MigrantInnen aus der FSU, die intensiv Alkohol oder Drogen konsumieren und ein hohes Risiko für Suchtfolgekrankheiten wie Hepatitis C haben, ergeben. Handlungsempfehlungen lassen sich vor allem auf folgende drei Bereiche fokussieren:

- Empfehlungen für die Förderung gesundheitsrelevanten Verhaltens
- Empfehlungen für die Ausgestaltung von Versorgungsangeboten
- Empfehlungen für die Rahmenbedingungen von Versorgungsleistungen, die auf struktureller Ebene angesiedelt sind und sich auf das Problembewusstsein der Fachkräfte beziehen

#### **3.1 Empfehlungen für die Förderung gesundheitsrelevanten Verhaltens**

1. MigrantInnen, die als KonsumentInnen anzusehen sind und die noch keine lange Drogen- oder Alkoholkarriere hinter sich haben, sollten fundierte Informationen über psychoaktive Substanzen und deren Wirkung vermittelt werden. Dies sollte die Betroffenen in die Lage versetzen, eigene Konsumgewohnheiten einzuschätzen und zu

reflektieren. Die Ergebnisse unserer Studie haben gezeigt, dass sich viele FSU-MigrantInnen nach wie vor sehr naiv auf den Konsum insbesondere von illegalen Drogen einlassen und Anzeichen einer Abhängigkeit wie Entzugerscheinungen nicht schlichtweg leugnen, sondern fehl deuten (z.B. als harmloses Erkältungssymptom).

2. ZuwanderInnen, die den Konsum von Alkohol oder Drogen aktuell nicht beenden wollen oder können, sollten im Rahmen eines sekundärpräventiven Vorgehens zu weniger riskanten Konsummustern befähigt werden. KonsumentInnen von Alkohol müssten zu einem verantwortungsbewussten und maßvollen Umgang mit der Substanz befähigt werden. Rausche sollten insofern nicht, wie in unseren Interviews geschildert, zum Selbstzweck werden. Um keine unrealistischen Kontrollerwartungen zu erwecken, sollte zugleich das Bewusstsein der MigrantInnen dafür geschärft werden, dass es einen ‚sicheren‘ Konsum von Alkohol ebenso wenig wie von illegalen Drogen gibt.
3. Angebote der Hepatitisprävention müssen die MigrantInnen zu einer realistischeren Einschätzung von Infektionsrisiken befähigen. Der Zielgruppe sollte verdeutlicht werden, dass nicht nur von Utensilien des intravenösen Drogenkonsums eine Infektionsgefahr ausgeht, sondern beispielsweise auch von Haushaltsgegenständen, sofern diese blutbehaftet sind. Den MigrantInnen muss außerdem bewusst werden, dass die Gefahr, sich mit Hepatitis zu infizieren, auch bei nasalem Drogenkonsum gegeben ist.
4. MigrantInnen, die bereits hepatitiskrank sind, sollten verstärkt über Therapiemöglichkeiten und -voraussetzungen informiert werden. Fachkräfte des Versorgungssystems sollten vor allem versuchen, die soziokulturell tradierten Vorbehalte abzubauen, die MigrantInnen aus der früheren Sowjetunion gegenüber der Substitutionstherapie oft haben. In diesen Vorbehalten widerspiegeln sich das Verbot bzw. die öffentliche Ablehnung gegenüber dieser Behandlung in vielen Herkunftsländern der ZuwanderInnen (Mendelevich, 2010; Spicer et al., 2011). Die Ergebnisse unserer Studie belegen, dass MigrantInnen aus der FSU eine Substitutionsbehandlung oft emotional aufladen und sie als Beleg dafür sehen, dass sie der Arzt oder die Ärztin in der Abhängigkeit von Drogen ‚gefangen halten‘ will. Verzichten DrogenkonsumentInnen auf die Substitution, entfällt damit jedoch eine günstige Voraussetzung für die Behandlung der Hepatitis C (Sarrazin et al., 2010). MitarbeiterInnen des Versorgungssystems sollten den MigrantInnen den Sinn der Substitutionstherapie stärker vor Augen führen. Ihnen müsste verdeutlicht werden, dass diese Behandlung, die auf die Kontrolle drogenbedingter Risiken zielt (Vermeidung von HIV/Aids; Vermeidung von Beschaffungskriminalität und weiterem sozialen Abstieg) – ein Schritt auf dem Weg in die Abstinenz sein kann. Diese wird von FSU-MigrantInnen nicht selten angestrebt.

### **3.2 Empfehlungen für die Ausgestaltung von Versorgungsangeboten**

1. Um MigrantInnen (auch) aus der früheren Sowjetunion besser zu erreichen, ist eine weitere interkulturelle Öffnung des Versorgungssystems unabdingbar. Diese sollte als Gemein-

schaftsaufgabe begriffen werden und nicht an einzelne, prominente MitarbeiterInnen des Hilfesystems delegiert werden. Eine kulturell sensible Versorgung der Zielgruppe setzt kulturelle Kompetenzen von Fachkräften voraus. Diese sollten anerkennen, dass sich FSU-MigrantInnen in Bezug auf ihr sucht- und hepatitisbezogenes Krankheitsverständnis und -verhalten sowie hinsichtlich ihrer Erwartungen an den Versorgungsprozess von KlientInnen ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Fachkräfte des Hilfesystems sollten sich auf die MigrantInnen in ihrem ‚Anders-Sein‘ einlassen.

2. Fachkräfte sollten bereit sein, Handlungsgrundsätze, die für hierzulande sozialisierte KlientInnen entwickelt wurden, zu relativieren. So sollten SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen in Erwägung ziehen, MigrantInnen aus der früheren Sowjetunion (phasenweise) stärker ‚an die Hand zu nehmen‘ und damit Handlungsleitlinien, die auf die Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung zielen, zurückstellen. MigrantInnen aus der FSU haben oftmals ein starkes Bedürfnis nach klaren Vorgaben und Strukturen. Sie erwarten direkte Handlungsempfehlungen zur Überwindung ihrer Abhängigkeit. Dementsprechend erhoffen sie sich beispielsweise auch, dass ihnen mitgeteilt wird, wie sie sich in potentiell Rückfall auslösenden Situationen wie Familienkonflikten zu verhalten haben und welche Handlungsalternativen es für sie zum Konsum von Drogen oder Alkohol gibt. Gesprächsintensiven Hilfeangeboten hingegen, die zur Überwindung der Abhängigkeit auf Selbsterkenntnis, Eigeninitiative sowie auf die Gewinnung von Handlungsfähigkeit und Autonomie setzen, stehen viele FSU-MigrantInnen sehr skeptisch gegenüber.
3. Versorgungsangebote sollten auch kontrollorientiert gestaltet werden. Fachkräften des Versorgungssystems sollte bewusst sein, dass es unter FSU-MigrantInnen KlientInnen gibt, für die höchst verbindliche therapeutische Absprachen sehr wichtig sind. Diese ZuwanderInnen erwarten auch, dass die Einhaltung dieser Absprachen kontrolliert und bei Bedarf durch die MitarbeiterInnen des Hilfesystems sanktioniert wird.
4. MitarbeiterInnen des Versorgungssystems sollten die impliziten Erwartungen, die MigrantInnen aus der früheren Sowjetunion an TherapeutInnen und SozialarbeiterInnen oftmals haben, kennen und einzelfallorientiert prüfen, inwieweit sie ihnen bei der Ausgestaltung des Hilfeprozesses gerecht werden können. Wie sich ‚ihre‘ SozialarbeiterInnen oder TherapeutInnen ihnen gegenüber verhalten, betrachten die MigrantInnen häufig als entscheidend dafür, ob sie Versorgungsangebote annehmen und ob es ihnen gelingt, den Konsum von Alkohol oder Drogen zu beenden. Viele ZuwanderInnen erwarten ein autoritatives Verhalten von ihrem Therapeuten oder ihrer Therapeutin, der/die einerseits gütig und gerecht, andererseits aber auch fordernd und konsequent sein sollte. Sie wollen außerdem, dass sich TherapeutInnen sehr viel Zeit für sie nehmen. Fachkräfte des Hilfesystems sollten daher der Beziehungsarbeit mit den MigrantInnen einen hohen Stellenwert einräumen.
5. Zielgruppenspezifische Hilfen sollten ganzheitlich ausgerichtet sein. Versorgungsangebote

sollten nicht allein auf die Behandlung und Begleitung der Abhängigkeitsproblematik fokussieren, sondern um psychosoziale Hilfen zur Integration der Betroffenen in ein drogenfreies Umfeld sowie in die hiesige Gesellschaft ergänzt werden. Fachkräfte, die die MigrantInnen aus der alltäglichen Arbeit kennen und daher deren speziellen Interessen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einschätzen können, sollten die Betroffenen darin unterstützen, die innere Leere, die sich aus dem Verzicht auf die Substanzen ergibt, durch subjektiv sinnvolle Aktivitäten zu füllen. Unterstützungsangebote müssten zudem aus einer Kette von zusammenhängenden Versorgungsleistungen bestehen und sowohl präventive als auch therapeutische Hilfen umfassen.

6. Angebote zur Hepatitisprävention und (Früh-)Versorgung, die über die Krankheit informieren und diagnostische Tests anbieten, sollten in einem niedrigschwelligen Setting stattfinden, das aufsuchende Arbeit in den Drogenszenen vor Ort umfasst – ‚auf der Straße‘ oder in lebensweltnahen Einrichtungen wie in Drogenkonsumräumen oder auch in Einrichtungen der Obdachlosenhilfe, in der sich zunehmend MigrantInnen auch aus der FSU aufhalten. VersorgungsanbieterInnen sollten nicht in festen Beratungsstellen oder Praxen auf die Betroffenen ‚warten‘, sondern sich zu ihnen hinbegeben. Somit sollten auch die MigrantInnen mit intravenösem oder -nasalem Drogenkonsum erreicht werden, die keine weiterführenden gesundheitlichen oder sozialen Hilfen in Anspruch nehmen und kein Bewusstsein haben, dass sie von Hepatitis bedroht oder betroffen sein könnten.
7. Damit der in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht hohe Hilfebedarf der MigrantInnen gedeckt werden kann, empfehlen sich eine bessere Vernetzung zwischen unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen sowie die Schaffung von verbindlicheren Strukturen für eine gemeinsame Zusammenarbeit. Für ein zeitnahes Reagieren auf die Problemlagen der Zielgruppe erscheint vor allem eine stärkere Vernetzung von Suchthilfe und Ärztinnen und Ärzten vornehmlich aus Substitutionspraxen einerseits und Jugendhilfeangeboten, Angeboten der Migrations- und Sozialberatung sowie justitiellen Instanzen andererseits sinnvoll. Den ZuwanderInnen sollten möglichst Hilfen aus einer Hand sowie aufeinander abgestimmte Hilfeleistungen geboten werden. Anderenfalls ist die Gefahr groß, dass KlientInnen, die aus ihrer Sicht wahllos zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten hin- und hergeschickt werden, den Unterstützungsprozess frustriert abbrechen.
8. Um Hilfen für die MigrantInnen stärker miteinander zu vernetzen, bietet sich das Case-Management als methodisches Herangehen an. Eine solche geregelte Fallverantwortung müsste Klarheit schaffen über die wesentlichen Probleme und Ressourcen der Hilfesuchenden. Sie würde außerdem beinhalten, dass den Betroffenen während des gesamten, an die verschiedenen Instanzen gebundenen Stabilisierungsprozesses eine feste Bezugsperson zur Seite steht. Diese sollte die Hilfen bündeln, dokumentieren und über die weitere Behandlung mitentscheiden. Das Vorhandensein eines persönlichen Ansprechpartners oder einer Ansprechpartnerin über den gesamten Versorgungsprozess hinweg berücksichtigt zugleich das ausgeprägte Bedürfnis vieler MigrantInnen nach engen

(Arbeits-)Beziehungen zu MitarbeiterInnen des Hilfesystems.

9. Das Schnittstellenmanagement zwischen ambulanten und stationären Hilfeangeboten innerhalb der Suchthilfe sowie zwischen verschiedenen Sektoren des Hilfesystems – Suchthilfe, medizinische Versorgung, (Migrations-)Sozialarbeit, Jugendhilfe, Justiz, Schule/Ausbildung – sollte optimiert werden. Somit sollten lange Wartezeiten beispielsweise auf weiterführende (stationäre) Hilfen vermieden werden, in deren Verlauf die Betroffenen die ‚Lust‘ verlieren, am Hilfeprozess weiter mitzuarbeiten und sich daher zurückziehen.

### **3.3 Empfehlungen für die Rahmenbedingungen von Versorgungsleistungen**

1. Fachkräfte des Versorgungssystems, die in Einrichtungen und Institutionen arbeiten, die sich nicht auf ‚Sucht‘ spezialisiert haben, sollten sich mit diesem Thema stärker auseinandersetzen. Einschlägige Studien und Praxisberichte weisen darauf hin, dass suchtgefährdete Menschen im Vorfeld der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen zahlreiche Kontakte zu anderen Versorgungssystemen wie Medizin, sozialen Hilfen oder auch zu Jugendhilfe, Schule und Justiz haben (Görge, 2008; Schulte et al., 2008). Unsere Interviews verdeutlichen jedoch, dass MitarbeiterInnen des Hilfesystems oft dazu neigen, den Konsum von Drogen oder Alkohol als mögliche Ursache für Probleme von KlientInnen entweder zu dramatisieren oder auszublenden. Zugleich bieten sich ihnen durch ihre lebensweltnahe Arbeit oft besondere Möglichkeiten, um die Betroffenen bei Bedarf rechtzeitig für die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen zu motivieren.
2. Im Sinn einer stärkeren Integration von Hilfen in die unmittelbare Lebenswelt der Betroffenen sollte ‚Sucht‘ in ihren Verflechtungen mit ‚Migration‘ auch als Aufgabenfeld für nicht spezialisierte SozialarbeiterInnen und PädagogInnen begriffen werden, die in ihrem Arbeitsalltag mit suchtgefährdeten oder -kranken KlientInnen mit oder ohne Migrationshintergrund zu tun haben. Diese MitarbeiterInnen des Versorgungssystems sollten dazu in Fort- und Weiterbildungen stärker für ‚Migration und Sucht‘ sensibilisiert werden. Sie sollten befähigt werden, suchtspezifische Krankheitsvorstellungen von Menschen mit Migrationshintergrund, Behandlungserwartungen sowie Inanspruchnahmebarrieren in ihrer Kulturspezifität zu erkennen und angemessen im Hilfeschehen zu berücksichtigen. Fachkräfte aus spezialisierten Versorgungsangeboten wiederum müssten (auch) aufsuchend arbeiten und auf schwer erreichbare Zielgruppen wie (FSU)-MigrantInnen, die aufgrund geringen Problembewusstseins von der Inanspruchnahme absehen, zugehen.
3. Innerhalb der Suchthilfe dürfen abstinenz- und akzeptanzorientierte Hilfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. MitarbeiterInnen sollten in Betracht ziehen, dass viele FSU-MigrantInnen, die intensiv Alkohol oder Drogen gebrauchen, zwar (aus Scham) nicht über die damit verbundenen Probleme sprechen, gleichwohl aber einen hohen Leidensdruck haben und die Substanzen nicht (mehr) deshalb konsumieren, weil ihnen das Hochgefühl verschafft. Oftmals wollen die ZuwanderInnen den Konsum zumindest ihrer Leitdroge komplett beenden. Sie betrachten akzeptanzorientierte Hilfen wie Drogenkonsumräume

oder Substitutionsbehandlungen eher als zweite Wahl, die in Frage kommt, wenn sie in Beratungs- oder Therapieeinrichtungen ‚gescheitert‘ sind. Fachkräfte des Versorgungssystems sollten die MigrantInnen stärker über die Ziele, Möglichkeiten (und Grenzen) der unterschiedlichen Suchthilfeangebote in Deutschland informieren und das Wissen darüber nicht voraussetzen. Den MigrantInnen sollte deutlich werden, dass Hilfen, die auf die Kontrolle drogenbedingter Risiken zielen, ein Schritt auf dem Weg in die Abstinenz sein können.

4. Fachkräfte des Versorgungssystems sollten sich für eine Entstigmatisierung des illegalen Drogenkonsums – insbesondere – in der russischsprachigen Community sowie für den Abbau der Diskriminierung von Abhängigen einsetzen. Unter den von uns befragten MigrantInnen aus der früheren Sowjetunion finden sich nach wie vor viele ProbandInnen, die sich für ihren intravenösen oder -nasalen Konsum illegaler Drogen ebenso wie für Hepatitis C als Suchtfolgeerkrankung stark verurteilen und deshalb auch keine Unterstützung in Anspruch nehmen.
5. SozialarbeiterInnen und andere nichtmedizinische Fachkräfte des Versorgungssystems, die mit (potentiell) hepatitiskranken DrogenkonsumentInnen beruflich zu tun haben, müssen ausreichend für das Thema ‚Hepatitis‘ sensibilisiert sein und wissen, wie die Krankheit übertragen wird und welche Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Ihnen sollte bewusst sein, dass für die Prävention von Hepatitis und für die Betreuung der Betroffenen nicht allein Ärztinnen und Ärzte zuständig sein können, die oft erst spät, wenn sich gesundheitliche Probleme bereits verfestigt bzw. chronifiziert haben, mit der Zielgruppe in Kontakt kommen. SozialarbeiterInnen, die dagegen meist ‚an der Basis‘ mit den MigrantInnen zu tun haben, könn(t)en die Funktion eines Türöffners zur Gesundheitsversorgung einnehmen, der in den Betroffenen ein Bewusstsein weckt für gesundheits- und krankheitsbezogene Belange, sie beispielsweise auf Hepatitis-Schnelltests hinweist und sie ermutigt, bei Bedarf Hilfe zu suchen. Damit die Fachkräfte auf solche Aufgaben vorbereitet sind, sollten ihnen zu gesundheitsbezogenen Themen wie Hepatitis regelmäßige Fortbildungen geboten und sektorübergreifende Möglichkeiten der Vernetzung und des Informationsaustauschs geschaffen werden. Gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse und Handlungsmethoden sollten zudem als Studieninhalte verstärkt Eingang finden in die Aus- und Weiterbildung von SozialarbeiterInnen und anderen Berufsgruppen.
6. Eine besondere Herausforderung für eine zielgruppenspezifische Versorgung besteht darin, Lösungen aufzuzeigen und gesellschaftlich zu diskutieren, inwieweit MigrantInnen, die (hierzulande) nicht krankenversichert sind, von sucht- und hepatitisbezogenen Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen profitieren können. Gemäß den Ergebnissen unserer Studie sind die Betroffenen hierfür bislang auf individuelle Barmherzigkeit angewiesen. Jenseits der Strukturen des gesundheitsbezogenen Regelsystems werden sie nicht selten zum Opfer von ‚schwarzen Schafen‘, die unseriöse Behandlungen von Abhängigkeitserkrankungen ebenso wie von Hepatitis C anbieten.

## Literaturverzeichnis

Bottlender, R., Hloucal, T. M., & Priebe, S. (2011). Gemeindepsychiatrische Versorgung von Migranten. In: W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 517-525). München: Urban & Fischer.

Buggisch, P., Petersen, J., Urlea-Schön, I., Rossol, S., Möller, B., Heyne, R., ... Bilzer, M. (2012). High prevalence of chronic hepatitis C in 8009 patients with migration background living in Germany. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 50-K054.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008). *Drogen- und Suchtbericht*. Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung BMG.

Eppenstein, T., & Kiesel, D. (2011). Interkulturelle Kompetenz als professionelle Herausforderung in der sozialen Arbeit. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S.527-535). München: Urban & Fischer.

Görgen, W. (2008). „Integrierte Versorgung“ – Entwicklungsaufgabe der Suchthilfe. In Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. Frankfurt/M. (Hrsg.), *Suchthilfe im Verbund. Aufsuchen – Begleiten – Behandeln* (S. 66-77). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Hoffmann, K. (2011). Interkulturelle Fragestellungen bei forensischen Behandlungen. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S.499-507). München: Urban & Fischer.

Isralowitz, R., Reznik, A., Spear, S. E., Brecht, M. L., & Rawson, R. A. (2007). Severity of heroin use in Israel: comparisons between native Israelis and former Soviet Union immigrants. *Addiction*, 102, 630-637.

Mendelevich, V. (2010). Bioethical preferences of supporters and opponents of agonist opioid therapy in Russia. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 12, 33-38.

Mendelevich, V. (2011). Bioethical differences between drug addiction treatment professionals inside and outside the Russian Federation. *Harm reduction journal [electronic resource]*, 8:15.

Sarrazin, C., Berg, T., Ross, R. S., Schirmacher, P., Wedemeyer, H., Neumann, U., ..., Zeuzem, S. (2010). Prophylaxis, diagnosis and therapy of hepatitis C virus (HCV) infection: the German guidelines on the management of HCV infection. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 48, 289-351.

Schulte, B., Stöver, H., Leicht, A., Schnackenberg, K., & Reimer, J. (2008). Prävention der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51, 1-9.

Spicer, N., Bogdan, D., Brugh, R., Harmer, A., Murzalieva, G., & Semigina, T. (2011). 'It's risky to walk in the city with syringes': understanding access to HIV/AIDS services for injecting drug users in the former Soviet Union countries of Ukraine and Kyrgyzstan. *Globalization and health [electronic resource]*, 7:22.