

1. Zur Einleitung

Nichts Neues unter der Sonnen: Zuwanderung, Flucht, Willkommenskultur, Stigmatisierung

2017

Zeus, Hort auf der Flucht, möge schaun voller Huld
Auf unsere Schar, die zu Schiff aufbrach
Von dem Mündungsgebiet, dem feinsandgen Ried
Des Nils. Das heilige verlassend,
Nahe Syrien das Land, sind wir nun auf der Flucht

Aischylos: Die Schutzflehenden, 463 v. Chr.

Merkwürdigerweise muss es schon als Fortschritt angesehen werden, wenn Tatsachen nicht mehr einfach geleugnet werden: verstehen wir es also als einen solchen Fortschritt, dass kaum noch bestritten wird, dass die BRD ein Einwanderungsland ist. Die Tatsachen bestehen schon wesentlich länger als diese Einsicht.

Nennt man nur die größten Zuwanderungsbewegungen in der Geschichte der BRD, ergibt sich die folgende Liste:

Um 1950:	12,5 Millionen Vertriebene (BRD + DDR)
1955 - 1973	11 Millionen Arbeitsmigranten
1990 - 1993	1,2 Millionen Asylbewerber
1990 - 2000	3,5 Millionen Aussiedler
2007 - 2013	5 Millionen EU-Binnenmigranten
2015 - 2016	1 Million Asylbewerber

In Jahren mit schwächeren Zuwanderungsbewegungen, auch in den seltenen Jahren, in denen das sog. Zuwanderungssaldo, also die Differenz von Zuzügen und Fortzügen negativ ausfällt, gelangen stets mehr als 500.000 Menschen neu nach Deutschland. Für alle Versorgungsbereiche entsteht daraus die Notwendigkeit, alljährlich mindestens eine halbe Million Menschen, die mit den Systemen nicht vertraut sind, dennoch aber Versorgungsbedarf und Versorgungsanspruch haben, zu berücksichtigen und mit ihren Angeboten zu erreichen.

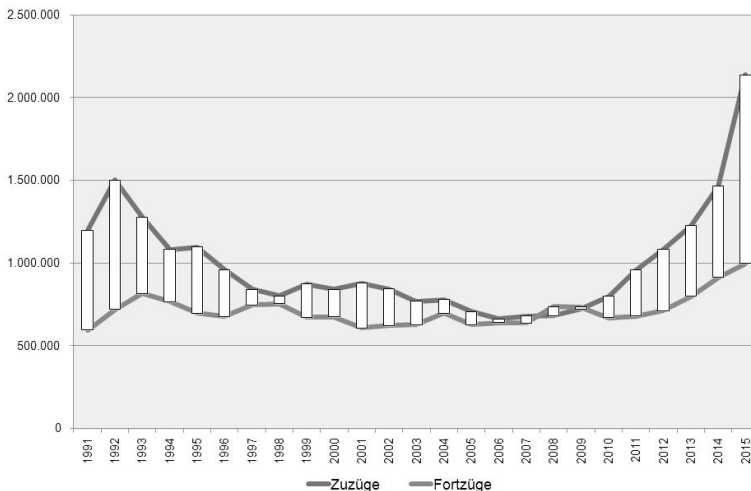


Abbildung 1: Zu- und Fortzüge über die Grenzen Deutschlands von 1991 bis 2015
(Quelle: Statistisches Bundesamt)

Betrachtet man nicht die jeweils aktuellen Zuwanderungsbewegungen, sondern die Zusammensetzung der Gesamtbevölkerung nach Migrationshintergrund, zeigt sich, dass etwa 21 % der Einwohner der BRD einen Migrationshintergrund haben, die meisten davon eigene Migrationserfahrung. In den bundesdeutschen Ballungsräumen sind die Anteile der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte naturgemäß noch wesentlich höher. So kann Mikrozensus-Ergebnissen entnommen werden, dass beispielsweise in Frankfurt am Main knapp 70 % der Bevölkerung im Alter bis 14 Jahre Migrationshintergrund hat. Geht es um Zuwanderung und insbesondere die Frage nach adäquater Versorgung von Zuwanderern in der BRD, handelt es sich also in vieler Hinsicht und in bestimmten Kontexten nicht mehr um ein Thema, das eine beträchtliche Minderheit betrifft, sondern längst um ein Thema, das die Mehrheit der Bevölkerung betrifft.

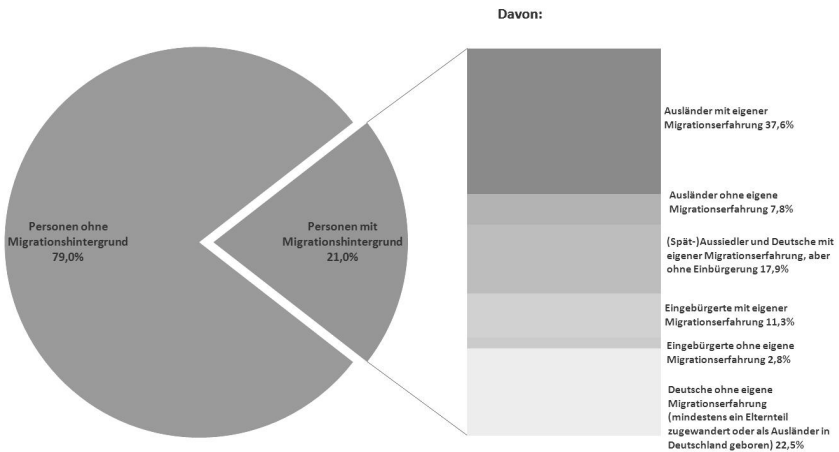


Abbildung 2: Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Jahr 2015
(Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2015)

In mehreren der Beiträge dieses Bandes wird auf Probleme in der Versorgung suchtkranker und suchtgefährdeter Migranten hingewiesen. Im Laufe der vergangenen 25 Jahre hat es zweifellos Verbesserungen der Versorgungslage gegeben. Dazu haben zahlreiche Projekte beigetragen und auch einige Forschungsarbeit, konzeptionelle Entwicklungsprozesse in der Praxis u. a. m.

Dennoch kann nicht behauptet werden, im Bereich der Suchthilfe habe sich die Versorgungssituation für Migranten grundlegend verbessert. Die in den folgenden Beiträgen wiederholt vorgetragenen Hinweise auf offenkundige Versorgungsdefizite haben leider auch weiterhin Gültigkeit. So ist z. B. auch in den letzten Jahren die erhebliche, durchschnittlich mehr als sechsfache Überrepräsentation von Aussiedlern in der Zahl der Drogentoten in Baden-Württemberg nahezu unverändert.

Überdies ist festzustellen, dass auch verschiedene Verbesserungen, mehr Bewusstsein für die Zuwanderungstatsachen und erhöhte Präsenz der Themen Kultursensibilität, Interkulturalität usw. nicht verhindern, dass im Zusammenhang mit neuen Zuwanderungswellen die Fehler der Zeiten früherer Zuwanderungswellen schlicht wiederholt werden. So hat die große Zuwanderungsgruppe der EU-Arbeitsmigranten nur sehr vereinzelt die Aufmerksamkeit des deutschen Suchthilfesystems gefunden.

Hier finden – auf gesellschaftspolitischer Ebene, wie auch auf System- und Fachebene, wie auch auf individueller Ebene - altbekannte Ver- kennungen statt: Benachteiligung, Diskriminierung, provisorische Wohn- verhältnisse, vermeintlich vorübergehende Trennung von Familien, Rückkehrillusion, Rückkehrdruck, Übersehen der Hilfebedarfe. Die in Beitrag Nr. 12 wiedergegebenen Abbildungen 3 bis 5 und die dortigen Ausführungen dazu beschreiben durchaus die Realität auch der aktuel- len Arbeitsmigration.

Angesichts des neuesten Zuwanderungsgeschehens, das durch verhält- nismäßig große Zahlen von geflüchteten Menschen geprägt ist, besteht allerdings die Aussicht, dass die Fachdienste der Versorgungsbereiche früher auf die bevorstehende Bedarfsentwicklung reagieren als bei frü- heren vergleichbar großen Zuwanderungszahlen. Diese Zuwanderung hat nämlich eine wesentlich größere öffentliche Resonanz erfahren als andere.

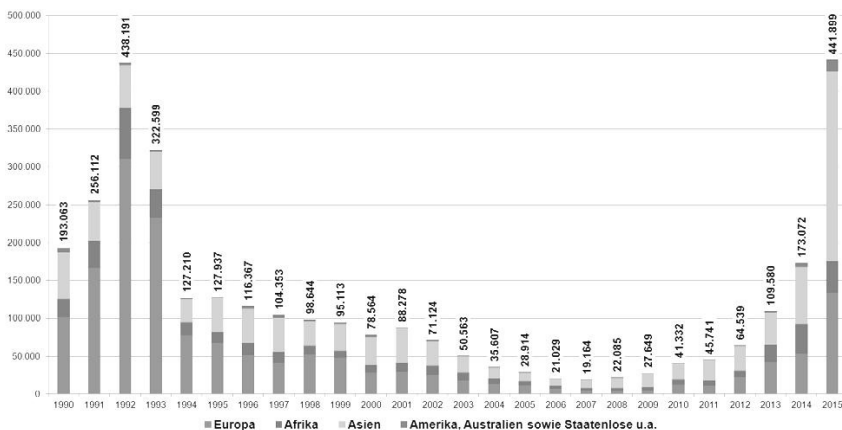


Abbildung 3: Asylantragsteller nach Herkunftskontinenten von 1990 bis 2015 (ab 1995 nur Erstanträge. Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge)

Diese öffentliche Resonanz, wie sie in massenmedialen Gestaltungen in Erscheinung tritt, spiegelt sozialpsychologische Mechanismen wider, die in Zusammenhang mit Migrationsgeschehen regelmäßig zu beobachten sind und im vorliegenden Band unter in Beitrag Nr. 12 beispielhaft skiz- ziert werden.

Die basale Reaktion auf das Fremde spielt sich zwischen den Polen „Angst vor dem Fremden“ und „Faszination durch das Fremde“ ab. In

massenmedialen Gestaltungen spielt offenbar der Pol der xenophoben Reaktion nach Häufigkeit und Verbreitung die größere Rolle, aber auch die Faszinationsseite findet Ausdruck.



Abbildung 4: Titelseiten mit Tendenz zu Xenophobie und zu Faszination

Die xenophobe Warnung richtet sich nicht nur gegen den Islam als Lieblingssündenbock, sondern auch gegen verschiedene andere Zuwanderergruppen:



Abbildung 5: Verschiedene Migrantengruppen (Aussiedler, Roma) als Angstobjekt

Im Zuge der Zuwanderung geflüchteter Menschen im Jahr 2015 fand eine bis dahin ungewohnte Verlagerung des Schwerpunktes der Reaktion auf die Fremden statt. Die üblichen xenophoben Aussagen wurden vorübergehend verdrängt von Aussagen, die Empathie und Hilfsbereitschaft bekunden und damit sowohl der sogenannten Willkommenskultur wie auch der Faszinationsseite der Reaktion auf das Fremde zuzurechnen sind.

Wiederum illustriert durch Titelseiten, kann der Vergleich von Spiegel- und Bild-Ausgaben von vor dem Jahr 2015 und aus dem Jahr 2015 dies verdeutlichen:



Abbildung 6: „Spiegel“-Titel vor und während der Fluchtzuwanderung 2015



Abbildung 7: „Bild“-Titel vor und während der Fluchtzuwanderung 2015

Aus den in Beitrag Nr. 12 skizzierten Ausführungen über die sozialpsychologischen Implikationen von Zuwanderung, wie sie insbesondere aus dem Etablierten-Außenseiter-Theorem Norbert Elias' zu folgern sind, kann abgeleitet werden, dass es nur eine Frage der Zeit war, wann die quasi überwiegend positiven Reaktionen auf die sog. Flüchtlingswelle umschlagen würden in die überwiegend xenophobe Reaktion, die den Boden für die üblichen stigmatisierenden und ausgrenzenden Tendenzen mit den bereits von Elias benannten, mit beeindruckender Gesetzmäßigkeit wiederkehrenden Zuschreibungen bildet.



Abbildung 8: Kippen von „Willkommenskultur“ zu „Stigmatisierungskultur“ (2015/2016)

Die Fachdienste der Sozialen Arbeit stehen vor der Aufgabe, derartige Gesetzmäßigkeiten zu durchschauen und deren Wirkung auf die praktische Arbeit zu reflektieren und einzugrenzen. Als Beziehungsarbeit hat Soziale Arbeit in erster Linie und immer wieder der Frage nachzugehen, wie Zuwanderer fachlich adäquat versorgt werden können. Hierzu bedarf es der stets einzufordernden Prozesse interkultureller Öffnung, der Entwicklung kultursensibler Konzepte, der aktiven Gestaltung interkultureller Kommunikationsabläufe und damit der fortwährenden Weiterentwicklung transkultureller Kompetenzen.

Zweifellos entstehen mit jeder neuen Zuwanderungswelle auch spezifische neue Bedarfe und spezifische Erfordernisse – beispielsweise hinsichtlich der Überwindung von Sprachbarrieren und anderen Zugangsbarrieren. Wie immer ist bei der Zuwanderung geflüchteter Menschen mit besonderen Problemlagen zu rechnen, weil außer den mit Migration ohnehin einhergehenden persönlichen Traumatisierungen und Krisen (s. Beitrag Nr. 12) in vielen Fällen massive Vor-Traumatisierungen stattgefunden haben, die zum Teil zur Fluchtmotivation beigetragen haben, zum Teil erst während der Flucht geschehen sind. Verschiedene Schätzungen hinsichtlich des aktuellen Hilfebedarfs dieser aktuellen großen Zuwanderergruppe, bezogen auf etwa 900.000 Einwanderer mit Fluchtgeschichte im Jahr 2015, differieren teilweise stark und nennen beispielsweise folgende Zahlen bzw. Ranges:

„Traumatisierung“ i. e. S.: 30 % - 60 %

„Psychotherapiebedarf“: 40.000 – 80.000 Personen

„Substanzabhängigkeit“: 30.000 Personen

Aufgrund der migrationsbedingten Belastungen, auf die auch in den Beiträgen in diesem Band verschiedentlich verwiesen wird, ist davon auszugehen, dass zu diesen geschätzten Zahlen, die sich auf die Ausgangssituation unmittelbar nach Einreise beziehen, eine schwer zu schätzende Zahl zu rechnen sein wird, die auf Krisenverläufen, Symptombildungen und Erkrankungen beruht, die erst nach Migration in den Monaten und Jahren der „Integration“ entstehen.

Wesentliche Voraussetzung für alle neuen und kommenden Zuwanderungssituationen ist die Entwicklung der durch die Forderung nach transkulturellen Kompetenzen implizierten fachlichen und persönlichen Haltung, die das Rüstzeug für die Arbeit mit jedem Menschen, unabhängig von Herkunft, kulturellem Hintergrund und individueller Problemlage, bildet. Diese Haltung ist fortwährend auf die ganz persönlichen Gegebenheiten (kulturelle Prägungen, Millieufaktoren, fachliche Überzeugungen, Sozialisationsgeschichte) der professionellen Akteure hin zu re-

flektieren, aber auch auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen professionellen Handelns hin.

Im Zusammenhang mit Zuwanderung ist fortwährend von Integration die Rede. Integration soll sämtliche Probleme lösen, Integration soll der Schlüssel zum friedlichen Zusammenleben, das Erlernen der Sprache des Aufnahmelandes aber wiederum der Schlüssel zur Integration sein. Integrationsverweigerung ist demgemäß verrückt. Integration ist nämlich gut, und zwar dann, wenn sie in erster Linie als Pflicht des Zuwanderers verstanden wird. Gewiss, es wird auch betont, Integration sei „keine Einbahnstraße“, dies bedeutet jedoch zumeist, auch die Aufnahmegesellschaft habe sich darum zu kümmern, dass Zuwanderer in ihren pflichtgemäßen Integrationsbemühungen vorankommen. Da nämlich Integration als Eingliederung verstanden wird, müssen auch die Einheimischen so etwas zulassen, in Reih' und Glied der Einheimischen muss gewissermaßen auch etwas Platz gelassen werden, damit sich andere dahineingliedern können. Fortschrittliche sozialpolitische Denker stellen sich dabei auch nicht mehr vor, die Einzugliedernden müssten sich der einheimischen Gliederung vollständig anpassen und unerkennbar darin aufgehen: nach Eingliederung darf vielmehr noch erkennbar bleiben, dass es auch ein Vor-der-Eingliederung gab.

Die psychologischen Implikationen der Migration bedingen indessen, dass Eingliederung als Lösungskonzept gar nicht so ohne Weiteres funktionieren kann. Migrationserfahrungen gehen mit grundlegenden Entwicklungsvorgängen einher. Wie in anderen großen Lebens-Übergängen sind Krisenverläufe, Interaktionen, Kompromisse und die gesamte Entwicklungsdiagnostik zu beachten. Lebens-Übergänge sind Entwicklungen eines Ganzen, einer kompletten Welt, die nicht subjektiv zu fassen, also im einzelnen Menschen zu lokalisieren, sondern als Gestaltwandel, als Metamorphosen der Wirklichkeit zu verstehen sind. Komplette Wirklichkeitskonstruktionen werden in den Lebensübergängen umgebrochen. Das birgt unbegrenzte Gefahren und unbegrenzte Möglichkeiten zugleich. Brüche von Wirklichkeitskonstruktionen führen zu Wunden und Verletzungen. Auch diese betreffen nicht nur die einzelnen Menschen, die direkt damit zu tun haben, sondern die Welten, in denen sie leben.

Das Leben in Parallelgesellschaften kann demgemäß als erstklassige Methode zur Bewältigung migrationsbedingter Probleme fungieren. Der Verlust vertrauter Wirklichkeitskonstruktion wird dann teilweise dadurch geheilt, dass Konstruktionen verwirklicht werden, die den verlorenen ähnlich sind. Das kann sich auf alle Ebenen von sprachlichen Symbolsystemen beziehen, aber auch auf alles „Kulturelle“, auf Sitten, Gewohn-

heiten, Umgebungsgestaltung, Musik u. V. m. In der Tat hat die Bewältigungsmethode der Parallelwelt im Zusammenhang mit Migrationsbewegungen immer stattgefunden, zu allen Zeiten, in allen kulturhistorischen Kontexten: Deutsche Einwanderer in Nord- und Süd-Amerika, russische Einwanderer in Israel, türkische Einwanderer in Deutschland, französische Einwanderer in Preussen, pakistanische Einwanderer in England, römische Einwanderer in Germanien, gallische Einwanderer in Rom – immer entstanden, mindestens vorübergehend, Parallelgesellschaften der Einwanderer, sie mussten entstehen, um Brüche abzumildern und Übergänge zu gestalten. Für die Aufnahmegesellschaften aber bedeutet die Entstehung immer neuer Gesellschaftsvarianten Innovation, Anregung und Pluralität. Auseinandersetzungs-, Aneignungs- und Umgestaltungsprozesse sowie wesentliche Kulturimpulse bauen so dann darauf auf.

Wird Integration als Eingliederung verstanden und soll eine solche Integration als Lösung für migrationsbedingte Probleme erhalten, werden die psychologischen Implikationen der Migration schlicht ignoriert – vielleicht absichtsvoll übergangen, wahrscheinlich aber gar nicht begriffen. Wie könnte sonst auch nur die Idee entstehen, es sei eine migrationspolitisch vernünftige Maßnahme, für viele Migranten den Familiennachzug zu verhindern oder zu erschweren? Wie sollen migrationsbedingte Lebenskrisen überwunden werden, wenn die Wiederherstellung wesentlich wichtiger Beziehungskonstruktionen verhindert wird? Die Entwicklung von Krisen-Symptomen, wie sie in einigen der Beiträge des vorliegenden Bandes beschrieben werden, kann mit derartigen Maßnahmen und aufgrund eines verfehlten Integrationsbegriffes nur geradezu provoziert werden.

Dabei würde schon der Blick auf die Etymologie des Integrationsbegriffes einiges klarer machen und dazu beitragen können, fundamentale Fehler zu verhindern:

Nach Schellers Handlexicon (1796), bedeuten die zwei lateinischen Verb-Bildungen, die ins Deutsche mit „integrieren“ zu übersetzen sind:

integrasco, ere, 1) sich erneuern 2) ganz werden

integratio, avi, atum are, 1) erneuern, wieder anfangen 2) erfrischen, erquicken 3) wieder herstellen, heilen 4) ergänzen

Die substantivische lateinische Entsprechung zum deutschen „Integration“ bedeutet:

integratio, onis, Erneuerung, Erfrischung, Ermunterung

In seinem wirklichen Wortsinn also ist der Integrationsbegriff psychologisch wirklich brauchbar. In dem Sinn, der ihm sozialpolitisch aufgedrückt wird hingegen, ist er deplaziert, kontraproduktiv und irreleitend.

In den in diesem Band gesammelten Aufsätzen geht es um einen recht besonderen Aspekt von Migration und Integration, nämlich um die Anforderungen, die die Tatsachen der Zuwanderung an das Versorgungssystem der Suchthilfe stellen. Dies ist einerseits etwas Spezielles, und doch sind manche der zu diesem Speziellen anzustellenden Überlegungen auch durchaus auf andere, verwandte Fragestellungen zu übertragen. Dies um so mehr, als in den Phänomenen der Sucht möglicherweise weniger ein bestimmtes „Krankheitsbild“ als vielmehr wiederum eine bestimmte Grundverfassung, eine Version von Wirklichkeitskonstruktion zu erkennen ist, die eine Vielzahl von Problemen und Gefährdungen mit sich bringt und die als Beziehungsstörung zu einer Hemmung in den lebensnotwendigen Entwicklungsprozessen führt. Wenn man schon Sucht als Krankheit verstehen will, so doch immerhin nach der schon von Bumke formulierten Einsicht nicht als Krankheit im Menschen, sondern als Krankheit zwischen den Menschen. „Integrationsprobleme“ haben aber durchaus auch etwas mit Störungen zwischen den Menschen zu tun. Selbstverständlich entsteht Rauschmittelmisbrauch aber nicht aus der Absicht heraus, Beziehungen zu stören, sondern aufgrund der trügerischen Verheißung, in der Rauschmittelwirkung eine wenn auch schnell vorübergehende Verganzheitlichung, ein Gefühl des Heilwerdens, „Integration“ im oben beschriebenen Sinne des Wortes zu erfahren – jedoch wie im Traum, illusionär, nicht wahrhaftig, nur ein Phantom, deshalb mit dem eigentümlichen Wiederholungszwang der Sucht wieder und wieder und wieder.

2. Rehabilitation nicht-deutschsprachiger Abhängigkeitskranker: Erfahrungen und aktuelle Tendenzen

1994

1982 haben Brakhoff & Schmidtobreck die Ansicht vertreten, daß dem Problem suchtkranker Ausländer in der BRD verstärkte Aufmerksamkeit zugewendet werden muß (Suchtgefahren 28, 38 bis 41). Sie wiesen darauf hin, daß die spezifische soziale Situation ausländischer Arbeitnehmer und ihrer Familien mit ihren Sprachschwierigkeiten, vielfältigen Beziehungsstörungen und anderen Implikationen ein „Entwurzelungssyndrom“ bedingen kann, zu dessen Symptomen typischerweise die Rauschmittelabhängigkeit zählt.

1984 wurde in der Fachklinik Hohenrodt (Loßburg im Schwarzwald) des Caritasverbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart ein spezielles Langzeitentwöhnungsbehandlungs-Angebot für südslawische (früher „jugoslawische“) abhängigkeitskranke Männer mit geringen deutschen Sprachkenntnissen eingerichtet. Gruppen- und Einzelpsychotherapie werden in serbo-kroatischer Sprache durchgeführt. Damit ist gewährleistet, daß die Klienten in Interaktion und Selbstreflexion ohne sprachliche Hindernisse ausdrucksfähig sind, aber auch, daß der Therapie-widerstand nicht im Gewand der sprachlichen Verständigungsschwierigkeit auftreten kann. In den übrigen therapeutischen Bereichen sind die südslawischen mit den deutschen Klienten vermischt. Bisher wurden mehr als 400 südslawische Klienten behandelt.

Katamnestische Untersuchungen zeigen, daß es hinsichtlich des Behandlungserfolges keine signifikanten Unterschiede zwischen der deutschen und der südslawischen Klientengruppe gibt.

Die Auswertung anamnestischen Materials ergibt u. a., daß die spezifische Lebenssituation südslawischer Abhängigkeitskranker in ca. 50% der Fälle durch die Trennung von Ehepartner und Kindern, durch provisorische Wohnverhältnisse bei einer mittleren Aufenthaltsdauer zur Zeit der Reha-Behandlung von 19 Jahren geprägt ist.

1992 und 1993 war in der Fachklinik Hohenrodt eine deutliche Zunahme an Behandlungen von abhängigkeitskranken Aus- und Übersiedlern zu verzeichnen (Anteil in deutschen Gruppen 1990 ca. 1%, 1993 ca. 15%). Zugleich war zu beobachten, daß auch diese Klientel, obwohl deutsch-

stämmig, nicht über für eine auf Psychotherapie basierende Langzeit-Behandlung ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügt.

Hintergrund dieser Entwicklung ist zweifellos, daß von Anfang 1988 bis Ende 1993 ein Zuzug von mehr als 1,6 Millionen Aus- und Übersiedlern in die BRD stattgefunden hat. Nach vorsichtiger Rechnung ist statistisch davon auszugehen, daß diese Zahl ca. 60.000 abhängigkeitskranke Menschen einschließt.

Im Verlauf des Jahres 1993 wurde in Hohenrodt konzeptionell auf den Anmeldungsverlauf reagiert, indem gemäß der Prävalenz der Herkunftsländer Polen und UdSSR/GUS therapeutische Maßnahmen in polnischer und russischer Sprache eingerichtet wurden (psychotherapeutische Einzelgespräche, Kriseninterventionen sowie Indikationsgruppen). Aufgrund des eindeutigen Integrationszieles der Aus- und Übersiedler sind sie im übrigen Mitglieder deutschsprachiger Therapiegruppen.

Hinsichtlich der Spezifität der Problematik der behandelten Aus- und Übersiedler ergibt die Auswertung anamnestischen Materials, daß bei 44% der Klienten eine Abhängigkeitsentwicklung eindeutig bereits vor der Migration begonnen hatte. 52% der Klienten haben ihren Umgang mit Rauschmitteln seit der Migration deutlich verändert, das heißt, eine eindeutige Abhängigkeitsentwicklung setzte erst nach der Migration ein.

Unter Berücksichtigung der in der Therapie evident werdenden Psychodynamik muß davon ausgegangen werden, daß die Migration in diesem letzten Teil der Fälle ein Krisengeschehen in Gang setzt, das eine bestehende pathologische Entwicklungstendenz verstärkt oder sogar eine solche erst hervorruft, da durch Trennungserlebnisse, Aktualisierung von Kontakt- und Beziehungsproblemen, Konfrontationen mit teilweise unbewußten Konflikten mit der Elterngeneration und Enttäuschungen, soziale Ausgrenzungen und objektive Probleme wie Wohnungs- und Arbeitsplatzmangel die Aufgabe der Integration kaum zu bewältigen zu sein scheint.

Schlußfolgernd ist zu bemerken, daß dringend nach Möglichkeiten adäquater präventiver Maßnahmen für die Zielgruppe der Migranten zu suchen ist. Von einem auch künftig wachsenden Bedarf an geeigneten, d. h. auch sprachlich flexiblen, Rehabilitationsangeboten ist auszugehen.

3. Muß Fremdsein krank machen? Migration, Rauschmittelsucht und Suchtkranken- hilfe.

1996

Heimisches Land, väterlich Haus,
Nie mög' ich von euch verbannt sein,
Um hülfiberaubt und rathlos
Durch die Welt zu irren,
Schmachtend in kläglicher Noth!
In den Tod, in den Tod zu gehen wünscht' ich,
Ehe dieses Loos sich an mir erfüllt:
Denn der Heimat beraubt zu sein,
Nenn' ich der Uebel größtes.

Euripides: Medea, 630 – 638

Sucht nach Rauschmitteln, Abhängigkeit von Rauschmitteln, ist psychologisch zu kennzeichnen als zunehmender Verlust seelischer Entfaltungs- und Gestaltbildungsmöglichkeiten, als Einengung psychischer Welt auf ein einziges Strukturmerkmal, neben dem mit fortschreitender Krankheitsentwicklung immer weniger andere Strukturmerkmale Bestand behalten können: auf die Beziehung des Kranken zu seinem Suchtmittel. Zugleich gehört es zu den Eigentümlichkeiten dieser Krankheit, daß in der Wirkung der Mittel die Illusion psychischer Ganzheit aufrechterhalten wird, daß also subjektiv ein Leiden an der Verengung lange Zeit nicht wahrgenommen wird.

Sucht nimmt sich so in verschiedener Hinsicht als Beziehungsstörung aus: in der pathologischen Enge der Beziehung zum Mittel, in der damit in Wechselwirkung stehenden Verarmung zwischenmenschlicher Beziehungen, in der chronischen Störung des Realitätsbezugs im Wechsel von Rausch- und Entzugsverfassung usw. Als spezifische seelische Gestaltbildungsproblematik betrifft Sucht nicht nur einen Einzelnen in seinem "Inneren", sondern eine komplette seelische Welt und damit auch Bezugspersonen und die gesamte psycho-soziale Umgebung bis hin zu größeren Gruppen- und Gesellschaftszusammenhängen. Dem wird Rechnung getragen, wenn das Problem "systemisch" aufgefaßt wird oder wenn von "Co-Alkoholismus" oder "Gesellschaftskrankheit" die Rede ist.

Physikalische Begriffe von eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen sind hierbei nicht anzuwenden, denn es ist gleichermaßen und

gleichzeitig gültig, daß Rauschmittelsucht selbst eine Beziehungsstörung darstellt, daß sie Beziehungsstörungen hervorruft und daß sie Folge von Beziehungsstörungen ist.

Aus diesen psychologischen Voraussetzungen läßt sich bereits ableiten, welcher Art der Zusammenhang zwischen Migration und Rauschmittelsucht im Wesentlichen sein kann:

Migration stellt in jedem Fall ein psycho-soziales Wagnis dar. Das soziale Umfeld aufzugeben - aus welchen Motiven oder Zwängen auch immer heraus -, bedeutet aktuellen Verlust psychischer Ganzheit und die Anforderung, in einem neuen Sozialisations- und Integrationsprozeß diese Ganzheit wiederherzustellen.

Migriert nicht ein Einzelner, sondern z. B. eine Familie gemeinsam, ist diese Anforderung zunächst sicher geringer, da zentral bedeutsame Beziehungsstrukturen erhalten bleiben. Dieser Vorteil kann sich allerdings in sein Gegenteil verkehren, wenn gerade die wichtigen familiären Beziehungen den Belastungen des Migrationsprozesses nicht standhalten und zu zerbrechen drohen oder tatsächlich zerbrechen.

In jedem Fall können belastende Faktoren wie Trennungsschmerz, Verständigungsschwierigkeiten, Enttäuschung von Erwartungen, Ablehnung durch die neue Umgebung, Beziehungskrisen in den Familien, Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit als Stressoren wirksam werden und die Wiederherstellung psychischer Ganzheit im Migrationsprozeß behindern.

Während eine Mehrzahl der Migranten derartige Schwierigkeiten über kurz oder lang zu bewältigen vermag, resultieren für eine in ihrer Größe schwer zu bestimmende Anzahl im weitesten Sinne psychogene Erkrankungen, in denen sich die Überforderung, die der Migrationsprozeß und seine Umstände bedeuten, ausdrückt. Ein weiterer Teil der Migranten litt bereits vor Migration unter derartigen psychogenen Erkrankungen, die in diesen Fällen den Migrationsprozeß von vornherein mitbestimmt und beeinflußt haben und es nun um so schwerer machen, den psycho-sozialen Anforderungen der neuen Lebenssituation zu entsprechen.

In den zahlreichen Fällen, in denen solche Erkrankungen in Gestalt der Sucht auftreten, korrespondiert der migrationsbedingte Verlust psychosozialer "Integrität" mit dem desintegrierenden, destrukturierenden Charakter der Krankheit, zu deren Symptomatik in der wiederholten, unverzichtbaren Rauschmittelwirkung die Schaffung einer Illusion von Integrität und Ganzheit gehört. Mit anderen Worten: Rauschmittelabhängig-

keit ist eben deshalb im Zusammenhang migrationsspezifischer Integrationsprobleme eine besonders naheliegende Symptombildung, weil sie in der Wirkung der Mittel Scheinlösungen für diese Probleme bietet (Schein-Beziehung, Schein-Sicherheit, Schein-Geborgenheit usw.), zugleich jedoch genau diese Probleme drastisch verstärkt, sie unübersehbar deutlich macht. Rauschmittelsucht ist die Symptombildung, die die migrationsspezifische Problematik zu symbolisieren vermag.

Auf solche Zusammenhänge und auf die besonderen Gesundheitsrisiken der Migration ist auch im deutschsprachigen Bereich bereits vor einiger Zeit hingewiesen worden. So haben Brakhoff und Schmidtobreck 1982 die Ansicht vertreten, daß verstärkte Aufmerksamkeit dem Problem der Suchterkrankung bei Ausländern in der BRD zugewendet werden müsse. Sie stellten fest, daß die spezifische soziale Situation ausländischer Arbeitnehmer und ihrer Familien durch Beziehungsstörungen und andere Implikationen ein "Entwurzelungssyndrom" bedingen kann, zu dessen typischen Symptomen die Rauschmittelsucht zu zählen ist. Sie äußerten sich "überzeugt, daß die Suchtproblematik bei ausländischen Arbeitnehmern mindestens im gleichen Umfang gegeben ist, wie bei der vergleichbaren deutschen Bevölkerung" und vermuteten darüber hinaus eine schwer kalkulierbare, hohe Dunkelziffer von schon aufgrund von Sprachbarrieren nicht bei Beratungsstellen etc. bekanntgewordenen und -werdenden Fällen.

Zweifellos gehören auch heute Sprachbarrieren für einen beträchtlichen Teil der inzwischen angewachsenen ausländischen Bevölkerung und auch der seit 1988 in großer Zahl zugewanderten Aussiedler aus Osteuropa (und aus den asiatischen früheren Sowietrepubliken) nicht nur zu den Hindernissen, im Erkrankungsfall fachgerechte Beratung und Behandlung aufzusuchen, sondern auch zu den Faktoren, die psychosoziale Erkrankung mitbedingen, unterhalten und verstärken.

Im Bereich der Suchtkrankenhilfe ist in der Zwischenzeit in gewissem Umfang der Forderung nach adäquaten Beratungs- und Behandlungsangeboten entsprochen worden - etwa durch die Schaffung heimat-sprachlicher Angebote für Arbeitsmigranten und ihre Familien in einigen Psychosozialen Beratungsstellen und vereinzelt auch im Bereich stationärer Rehabilitation.

So wurde 1984 in der Fachklinik Hohenrodt des Caritas-Verbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart ein spezielles Behandlungsangebot für den Bereich Lang-zeitentwöhnung abhängigkeitskranker südslawischer (früher "jugoslawischer") Männer mit geringen deutschen Sprachkenntnissen eingerichtet. Gruppen- und Einzeltherapie werden hier in serbo-

kroatischer Sprache durchgeführt. Damit ist gewährleistet, daß die Klienten in Interaktion und Reflexion ohne sprachliche Hindernisse ausdrucksfähig sind, aber auch, daß der Therapiewiderstand nicht im Gewand sprachlicher Verständigungsschwierigkeit auftreten kann. In den übrigen therapeutischen Bereichen sind die südslawischen mit den deutschen Klientengruppen vermischt. Bisher wurden etwa 500 südslawische Klienten behandelt. Die Auswertung anamnestischen Materials ergibt u.a., daß die spezifische Lebenssituation südslawischer Suchtkranker in ca. 50 % der Fälle von der Trennung von Ehepartner und Kindern und von provisorischen Wohnverhältnissen geprägt ist.

Die klinische Erfahrung bestätigt übrigens die Erwartung, daß adäquate Behandlungsmöglichkeiten nicht alleine durch heimatssprachliche Angebote zu schaffen sind. Vielmehr ist gleichermaßen bedeutsam, daß therapeutisches Personal über fundierte Kenntnisse der gesellschaftlichen Verhältnisse der Herkunftsländer und der Migrationsproblematik sowie die therapeutische Einrichtung insgesamt über eine den speziellen Anforderungen gerecht werdende Gesamtkonzeption verfügt.

Seit 1993 besteht in Hohenrodt ein weiteres spezialisiertes Therapieangebot für abhängigkeitskranke Aussiedler aus Osteuropa, nachdem sich ein entsprechender Bedarf durch eine fortwährend ansteigende Nachfrage nach Therapieplätzen für Klienten, die, obwohl deutschstämmig, nicht über für eine auf Psychotherapie basierende Langzeit-Behandlung ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen, gezeigt hat. Gemäß der Prävalenz der Herkunftsländer Polen und UdSSR/GUS wurden therapeutische Maßnahmen in polnischer und russischer Sprache eingerichtet (psychotherapeutische Einzelgespräche, Kriseninterventionen, Indikationsgruppen). Für die etwa 100 bisher behandelten Aussiedler ergibt die Auswertung anamnestischen Materials, daß bei rund 50% eine Abhängigkeitsentwicklung bereits vor der Migration begonnen hatte. Die andere Hälfte der Klienten hat ihren Umgang mit Rauschmitteln seit der Migration deutlich verändert, das heißt, eine eindeutige Abhängigkeitsentwicklung setzte erst nach oder mit der Migration ein.

Der Bedarf an spezialisierten Behandlungsangeboten für Aussiedler kann mit einem solchen vereinzelt Angebot aber wohl kaum gedeckt werden. Seit 1987 sind über 2,1 Millionen Menschen aus Osteuropa in die BRD zugewandert. Der Anteil von Personen unter 25 Jahren unter ihnen ist vergleichsweise hoch. Eine bislang schwer einzuschätzende Anzahl jugendlicher und junger erwachsener Aussiedler zeigt eine Affinität zum Konsum illegaler Drogen und zur Herausbildung subkultureller Strukturen. Darin ist mitunter eine Auflehnung gegen die gesamte, nur

widerwillig mitvollzogene Migration der Familie zu erkennen. Für viele Angehörige der älteren Generationen haben sich mannigfache andere Integrationsprobleme ergeben: Ent-Täuschung bezüglich ihrer Erwartungen, die Erfahrung wie schon im Herkunftsland auch hier wieder ausgegrenzt zu werden, Sprachprobleme, Rollenkonflikte in den Familien, die Schwierigkeit, Wohnung und Arbeit zu finden. Für manche von ihnen konnte die Anlehnung an Rauschmittel Schein-Lösungen bieten und den erfahrenen Verlust an Integrität und Ganzheit eine zeitlang kompensieren.

Der Prozentsatz derer, für die dies gilt, dürfte aufgrund der spezifischen Problematik größer sein als der in der übrigen bundesdeutschen Bevölkerung.

Doch selbst wenn nur der prozentuale Anteil Suchtkranker an der Gesamtbevölkerung zugrunde gelegt wird, wenn also die besondere Problematik und das erhöhte Erkrankungsrisiko nicht berücksichtigt wird, ist bei vorsichtiger Rechnung zu schließen, daß sich unter den seit 1987 zugewanderten 2,1 Millionen Osteuropaaussiedlern etwa 63.000 behandlungsbedürftig Abhängigkeitskranke befinden. Nach der üblichen Quote tatsächlich durchgeführter stationärer Entwöhnungsbehandlungen müßten demnach z. B. in jedem Jahr mindestens 790 suchtkranke Aussiedler stationär behandelt werden.

Was hier beispielsweise für den Bereich stationärer Rehabilitation für Aussiedler genannt wurde, muß - mutatis mutandis - auf alle anderen Bereiche des Systems der Suchtkrankenhilfe und auf andere Migranten-Gruppen übertragen werden. Erst dann ergibt sich ein einigermaßen vollständiges Bild von dem dringenden Handlungsbedarf, der im Bereich spezifischer Hilfen für suchtkranke und suchtgefährdete Migranten längst besteht.

Wie immer, so ist auch hier die besondere Bedeutung zu betonen, die präventiven Maßnahmen zukommt. Auch jede Art von Prävention muß dabei die Spezifität der Migrationsproblematik berücksichtigen und am Kern der psychischen Lebenswelt der Menschen ansetzen: in der Beratung Einzelner und in der Beratung von Familien.

Prävention - und das heißt: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention - muß überdies die zentrale psycho-soziale Aufgabe focussieren, die sich den Migranten und der sie umgebenden Gesellschaft gleichermaßen stellt: den Integrationsprozeß in all seiner Differenziertheit, die z.B. auch das "Eigene", das "Mitgebrachte", die "Tradition" der Migranten bewah-

ren soll. Denn Fremdsein muß nicht krank machen, fremd und ausgegrenzt bleiben aber muß krank machen.