

## Danksagung

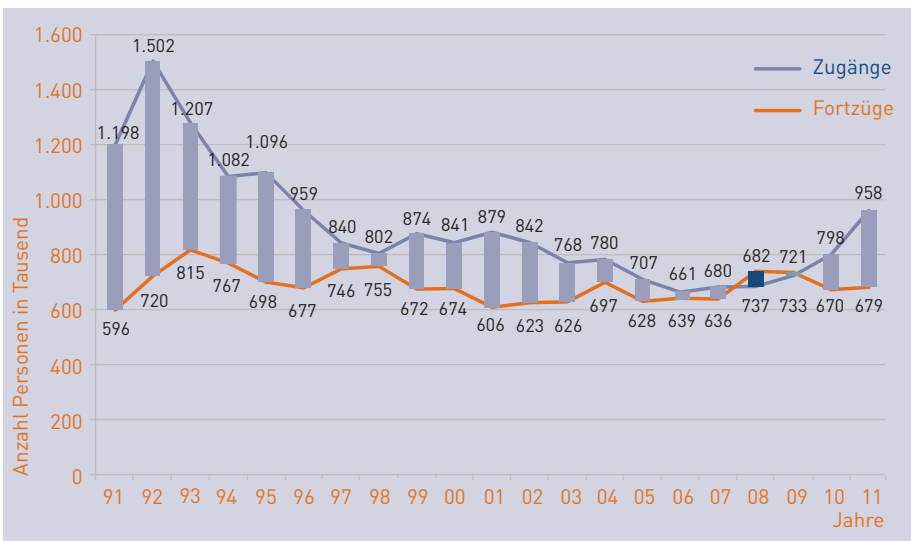
Die VerfasserInnen möchten dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Projektträger im DLR, dem Beirat sowie dem Bundesverwaltungsamt für die Förderung, die immer konstruktive Begleitung und die Geduld während der Jahre der Modellerprobung danken.

Großer Dank gilt zudem allen ProjektmitarbeiterInnen an den Modellstandorten und bei den begleitenden Evaluationen für ihre Neugier und ihre Offenheit für transkulturelles Arbeiten, für ihre Kreativität und ihre Bereitschaft, uns an ihren Erfahrungen in der praktischen Erprobung teilhaben zu lassen sowie für die gute Zusammenarbeit im gesamten Modellverlauf. Ohne ihre Beiträge und ihre Unterstützung wäre diese Handreichung nicht entstanden.

## Einleitung

Die Bevölkerung in Deutschland ist keine statische Gruppe: Jährlich verlassen etwa 700 Tsd. Menschen das Land. Aber es sind seit 1990 jährlich im Schnitt auch weit über eine halbe Million Menschen nach Deutschland zugewandert, insgesamt etwa drei Millionen alleine aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Mit Blick auf Versorgungsfragen ist insbesondere diese Zahl tatsächlicher Zuzüge von Bedeutung.

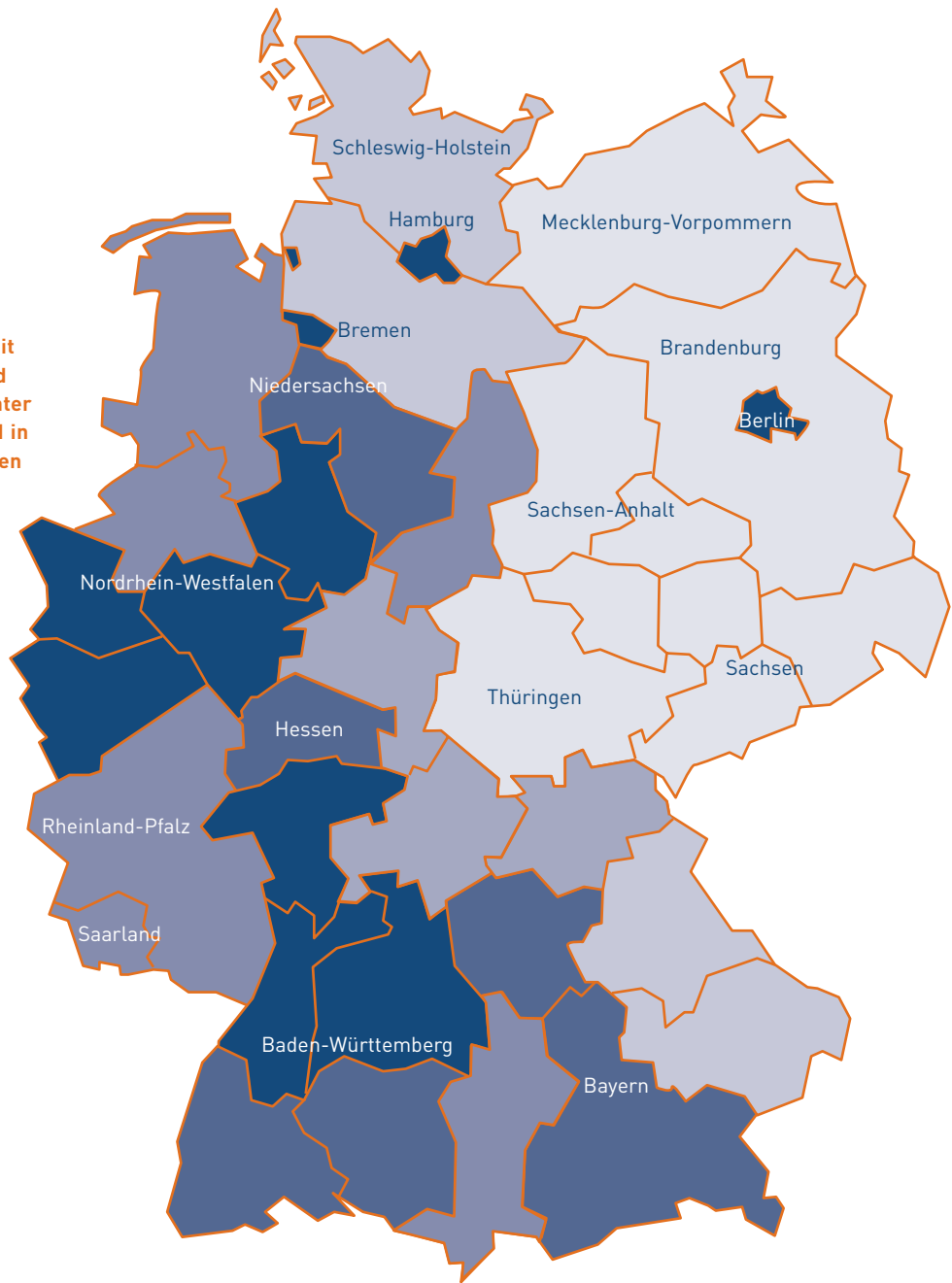
Zu- und Fortzüge über die Grenzen Deutschlands (1991 bis 2011)



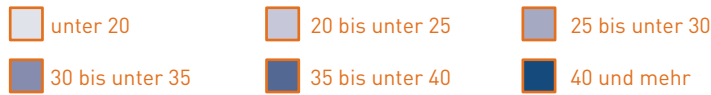
Quelle: Statistisches Bundesamt

Aktuelle Mikrozensusergebnisse nennen die Zahl von 16 Millionen Einwohnern mit Migrationshintergrund in Deutschland, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 19,5 %. Die Verteilung dieses Bevölkerungsteils im Bundesgebiet ist ungleichmäßig: Der Anteil der Kinder und Jugendlichen ist in allen größeren Zuwanderergruppen stets deutlich höher als in der einheimischen Bevölkerung – oftmals fast doppelt so hoch. In großstädtischen Gebieten ergab sich aus diesen verschiedenen Verteilungsfaktoren die im Mikrozensus für 2007 festgestellte Situation, dass der Bevölkerungsanteil der unter 6-Jährigen vielerorts zu deutlich über 50 % aus Kindern mit Migrationshintergrund bestand (z. B. Frankfurt/Main: 67,5 %; Nürnberg: 66,7 %; Düsseldorf und München je 58,6 %). Dies lässt für 2012 auf einen mindestens entsprechenden Anteil der unter 12-Jährigen in diesen Gebieten schließen.

Anteil der Personen mit  
Migrationshintergrund  
an der Bevölkerung unter  
10 Jahren im Jahr 2011 in  
den Regierungsbezirken  
und Ländern



Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in Prozent

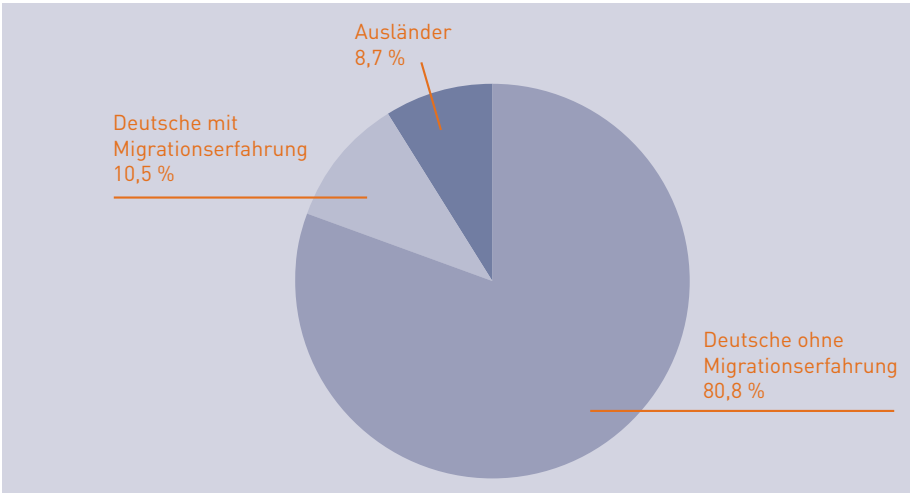


Quelle: Statistisches Bundesamt

Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen  
„alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewan-  
derten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als  
Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in  
Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt, 2012, S. 6).

**Migrationshintergrund  
der Bevölkerung in  
Deutschland im Jahr  
2011**

**Gesamtbevölkerung:  
81.754 Millionen**

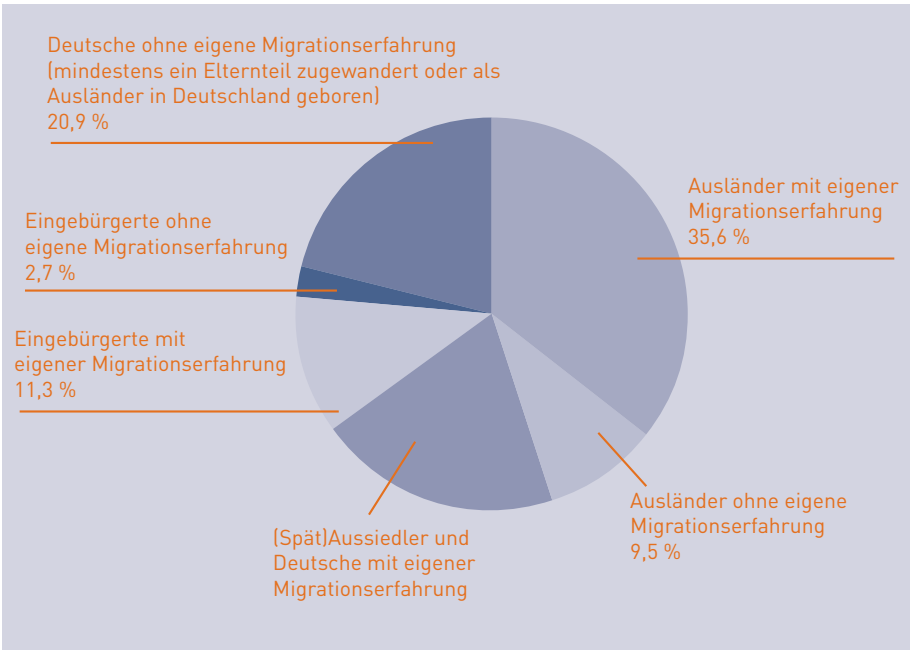


Quelle: Statistisches Bundesamt. Mikrozensus

Ein „Migrationshintergrund“ besteht demnach bei ganz unterschiedlichen persönlich-biographischen und aufenthaltsrechtlichen Verhältnissen. Auch ist selbstverständlich ein hoher Grad von Heterogenität hinsichtlich der persönlichen oder familiären Herkunftsgebiete gegeben.

**Personen mit Migra-  
tionshintergrund in  
Deutschland im Jahr  
2011**

**Bevölkerung mit Mig-  
rationshintergrund:  
15.962 Millionen**



Quelle: Statistisches Bundesamt. Mikrozensus

Durch Zuwanderung und die daraus folgende Zunahme kultureller Vielfalt entstehen Erneuerungen sowie kulturelle und gesellschaftliche Weiterentwicklungen. In wirklichen Integrationsprozessen kommen die Ressourcen neuer Mitglieder einer Gesellschaft ebenso zur Geltung wie die Ressourcen der angestammten Mitglieder. Dazu müssen Zuwanderercommunities ermächtigt sein, gesellschaftlich relevante Strukturen zu entwickeln. Eine paritätische Kooperation zwischen dabei neu entstehenden und angestammten Institutionen kann kreative gesamtgesellschaftliche Entwicklungen ermöglichen.

## Die Förderinitiative transVer

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Jahr 2009 ein Fördervorhaben aufgelegt, in dem durch die Unterstützung lokaler Projekte für eine Laufzeit von drei Jahren spezifisch zugeschnittene Angebote der Suchthilfe und –behandlung für Menschen mit Migrationshintergrund erprobt wurden. Dabei ging es sowohl um den Abbau von Zugangsbarrieren und die Erreichung dieser Klientel als auch um die Bereitstellung von zielgruppengerechte(re)n Hilfen.

Im Modellvorhaben wurde ein sehr breites Spektrum an Projekten gefördert: Die sechs Modellprojekte arbeiteten in verschiedenen Teilen Deutschlands, in Berlin, Cloppenburg, Köln, Leipzig, Nürnberg und Warstein. Sie waren bei unterschiedlichen Trägern und Einrichtungen angesiedelt und realisierten diverse Maßnahmen zur Überwindung und/oder Senkung von Zugangsbarrieren für verschiedene Zielgruppen. Die geförderten Angebote zielten auf KonsumentInnen und Abhängige von illegalen Drogen und Alkohol, in verschiedenen Altersgruppen (z.B. junge oder erwachsene KonsumentInnen), beider Geschlechter und verschiedener Herkunft (z.B. SpätaussiedlerInnen, MigrantInnen aus der Türkei, aus Vietnam und/oder sonstigen Ländern und Regionen) sowie unterschiedlicher Dauer und Art des Aufenthalts in Deutschland (z.B. erste, zweite oder dritte Generation, Asylsuchende). Darüber hinaus wurden verschiedene Angebotsbereiche (z.B. ambulant, stationär) und –schwerpunkte (z.B. niedrigschwellige Angebote, Beratung, Behandlung) gefördert.

An den sechs Modellstandorten konnte durch die umgesetzten Maßnahmen der Zugang zum Suchthilfesystem für Menschen mit Migrationshintergrund in der Projektlaufzeit verbessert werden. Es wurden je nach Standort und Zielsetzung sowohl die Zahl erreichter KlientInnen der Zielgruppe erhöht als auch eine höhere Verweildauer bzw. bessere Anbindung an Folgebehandlungen erzielt. Neben dem Aufbau neuer bedarfsgerechter und lebensweltorientierter Angebotsstrukturen (auch für Angehörige) konnten sowohl mit VertreterInnen von Migrantenorganisationen Kooperationsbeziehungen aufgebaut als auch Schlüsselpersonen als MultiplikatorInnen gewonnen werden. Darüber hinaus ergaben sich in den Modellstandorten Team- und Organisationsprozesse im Sinne einer transkulturellen Öffnung.

Nach Abschluss der drei Jahre Laufzeit wurden im November 2012 auf einer eintägigen Veranstaltung in Kooperation mit der 52. DHS Fachkonferenz Sucht die Erfahrungen aus der Projektlaufzeit vorgestellt. Dabei wurde der Frage nachgegangen, welche Konsequenzen für die Regelversorgung abzuleiten sind. Die Handlungsempfehlungen, die für die transkulturelle Weiterentwicklung der Suchtkrankenversorgung abgeleitet werden konnten, wurden in der vorliegenden Handreichung zusammengefasst, um sie einem breiten Interessentenkreis zugänglich zu machen.

## Die geförderten Projekte

### Berlin, Gangway e.V.

Das Projekt zielte auf den Abbau von Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem für jugendliche DrogenkonsumentInnen mit Migrationshintergrund sowie „überwiegendem Aufenthalt im öffentlichen Raum“ und richtete sich dabei mit verschiedenen Maßnahmen v.a. an MultiplikatorInnen im Bereich der Jugend- und Suchthilfe sowie der Migrationsarbeit.

Zugangsbarrieren von (jugendlichen) DrogenkonsumentInnen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem konnten u.a. durch transkulturelle Schulungen von Beschäftigten in Jugend- und Suchthilfe, kollegiale Fachberatung, den Auf- und Ausbau von Vernetzungen zwischen Sucht- und Jugendhilfeangeboten sowie mit Migrantenverbänden (Community-Networking) verringert werden. Das Projekt wirkte auch in die vietnamesische Community hinein und erreichte zudem Zielgruppen von GlücksspielerInnen und TilidinkonsumentInnen.

**Kontakt:** Jürgen Schaffranek, Gangway, Hobrechtstr. 28, 12047 Berlin, Tel.: 030/68822771, transit@gangway.de.

### Cloppenburg, PARLOS gGmbH

Im Rahmen des Projekts wurde durch gezielte Maßnahmen (wie bspw. Informationsveranstaltungen, heimatsprachige Beratung, aufsuchende Arbeit in einer Entzugsstation, Therapievorbereitungsgruppe) und intensive Vernetzungsarbeit der niedrigschwellige und bedarfsgerechte Zugang zweier bisher deutlich unterversorgter russischsprachiger Zielgruppen zum Suchthilfesystem in den Blick genommen:

- Selbst betroffene Frauen, die keinen Kontakt zum Hilfesystem haben. Diese Gruppe wurde zwar auch in der Projektlaufzeit nicht erreicht, doch konnten Informationsangebote platziert und stärker als bisher der Kontakt zu Familien aufgebaut werden.
- MigrantInnen, die Kontakte zum Hilfesystem abgebrochen hatten. Diese Gruppe, meist Männer, konnten durch die neuen Maßnahmen gut erreicht werden.

Durch die Auseinandersetzung mit der Thematik und eine entsprechende Team- und Organisationsentwicklung führte das Projekt in Cloppenburg zudem zu Schritten transkultureller Öffnung der Einrichtung.

**Kontakt:** Maria Steingreifer, Drobs Cloppenburg, Andreaspassage 1, 49661 Cloppenburg, Tel.: 04471/4686, clp@parlos.de.

### Köln, SKM e.V.

Das Ziel des Projekts der Kontakt- und Beratungsstelle war die Verbesserung der Versorgung und Einbindung von türkischstämmigen KonsumentInnen und deren Angehörigen in die Angebote der Suchthilfe. Nach einer Modifizierung des ursprünglichen Konzepts wurden Maßnahmen in der türkischen Community (v.a. Informationsveranstaltungen) und Kooperationen mit anderen Hilfeeinrichtungen (bspw. der Jugendhilfe) durchgeführt sowie Neuerungen und Anpassung der Aktivitäten in der Beratungsarbeit (z.B. Familienbesuche, aber auch Teamentwicklung durch Diversity Training) vorgenommen.

Durch die verschiedenen Maßnahmen und eine transkulturelle Öffnung des Teams konnte das Profil der Einrichtung geschärft und die Erreichung der Zielgruppe verbessert werden, was sich in höheren Kontakt- und KlientInnenzahlen niederschlägt.

**Kontakt:** Norbert Teutenberg, Kontakt- und Beratungsstelle des SKM Köln-Kalk, Dieselstr. 17, 51103 Köln, Tel.: 0221/56023-33, [norbert.teutenberg@skm-koeln.de](mailto:norbert.teutenberg@skm-koeln.de), [vor-ort-kalk@skm-koeln.de](mailto:vor-ort-kalk@skm-koeln.de).

### Leipzig, Gesundheitsamt

Das Projekt gliederte sich in zwei Säulen mit unterschiedlichen Zielen und Maßnahmen:

- Suchtprävention für Menschen mit Migrationshintergrund durch die Zusammenarbeit mit MultiplikatorInnen. Hierzu führte das Gesundheitsamt eine Schulungsreihe durch und unterstützte anschließend die MultiplikatorInnen bei zahlreichen Aktivitäten.
- Abbau von Zugangsbarrieren im Suchthilfesystem und Erhöhung der entsprechenden KlientInnenzahl durch den Einsatz von heimatssprachigen Fachkräften in drei beteiligten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen. Dazu gehörten zweisprachige Beratungen, spezifische Gruppenangebote (u.a. Sport, Deutschkurse) sowie Hausbesuche und aufsuchende Sozialarbeit.

In der Projektlaufzeit konnten sowohl Schlüsselpersonen als MultiplikatorInnen gewonnen und geschult als auch vermehrt Menschen mit Migrationshintergrund durch die Beratungsstellen erreicht und in weiterführende Hilfen vermittelt werden. Die Angebote sind sehr mit dem Engagement der ProjektmitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund verbunden; der Übertrag/die Verankerung von Transkulturalität in den Teams erwies sich als schwierig.

**Kontakt:** Sylke Lein, Stadt Leipzig, Dezernat Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule, Martin-Luther-Ring 4-6, 04109 Leipzig, Tel.: 0341/123-6761, [sylke.lein@leipzig.de](mailto:sylke.lein@leipzig.de).

## Nürnberg, Mudra e.V.

Das Projekt zielte auf einen verbesserten Zugang zum Suchthilfesystem für sozioökonomisch integrierte russisch-, türkisch- und italienischsprachige MigrantInnen und deren Angehörige. Mit den neu konzipierten Projektmaßnahmen sollten – anders als für die bereits gut erreichte Zielgruppe der MigrantInnen aus der offenen Szene – von der Beratungsstelle bzw. den üblichen Öffnungszeiten unabhängige Zugangswege geschaffen werden.

- Telefon-Hotline (türkisch, russisch, italienisch)
- Online-Forumwork und -„Streetwork“ (türkisch, russisch)
- Angehörigengruppen (türkisch, russisch)

Die einzelnen Maßnahmen fanden in der Projektlaufzeit unterschiedlichen Zuspruch und konnten zum Teil die angesprochenen Zielgruppen erreichen. Im Online-Bereich wurden viele Kontakte hergestellt, Angehörige werden nun von der gesamten Einrichtung deutlich besser angesprochen, doch wurde z.B. die italienischsprachige Hotline kaum genutzt.

**Kontakt:** Kay Osterloh, Mudra Drogenhilfe, Ludwigstr. 61, 90402 Nürnberg, Tel.: 0911/8150-150, [kay.osterloh@mudra-online.de](mailto:kay.osterloh@mudra-online.de), [info@mudra-online.de](mailto:info@mudra-online.de).

## Warstein, Suchtabteilung der LWL-Klinik

Das einzige stationäre Projekt im Modellvorhaben (Entgiftungsbehandlung) richtete sich an von illegalen Drogen Abhängige aus dem russischen Sprachraum und deren Angehörige. Mit gezielten Maßnahmen (russischsprachige Therapiegruppe, spezifische Indikationsgruppen und Freizeitangebote, individuelle Entlassvorbereitung sowie Angehörigenarbeit) wurden die Ziele erfolgreich umgesetzt: Die Haltequote und die Anzahl regulärer Beendigungen wurden erhöht und die Anbindung an nachbetreuende Angebote konnte verbessert werden.

Im Modellverlauf wurde zudem deutlich, dass qualitative Faktoren (wie die Haltung) auf Seiten der MitarbeiterInnen mit ausschlaggebend für den Zugang zur Zielgruppe und deren erfolgreiche Betreuung sind.

**Kontakt:** Dr. Rüdiger Holzbach, LWL Kliniken, Abteilung Suchtmedizin, Franz-Hegemann-Straße 23, 59581 Warstein, Tel.: 02902/82-0, [ruediger.holzbach@wkp-lwl.org](mailto:ruediger.holzbach@wkp-lwl.org), [info@lwl-klinik-warstein.de](mailto:info@lwl-klinik-warstein.de).

## Einführung in die Handreichung

Im Rahmen des Modellvorhabens transVer wurden für verschiedene Zielgruppen sehr unterschiedliche Projektinitiativen verfolgt. Dabei wurden Erfahrungen gesammelt, die für die fachliche Arbeit der Einrichtungen und die Qualität der Angebote, aber auch für die konkrete Versorgungssituation vor Ort von erheblichem Nutzen sind. Um die Erkenntnisse aus dem Modellprogramm einem größeren Kreis zugänglich zu machen, wurden für die vorliegende Handreichung zum einen generelle Empfehlungen abgeleitet und zum anderen Praxisbeispiele und -materialien zusammengetragen, die nach Auffassung und Erfahrung der an den sechs Projektstandorten tätigen Fachleute auch anderen in der Suchthilfe Tätigen praktische Anregungen für das eigene Handeln liefern können.

Diese Sammlung ist somit in erster Linie für Fachleute aus der Suchthilfe gedacht. Doch kann sie auch für einen weiteren Kreis von Interesse sein: für weitere Bereiche sozialer Versorgung, Migrationsdienste, medizinische Versorgung, Polizei, Verwaltungsbereiche usw. und nicht zuletzt auch für Migrantenorganisationen verschiedenster Art.

Man beachte: Hier wird kein „Handbuch“ transkultureller Suchthilfe vorgelegt. Von Vollständigkeit oder einer umfassenden Perspektive kann keineswegs die Rede sein, vielmehr stammen die Erfahrungen und Praxisbeispiele aus Arbeitskontexten, die nach Zeit, Raum, inhaltlicher Orientierung und Zielsetzung eng eingegrenzt waren. Gleichwohl wurden in diesem Rahmen Ideen gesammelt und diskutiert, Dinge ausprobiert und Erfahrungen gemacht, deren Mitteilung dazu beitragen kann, das Ziel einer adäquaten Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen mit Migrationshintergrund mit einer höheren Geschwindigkeit zu verfolgen. Schließlich ist mit diesem Ziel zugleich die Verbesserung des Funktionsniveaus der Fachdienste insgesamt angestrebt: Die Erfahrungen nicht nur der Modellprojekte zeigen, dass alle KlientInnen der Suchthilfe, auch die „einheimischen“, von Kompetenzentwicklungs, Reflexions- und Öffnungsprozessen, die die Fachdienste weiter qualifizieren, profitieren.

Die aus den Erfahrungen im Modellprogramm abgeleiteten Handlungsempfehlungen beginnen mit grundlegenden Anmerkungen und der Entscheidung von Trägern für eine transkulturelle Weiterentwicklung ihrer Arbeit. Dies voraussetzend führen die Empfehlungen dann von der Verankerung im Umfeld der Einrichtung über strukturelle Aspekte hin zur konkreten Realisierung in der Arbeitspraxis.

Selbstverständlich gilt auch für die Hinweise auf Internet-Seiten, Literatur u.a.m. im Anhang kein Anspruch auf Vollständigkeit. Sie stellen beispielhafte Sammlungen dar, die vor allem aus Praxis und Reflexion der Projekterfahrungen abgeleitet wurden.

Nachdem das Modellprogramm transVer und seine Projekte vorgestellt wurden, bündelt diese Handreichung elf zentrale Erfahrungen, die jeweils zu Beginn oben in einem **grauen Kasten** vorgestellt werden und zugehörige

.....➤ **konkrete Empfehlungen.**

Dazu gibt es **Lesetipps** und praktische **Erfahrungen im Modellprogramm.**

Der **Dreier-Pfeil >>> S. xx** verweist auf eines von 18 **Praxisbeispielen**, die im Anschluss folgen (S. 40ff.) oder auf Materialien, Checklisten o.ä. Die Praxisbeispiele enthalten jeweils Kontaktangaben zu den zugehörigen Ansprechpersonen.

Schließlich bietet die Handreichung

- einige beispielhafte Materialien, die im Modellkontext entstanden sind (S. 76ff.),
- eine Auswahl von Literaturhinweisen (S. 97ff.)
- interessanten Links (S. 102f.)
- Hinweise auf Migrantenorganisationen (S. 103)
- eine Auswahl von einschlägigen Fortbildungsmöglichkeiten (S. 104)
- Hinweise auf schweizer Projekte und Materialien.

# Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem bestehen sowohl auf Seiten der Zielgruppe als auch des Hilfesystems. Versorgung muss sich auf eine vielfältige Zielgruppe einstellen und ihre Dienste/Einrichtungen transkulturell öffnen.

Wie Einrichtungen in allen Bereichen sozialarbeiterischer, sozialpädagogischer, psychologischer und medizinischer Versorgung und Dienstleistung stehen auch die Fachdienste der Suchthilfe vor der Aufgabe, Menschen mit Migrationshintergrund fachliche Leistungen zu bieten, die allen Qualitätsanforderungen gleichermaßen genügen wie die Leistungen, die Einheimischen geboten werden. Wie gezeigt, geht es dabei in etlichen Regionen um die Frage der adäquaten Versorgung der Bevölkerungsmehrheit.

Diese Aufgabe ist jedoch nicht so einfach zu lösen, wie es auf den ersten Blick scheinen mag. Die vermutlich oftmals anzutreffende Grundhaltung, die fachlichen Angebote selbstverständlich auch für Menschen mit Migrationshintergrund bereitzustellen, genügt nämlich dazu keineswegs.

Zugänge zum System der Suchthilfe können für die Angehörigen unterschiedlicher Migrantengruppen (Asylsuchende, Aussiedler, Drittstaatler im Familiennachzug, illegale Einwanderer usw.) in unterschiedlicher Weise behindert sein, da allein schon aufenthaltsrechtliche Implikationen hierbei eine bedeutende Rolle spielen.

Überdies ist mit einer Reihe von Zugangsbarrieren zu rechnen. Es ist wichtig, diese Barrieren nicht, wie es oftmals geschieht, als einseitig aufzufassen, also als Barrieren, die es einem Zuwanderer erschweren, Zugang zu einer fachlichen Leistung zu erreichen, sondern als symmetrisch, als Merkmal der Interaktion zwischen Zuwanderer und Fachkraft.

Wenn aber auch derartige erste Zugangsbarrieren überwunden werden können, ist damit noch längst nicht sichergestellt, dass eine adäquate Versorgung erfolgen kann. Viele der genannten Barrieren wirken sich auch noch innerhalb einer Beratung, Therapie und in anderen Situationen aus.

## Zugangsbarrieren 1. Ordnung (vor Inanspruchnahme)

| Fachmann/frau                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Klient/in                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● Sprachbarriere</li><li>● Unkenntnis der Zuwanderergruppen und ihrer Bedarfe</li><li>● Vorstellungen von Sucht, Krankheit, Beratung und Therapie</li><li>● Widersprüche innerhalb des Suchthilfesystems</li><li>● Abwehr von Arbeitsbelastung</li><li>● Kompetenzverlustangst</li></ul> |                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>● Sprachbarriere</li><li>● Unkenntnis des Rechts- und Hilfesystems</li><li>● Vorstellungen von Sucht, Krankheit, Beratung und Therapie</li><li>● Widersprüche innerhalb des Suchthilfesystems</li><li>● Misstrauen und Angst vor juristischen Konsequenzen</li><li>● fehlende rechtliche Voraussetzungen</li></ul> |

Quelle: Czycholl 2011

| Fachmann/frau                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Klient/in                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Überlegenheitsannahme</li> <li>● fehlendes Bewußtsein für Kulturbedingtheit eigenen Verhaltens und Erlebens</li> <li>● fehlendes Bewußtsein für Kulturbedingtheit fachlicher Überzeugungen</li> <li>● Übernahme gesellschaftlicher Stigmatisierung und Stereotypisierung</li> <li>● Abwehr von Kollektiven</li> <li>● Xenophobie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● erlebte Überheblichkeit</li> <li>● fehlendes Bewußtsein für Kulturbedingtheit eigenen Verhaltens und Erlebens</li> <li>● Inkompetenzvermutung</li> <li>● Gegen-Stigmatisierung und Stereotypisierung</li> <li>● Bezug auf Kollektiv</li> <li>● Xenophobie</li> </ul> |

Quelle: Czycholl 2011

Fachliche Leistungen müssen daraufhin überprüft werden, ob sie, so wie sie konzipiert sind, von Menschen, die einen anderen Sozialisationshintergrund mitbringen als einheimische KlientInnen, überhaupt genutzt werden können. Dabei ist zu klären, wie Zugangsbarrieren, auch sekundäre, systematisch überwunden werden können. Zudem ist die für Soziale Arbeit im Feld interkultureller Begegnung erforderliche transkulturelle Öffnung zu gewährleisten.

**interkulturell**

Verhältnisse und Dynamik zwischen Menschen, die unter dem Einfluss zweier oder mehrerer verschiedener Kulturen stehen bzw. in ihrer Sozialisation standen, sind „interkulturell“. Dabei werden in der interkulturellen Perspektive oft eher statische kulturelle Grenzen angenommen.

Soziale Arbeit in einer interkulturellen Situation anerkennt die Pluralität von Kulturen und erfordert, dass beispielsweise in einer Beratung derartige - auf beiden Seiten wirksame - kulturelle Einflüsse verstanden, reflektiert, berücksichtigt, mitunter auch thematisiert werden müssen. Kulturtechniken sind Grundlage der Kommunikation.

**transkulturell**

Phänomene und Prozesse, die unabhängig von kulturellen Prägungen, Normierungs- und Regelsystemen auftreten, funktionieren bzw. Gültigkeit haben, aber auch Prozesse, die von einem kulturellen Regelsystem in ein anderes überleiten, „übersetzen“ und zwischen ihnen vermitteln, sind „transkulturell“. In transkultureller Perspektive wird wahrgenommen, dass die Identität eines Menschen in einem ständigen vielschichtigen Entwicklungsprozess entsteht und sich weiterentwickelt, der u.a. von kulturellen Einflüssen unterschiedlichster Herkunft geprägt ist.

Soziale Arbeit muss beispielsweise Interventionsmethoden anwenden, die nicht nur in bestimmten Kulturkontexten wirksam sind, sondern kulturunabhängig. Wo nötig, muss sie den Transfer zwischen dem Kulturkontext, in dem ihre Methode und die zugrundeliegende Denkweise entstanden ist, und dem Kulturkontext der Zielperson oder Zielgruppe schaffen.

Mit Kompetenzen, die im Laufe der Zeit entwickelt wurden und einen gewissen Standard der Versorgung Suchtgefährdeter und -kranker ermöglichen, gelangt man in interkulturellen Arbeitssituationen an eine Grenze, für deren Überwindung die professionelle Seite in der Arbeitsbeziehung verantwortlich ist: Nicht Hilfebedürftige müssen sich dem Hilfesystem anpassen, sondern das Hilfesystem muss so beschaffen sein, dass es, wenn es gebraucht wird, auch in Anspruch genommen werden kann.

Hiermit ist zweifellos die Verantwortung jeder Fachfrau und jedes Fachmannes angesprochen. Besonders aber ist die Verantwortung derjenigen angesprochen, die bei Wohlfahrtsverbänden, Leistungsträgern und anderen beteiligten Institutionen über die Definition von Leitbildern, Standards und Qualitätsmerkmalen zu entscheiden haben: Interkulturelle Öffnung der Suchthilfe muss als Organisationsprinzip, transkulturelle Kompetenz als Basisqualifikation angesehen werden.

Überwindung von Zugangsbarrieren gelingt durch die Entwicklung transkultureller Kompetenz in einem umfassenden Öffnungsprozess. Derartige Entwicklungen sind nicht als eine Spezialisierung oder die Entwicklung von Zusatzqualifikationen misszuverstehen. Die Fähigkeit, von eigenen sozio-kulturellen Bedingtheiten zu abstrahieren, die Bereitschaft, in der Begegnung mit dem „Fremden“ sich selbst zu erfahren, die Möglichkeit, die eigenen Konzepte, Vorstellungen, scheinbar klaren fachlichen Standpunkte usw. zu hinterfragen und zu überprüfen, sollte grundsätzlich zu den Kompetenzen der Fachkräfte und der Teams psychosozialer Einrichtungen gehören. Transkulturelle Kompetenz ist nicht eine spezialisierte, also nur im Sonderfall brauchbare Abwandlung, sondern eine generelle Erweiterung menschlicher und professioneller Kompetenz. Psychosoziale Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund stellt nicht eine Sonderanforderung dar, vielmehr akzentuiert und vertieft sie alle Aspekte, die für psychosoziale Arbeit und die damit zusammenhängenden Interaktionen mit Menschen überhaupt wesentlich sind. Es gilt hier nach einer Bemerkung von Hegel, dass das Spezifische nicht das Gegenteil des Allgemeinen ist, sondern seine Vertiefung. (Hegel, 1807, 1970).

# Transkulturelle Öffnung braucht Trägerwillen und entsprechende Entscheidungen

Dass Träger, Einrichtung und Fachkraft sich darüber bewusst werden, dass Zugangsbarrieren sowohl von Seiten verschiedener Zielgruppen als auch von Seiten des Hilfesystems selbst bestehen können, ist der erste Schritt, derartige Barrieren zu senken. Die Verantwortung für den Abbau von Zugangsbarrieren liegt dabei eindeutig bei dem mit einem Versorgungsauftrag ausgestatteten Hilfesystem.

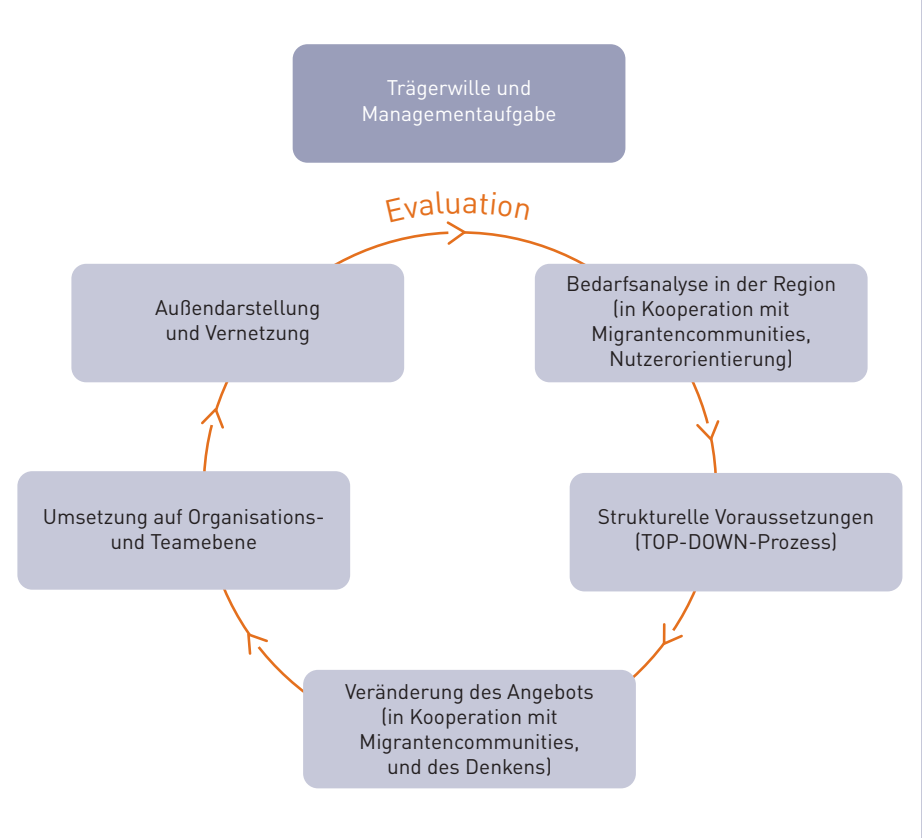
Für den Abbau von Zugangsbarrieren sind Interesse, Handlungsbereitschaft und Bemühungen auf verschiedenen Ebenen notwendig: vom Träger über die Einrichtung bis zum einzelnen Teammitglied.

Transkulturalität wird nicht durch die Einstellung einer Person mit Migrationshintergrund realisiert, schon gar nicht, wenn dieser „automatisch“ die Zuständigkeit für die Klientel mit Migrationshintergrund zugeordnet würde. Vielmehr bringt die Einführung von Transkulturalität erhebliche Anforderungen an Träger und Einrichtungen und eine umfassende Organisationsentwicklung mit sich. Deshalb muss auf Trägerebene die grundsätzliche Entscheidung für die Umsetzung von Transkulturalität getroffen werden. Dazu gehören des Weiteren, Ressourcen bereitzustellen und den Prozess laufend zu unterstützen.

## .....> **Empfehlungen**

- Informieren Sie sich als Träger über Konzepte von Transkulturalität und die damit verbundenen Anforderungen.
- Sprechen Sie im Leitungsteam darüber und führen Sie einen Konsens über die Umsetzung herbei.
- Sensibilisieren Sie die Führungskräfte.
- Stellen Sie Ressourcen bereit.
- Überprüfen Sie gewohnte Konzepte und vermeintliche professionelle Standards.
- Setzen Sie eine Steuerungsgruppe für die Implementierung von Transkulturalität ein.
- Integrieren Sie transkulturelle Zielsetzungen in die Qualitätssicherung.

Schema Entwicklung  
Transkulturalität in  
der Suchthilfe



# Die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote beginnt mit einer Bedarfsanalyse in der Region

Um konkret an bestehenden Zugangsbarrieren arbeiten und mit entsprechenden Maßnahmen und Angeboten reagieren zu können, ist eine gezielte Bestandsaufnahme und Erhebung der Bedarfe vor Ort notwendig. Die Erfahrungen im Modellprogramm transVer zeigten, dass die Ideen, die in der Suchthilfe entwickelt wurden, zwar auf fachlichen Überlegungen basieren, gleichwohl jedoch z.T. an den Bedarfen der Zielgruppen vorbeigehen. Deshalb sollten Ideen und Konzepte für neue Maßnahmen unbedingt mit ExpertInnen aus der Zielgruppe bzw. mit Personen oder Institutionen, die in anderen Kontexten (z.B. Stadtteilarbeit, Jugendhilfe, Schule) mit diesen Gruppen arbeiten, abgestimmt werden. Am besten ist es, Angebote gemeinsam mit MigrantInnen bzw. Migrantenorganisationen zu entwickeln. Zudem ist es sinnvoll, neue Angebote von Zeit zu Zeit zu überprüfen und entsprechend den Ergebnissen ggf. zu modifizieren.



## Empfehlungen

- Tragen Sie erste Informationen zur Situation in Ihrem Sozialraum/Ihrer Region zusammen (Sozialdaten, Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, Bedürfnisse unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, vorhandene Hilfen etc.).
- Überlegen Sie, welche Zielgruppen in Ihrer Region angesprochen und erreicht werden müssten.
- Versuchen Sie (z.B. über Schlüsselpersonen), Kontakt zu diesen Zielgruppen herzustellen.
- Führen Sie, am besten mit Hilfe der Schlüsselpersonen und unter Einbeziehung der Zielgruppe, eine Bedarfsanalyse in der Region durch.
- Entwickeln Sie aus den Ergebnissen der Bedarfsanalyse kultursensible Maßnahmen und ordnen Sie diesen konkret messbare Ziele zu.