

Gesunde Integration: Interkulturelle Suchthilfe als Beitrag zur Integration

Ramazan Salman

Kulturelle Diversität wird zunehmend zu einem Kennzeichen westlicher Gesellschaften. Arbeitsmigration, Flucht, zunehmende weltwirtschaftliche Verflechtung und der weltweiter Informationsfluss können dies begründen. Zusammengefasst werden sie heute unter dem Begriff der Globalisierung. Diese wird als eine gleichzeitige Pluralisierung und Differenzierung von soziokulturellen Milieus und individuellen Lebensstilen verstanden. Natürlich ist die Suchthilfe und deren Fachkräfte in Deutschland seit mittlerweile zwei Jahrzehnten, und seit 1990 mit zunehmender Intensität, mit dieser Entwicklung konfrontiert. Sie hat eine neue Zielgruppe als Klientinnen und Klienten hinzu gewonnen. Sie muss nun eine massiv zunehmende Gruppe von Migrantinnen und Migranten versorgen. Diese unterscheiden sich in ihrem Selbstverständnis, in ihrem Verhalten und ihrer kulturellen Herkunft von den Klienten der Mehrheitsgesellschaft. Allerdings liegen bundesweit bis heute keine gesicherten Daten zum Suchtverhalten und Umfang der Suchterkrankungen unter Migranten vor (Salman, 1999).

Viele Angebote und Strukturen der Suchthilfe sind für die Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft ausgerichtet: Akzeptierende Drogenarbeit, Methadonvergabe oder auch die Einrichtung von Drogenkonsumräumen, sind in den Herkunftsgesellschaften der wichtigsten Migrantengruppen und der Aussiedler unbekannt bzw. werden als Hilfefkonzepte sogar häufig abgelehnt, da sie als bedrohlich wahrgenommen werden. Daher bleibt für Betroffene und gefährdete Migranten bzw. deren Eltern und Angehörige die Suchthilfe häufig fremd und die Angebote werden nicht wahrgenommen und genutzt (Domenig, 2001). So entsteht eine Unterversorgung, während gleichzeitig die Zahlen der Betroffenen und der Bedarf bei ihren Angehörigen anwächst (Bundesministerium für Gesundheit, 2002). Gründe hierfür sind Unkenntnis, Informationsmängel und fehlende Transparenz. In Hannover wurde im Rahmen des Projekts „Interkulturelle Suchthilfe“, durch den Einsatz von muttersprachlichen Mediatoren und Keypersons, die Aufklärungsveranstaltungen in den Lebenswelten der Zielgruppe durchführen, die Transparenz der Suchthilfe erhöht und die Integration dieser Gruppe in die bestehende Suchthilfe verbessert (Salman, 1999).

Eine gesunde Integration ist gegeben, wenn bestehende und sich bewährte Angebote und Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens interkulturell durchlässiger gestaltet werden, so dass Migranten und ihre Angehörigen diese stärker und gezielter bei Bedarf in Anspruch nehmen können und so Folgeschäden für die Gesundheit der Betroffenen und Folgekosten für die Gesellschaft minimiert werden können.

Die Interkulturelle Suchthilfe leistet hierzu ihren Beitrag, indem sie Methoden, Strategien und Konzepte entwickelt, die eine interkulturelle Öffnung bestehender Angebote und Strukturen gewährleisten. Daher sind heutzutage sowohl die Suchthilfe, als auch die betroffenen Migranten mehr denn je auf Konzepte und Ansätze für eine integrierende Versorgung angewiesen. Interkulturelle Ansätze und Konzepte für Prävention (Salman & Kimil, 2002), Beratung (Haasen et al., 2001) und Therapie (Tuna, 1999) konnten in den letzten Jahren entwickelt werden und müssen in Zukunft weiter entwickelt und implementiert werden.

Die gesunde Integration von Migranten in Angebote der Suchthilfe setzt eine bewusste Berücksichtigung der Migrationsfragestellung in der Gestaltung von Praxis, Theorie und Methodik voraus.

Die Grundfrage lautet hierbei, welche suchtfördernden Prozesse in der Migration wirksam werden und wie die Suchthilfe hierauf helfend intervenieren und einen / ihren Beitrag zur Integration von Migrantinnen und Migranten leisten kann.

Migration und Sucht

Neben dem Ortswechsel geschieht Migration immer auch zu einem bestimmten Zeitpunkt. Vor hundert Jahren sind in Deutschland Millionen von Menschen nach Amerika ausgewandert. Heute sind nach Schätzungen bis zu 25 Millionen Menschen weltweit innerhalb ihrer Heimatländer auf der Flucht (UNHCR, 2003). Die Veränderung kann also sehr unterschiedliche Ursachen und Motivationen haben, die von Flucht vor kriegerischen Auseinandersetzungen bis zur Neugier auf eine andere Kultur und ein anderes Land reichen können.

Dabei ist der geographische Ortswechsel nur ein Kennzeichen der Migration. Im Zeitalter moderner Verkehrs- und Fortbewegungsmittel ist der Wohnortwechsel meist nur eine Angelegenheit von Stunden. Die Langzeitwirkungen der Migration geschehen aber auf anderen, zum Teil nicht sichtbaren Ebenen und sind tiefgreifender Natur. Migranten müssen sich bei einer Migration zum einen von ihrer alten Heimat trennen und zum anderen sich dabei gleichzeitig an die neue Heimat adaptieren bzw. psychisch, physisch, sozial und kulturell anpassen.

Die physischen Veränderungen können Klima, Hygieneverhältnisse, Ernährungsgewohnheiten und neuartige Krankheiten umfassen. Diese Faktoren können bei Migranten zu Veränderungen im Lebensstil und -rhythmus führen, d.h. Wohn-, Kleidungs- und Essensgewohnheiten, sowie allgemeine Verhaltensstandards werden an die neuen physischen Gegebenheiten angepasst.

Die sozialen Veränderungen, die mit einer Migration einhergehen, ziehen häufig Brüche in sozialen Beziehungen nach sich. Bei einer Migration wird immer ein soziales Netzwerk verlassen. Der Grad der Intensität der Bindungen und Beziehungen zur ursprünglichen Gruppe entscheidet darüber, wie gut und wie schnell neue Netzwerke in der Aufnahmegesellschaft aufgebaut werden. Das Resultat derartiger sozialer Veränderungen kann von Gefühlen der Isolation und Nichtunterstützung, bis zu Gefühlen der Befreiung reichen.

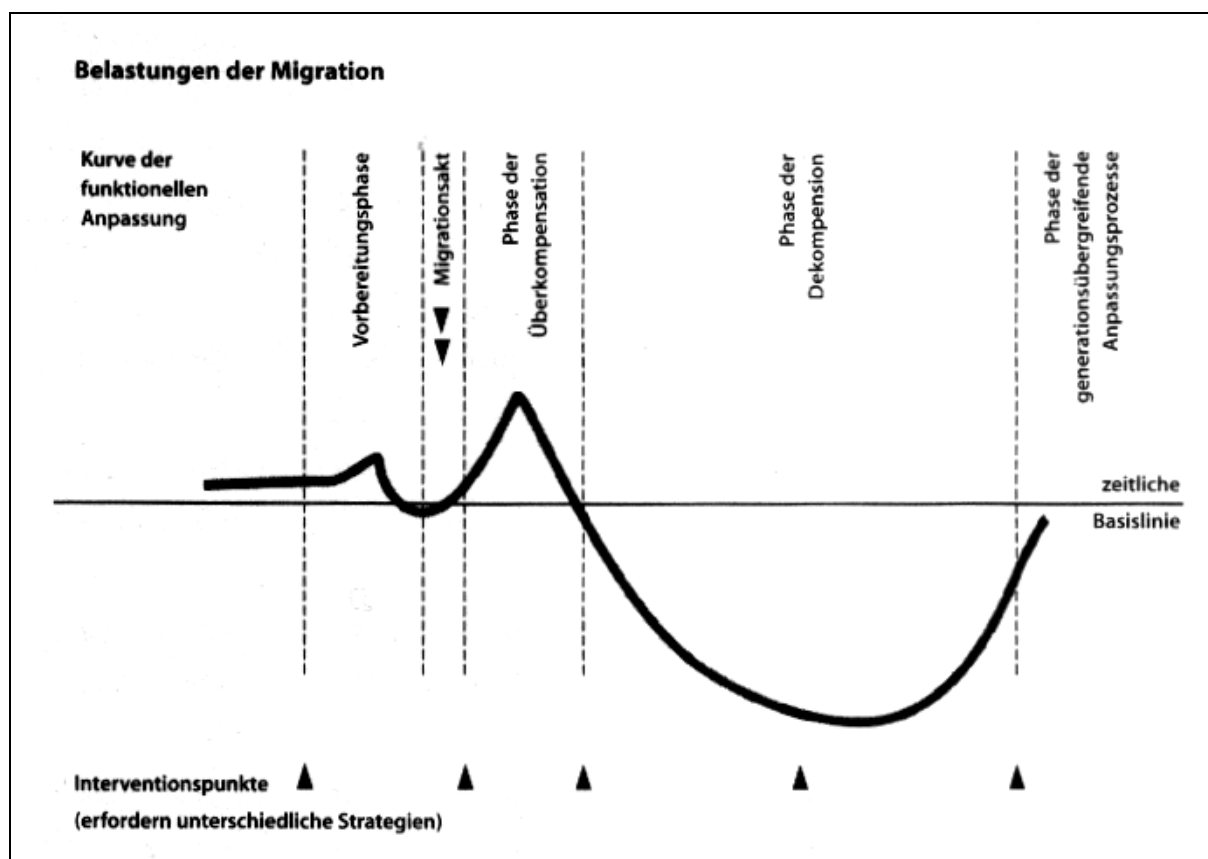
Die kulturellen Veränderungen hängen immer vom Kulturunterschied zweier Orte ab und diese entscheiden über Art und Umfang der Lernprozesse, die für den Erwerb neuer Werte und Normen notwendig sind. Das Alter zum Zeitpunkt der Migration, die persönlichen Ressourcen wie Lernfähigkeit, Flexibilität und Neugier bilden nicht selten die wichtigsten Voraussetzungen für das Gelingen einer Integration bzw. Adaptation. Aber auch die Einstellung der Aufnahmegesellschaft zur Einwanderung bzw. zu den Migrantinnen und Migranten ist hierbei von Bedeutung. Diese können von Gastfreundschaft und Sympathie bis zu offener Ausgrenzung und Diskriminierung reichen.

Die psychologischen Phasen der Migration

Stresstheoretisch betrachtet (Lazarus & Launier, 1981) stellen Veränderungen, die mit einer Migration einhergehen, kritische Lebensereignisse dar (life events). Kritische Lebensereignisse lösen beim Individuum / Migranten Stress aus. Stressoren sind Anforderungen aus der internen und externen Umwelt, wodurch das bio-psychoziale Gleichgewicht des Organismus gestört wird. Auch das psychische und physische Wohlbefinden des Betroffenen wird beeinflusst. Es werden Strategien notwendig, um das gestörte Gleichgewicht wieder auszugleichen. Psychische Veränderungen gehören zu den tiefgreifendsten, denn Migration ist in seinem Wesen vor allem ein psychisch vermittelter Prozess. Die psychischen Anpassungsleistungen sind die langanhaltendsten Veränderungen. Sehr anschaulich werden diese psychischen Migrationsprozesse von dem amerikanischen Psychiater Carlos E. Sluzki (2001) beschrieben, der ein stresstheoretisch orientiertes Phasenmodell der Migration entwickelt hat:

Danach verläuft jeder individuelle Migrationsprozess nach idealtypisch psychischen Phasen. Es ist hier die Rede von der „Reise von einer Ausgangskultur zu einer neuen Kultur“. Beispielsweise kann hier die Reise bedeuten, dass man sich von einer Kollektivgesellschaft kommend an die Standards einer hochgradig individualistischen Gesellschaft, geprägt von entsprechenden anderen psychischen, hierarchischen und Geschlechterrollenverhältnissen, anpassen muss. Dieser Prozess verläuft in mehreren Zwischenschritten. Sluzki hat sie in fünf voneinander differenzierbaren Phasen unterteilt. Diese sind jeweils durch die Anpassungsleistungen des Individuums gekennzeichnet und werden durch eine funktionelle Stresskurve wiedergegeben. Die dabei entstehende psychologische Stresskurve folgt immer einem bestimmten Muster (Sluzki):

Abb. 1: Psychologische Phasen der Migration (Sluzki, 2001)



Nach Sluzki (2001) beginnt jede Migration mit einer Vorbereitungsphase, d.h. der zur Migration Entschlossene muss sich mental mit der bevorstehenden Migration auseinandersetzen. Dabei werden psychologisch betrachtet kognitive Schemata gebildet, die häufig aus positiven Erwartungen und Bildern und aus Abwägungen über Chancen und Risiken der Migration bestehen. Hier bilden sich auch die Erwartungen bzw. Annahmen über den Verlauf der Migration in dem späteren Aufnahmeland. Viel hängt davon ab, ob hier bereits realistische, also leicht erreichbare Ziele abgesteckt werden. Nach dem Migrationsakt beginnt die erste Phase (Überkompensation) im Aufnahmeland. Das Verlassene wird häufig übertrieben negativ bewertet, das Neue nicht selten übertrieben positiv erlebt. Häufig kommt es hier zu Einseitigkeiten, d.h. oft werden nur die positiven Bilder und nur die Chancen in die Wahrnehmung zugelassen, daher der Knick nach oben in der Stresskurve. Mögliche Risiken werden zunächst verdrängt. Die Folge ist natürlich, dass diese Bilder nicht lange aufrechterhalten werden können, da sie den realen Verhältnissen kaum standzuhalten vermögen. Zur Erlangung der inneren Balance scheint nun eine Phase der Dekompensation notwendig. Sie ist die zeitlich längste und qualitativ tiefgreifendste Phase. Spätestens jetzt schlagen die Risiken, Belastungen und Trennungserfahrungen zu Buche. Suchterkrankungen, psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen können in dieser Phase als Reaktion auftreten. Gerade Migranten, deren Migration in dieser Phase extrem ungünstig verläuft, können zu Klientinnen und Klienten der Dienste und Fachkräfte der Suchthilfe werden. Im Sinne der Integration und Vermeidung von negativen Folgen wie Suchterkrankungen wäre ein früherer Kontakt in der Phase der Überkompensation natürlich besser geeignet. Hier sind noch nicht so viele negative Erfahrungen gesammelt worden und die Motivation zur Integration seitens der Betroffenen ist noch sehr stark ausgeprägt. Deshalb sind Prävention und Aufklärung über mögliche Risiken hier angebrachter.

Die Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse ist dadurch gekennzeichnet, dass Migranten individuelle Anpassungsstrategien entwickeln und mit den Folgen der Migration besser umgehen gelernt haben, sie sogar bewusst erleben und gestalten können. Migranten haben zu diesem Zeitpunkt eine bikulturelle Identität entwickelt. Sie identifizieren sich mit den Produkten zweier Gesellschaften oder mehrerer Kulturen. Selten mischen sie hierbei die Kulturen. Vielmehr nehmen sie von jeder Kultur das „Bessere“ und können so nicht selten zu besonders starken und erfolgreichen Persönlichkeiten wachsen. Für die Suchthilfe kann dies in Prävention, Beratung und Therapie bedeuten, gerade zu diesen bikulturellen Sichtweisen zu verhelfen. Es sollte nicht nur geholfen werden, das „Neue“ anzunehmen. Es sollte auch dazu beigetragen werden, alte Wurzeln wieder zu entdecken, wenn sie hilfreich als Ressource für Prävention, Beratung und Therapie nutzbar und dienlich sein können.

Suchtfördernde Faktoren und Hintergründe bei jugendlichen Migranten

Strenggenommen stellt Suchtverhalten bei Migranten eine destruktive Copingstrategie dar. Es ist nicht selten eine Reaktion auf besonders tiefgreifende Veränderungen und auf große Belastungen der Migration. In Deutschland betraf dies in den letzten Jahren insbesondere männliche Jugendliche und junge Männer unter den Spätaussiedlern und türkischen Migranten. Nach Dirk van Bakkum (1999) vollzieht sich entwicklungspsychologisch im Jugendalter die Trennung von der Sicherheit und Identität gebenden Kinderwelt und es steht eine Reintegration in eine unbekannte Erwachsenenwelt bevor. Bakkum bezeichnet diesen Übergang als Transition. Diese

sei gleichzeitig auch eine liminelle Periode, d.h. anfällige Periode. In dieser Periode vollziehen sich tiefgreifende Veränderungen, welche die eigene Persönlichkeit, Familie, Freizeit, Schule und Arbeit, ethnische / nationale Identität, Geschlechterrolle, alltägliche / säkulare und existentielle / religiöse Sichtweise, sowie die eigenen Freunde und Bekannte betreffen. Hieraus erwachsen wiederum wichtige Anforderungen und Aufgaben für die Jugendlichen, d.h. sie müssen um eine langfristig stabile Erwachsenenpersönlichkeit zu entwickeln, die oben aufgezählten Lebensbereiche ausbalancieren und ein funktionstüchtiges Selbstkonzept entwickeln.

Viele Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund haben aber schlechtere Startchancen ins Leben, da sie von vornherein über ein geringeres ökonomisches, soziales und Bildungskapital verfügen. Diese können sich langfristig zu Vulnerabilitätsfaktoren (Verletzlichkeitsfaktoren) entwickeln und so in bestimmten Fällen Suchtverhalten begünstigen. Wichtige Faktoren der Vulnerabilität für jugendliche Migranten bestehen nicht nur aus kulturellen, sondern können darüber hinaus ein sehr breites Faktorenspektrum umfassen. Die wichtigen wären:

- **Schulische Misserfolge, geringerer Zugang zu Ausbildungsplätzen und geringere Berufschancen.**

Das schlechte Abschneiden von ausländischen Kindern bei der PISA-Studie ist hierfür ein Indiz. Aber auch härtere Fakten, wie die Arbeitslosenquote von ausländischen Jugendlichen, die ca. doppelt so hoch ist, wie die ihrer deutschen Altersgenossen, zeigt, dass in Zukunft für die gesellschaftlichen Integrationschancen noch viel zu tun bleibt. Diesen Aspekt darf auch die Suchthilfe in der Prävention, Beratung und Therapie und besonders wichtig der Rehabilitation nicht aus den Augen verlieren. Gute schulische und berufliche Perspektiven sind wichtige Schutzfaktoren gegen Suchterkrankungen.

- **Schlechte Wohnverhältnisse.**

Hiervon sind besonders Flüchtlinge und Aussiedlerfamilien betroffen. Viele Familien müssen, wenn sie nach Deutschland einreisen zunächst in Aufnahmelagern, Wohnheimen oder Containern leben, wo fehlende Privatsphäre, unpersönliche Atmosphäre und das enge nebeneinander von Familien aus unterschiedlichen Regionen sich häufig schwierig gestaltet. Langfristig landen diese Familien häufig in „ethnischen Ghettos“ oder in sozialen Brennpunkt Stadtteilen der deutschen Großstädte. Das Leben in derart schwierigen Wohn- und Lebenswelten wirkt sich für Jugendliche suchtfördernd aus. Sozialraumgestaltung und Suchtprävention sind Themen die bisher noch wenig erforscht worden sind. Daher sollte die Suchthilfe hier in Zukunft enger mit der Politik, der Stadtplanung und den Selbstorganisationen der Migranten in Diskussion treten und neue Wege und Ansätze für die Suchtprävention entwickeln, um derartige Entwicklungen entweder im Vorfeld abzuwenden oder um bestehende Fehlentwicklungen.

- **Soziale Randgruppensituation durch Diskriminierung.**

Von Rassismus und Ausgrenzung sind häufig die schwächsten, nämlich die Kinder und Jugendlichen am stärksten betroffen. Sie internalisieren die negativen Bilder in ihr Selbstkonzept, die ein Teil der Mehrheitsgesellschaft von ihnen hat und verbreitet. Dadurch erleben sich viele als minderwertig und reproduzieren das Bild des unfähigen „Ausländers“ wieder. Ohnmachts- und Frustaktionsgefühle sind nicht selten Folge derartiger Erfahrungen, diese können wiederum langfristig suchtfördernd wirken. Suchthilfe sollte deshalb jugendlichen Migranten die Botschaft vermitteln, dass sie wichtig und wertvoll sind und zu dieser Gesellschaft gehören und Sucht kein Ausweg darstellt.

- **Schlechte materielle Ausstattung.**

Familien wollen in der Migration häufig viel Geld sparen, um entweder schnell wieder in ihre Heimat zurückzukehren oder ihre daheimgebliebenen Angehörigen finanziell zu unterstützen. In solchen Migrantenfamilien sind Kinder und Jugendliche oft die ersten Opfer der „Sparpolitik“ ihrer Eltern. An ihren Bedürfnissen und Ansprüchen wird häufig zuerst und leider häufig sehr heftig gespart.

- **Sprachliche Defizite.**

Nach der Interdependenzhypothese von Cummins (1979) erkannte man die Bedeutung der Muttersprache für den Erwerb einer Zweitsprache. Nach dieser Hypothese gibt es einen Zusammenhang zwischen der Sprachkompetenz in der Muttersprache und derjenigen in einer Zweitsprache. Viele Jugendliche der 3. Generation lernen in ihren Familien die Sprache ihrer Herkunftsheimat. In der Schule und im Alltag dagegen wird häufig die Muttersprache nicht gefördert. Der Erwerb der deutschen Sprache als neue Sprache wird dann ebenfalls schwierig. Häufig ist dann eine Mischsprache („Kanakisch“ oder „Deutschland-Türkisch“) zu beobachten oder die Betroffenen wechseln ständig von der einen zur anderen Sprache („code-switching“). Auch junge Aussiedler haben – meistens im Gegensatz zu ihren Eltern – besonders bei der Einreise nach Deutschland häufig nur rudimentäre Deutschkenntnisse (Czycholl, 2002). Für beide hier beschriebenen Gruppen kommen die sprachlichen Defizite häufig einer Sprachlosigkeit gleich. Sprache aber ist die Grundlage von Chancengleichheit und sie ist die Eintrittskarte in die hiesige Gesellschaft (Salman, 2001).

- **Trennungserfahrungen durch nicht gelungene Familienzusammenführung.**

In der Migration müssen viele Angehörige in der Heimat zurückgelassen werden. Die Familien und damit verbunden die persönlichen Hilfenetze und -potentiale werden ausgedünnt. Jugendliche sind hiervon besonders betroffen, denn stabile und durchgehende Bindungen und Beziehungen von Kindern zu ihren Eltern und Familienangehörigen haben großen Einfluss auf das spätere Selbstwertgefühl und -konzept (Cerci, 2001).

- **Delinquenz bzw. dissoziales Verhalten.**

Das Thema Delinquenz bzw. Gewalt bei Kindern/ Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist ein beliebtes und häufiges Thema in den Medien. Natürlich gibt es auch viele jugendliche Migranten, die durch das Ausüben von Gewalt kurzfristig eigene Minderwertigkeits- und Ohnmachtsgefühle zu kompensieren versuchen. Langfristig kommen sie dadurch aber in Konflikt mit dem Gesetz. Viele jugendliche Migranten und besonders Jugendliche Aussiedler sind aktuell hiervon betroffen (Osterloh, 2003).

- **Konfliktsituationen durch unterschiedliche Normen und Werte.**

Die Familien vieler jugendlicher Migranten in Deutschland kommen aus kollektivistischen bzw. traditionellen Gesellschaften. In den Familien werden ihnen die Normen und Werte der Herkunftsgesellschaft vermittelt. In der Schule, Freizeit und Arbeitswelt übernehmen sie parallel die Werte der Aufnahmegesellschaft, die individualistischer orientiert sind. Das persönliche Wohl des Einzelnen und der persönliche Affektgewinn stehen eher im Vordergrund. Solche Jugendlichen neigen eher zu bikulturellen Sichtweisen. Die Wertschätzung, die dieser Bikulturalität von der eigenen Familie und der Mehrheitsgesellschaft entgegengebracht wird, entscheidet meist darüber, ob es als Chance oder Risiko mit entsprechenden Identitätskonflikten erlebt wird (Yüksel, 1999).

- **Negative Zukunftserwartungen.**

Wenn die eigene Selbstwirksamkeit (self efficacy) gering eingeschätzt wird, dann hat dies auch direkte Auswirkungen auf das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl. Wenn jugendlichen Migranten in ihren Familien und in der Gesellschaft nicht das Gefühl vermittelt wird, dass sie wertvoll und ein Teil dieser Gesellschaft sind, lässt sich von ihnen kaum erwarten, dass sie an eine positive Zukunft für sich und andere glauben. Aber gerade Jugendliche sind auf positive Zukunftsaussichten angewiesen.

Bewährte Strategien für die Integration von Migranten in die Suchthilfe

Eine angemessene Versorgung von Migranten in der Suchthilfe hängt davon ab, inwieweit die Migranten erfolgreich in die Regelangebote der Suchthilfe integriert werden können. Hier ist von den Institutionen und Professionen der Suchthilfe in den letzten fünf bis zehn Jahren doch Erhebliches geleistet worden. Trotz dessen bleibt noch viel zu tun:

Wie oben gezeigt werden konnte, lassen sich Belastungsfaktoren die mit einer Migration einhergehen und die in bestimmten Fällen eine Suchterkrankung begünstigen können, nicht nur auf kulturelle Faktoren begrenzen, sondern umfassen migrationsspezifische, ökonomische, geschlechtsspezifische, sozialisationstypische und zahlreiche andere Faktoren. An diesen müssen die bestehenden Konzepte und Theorien ausgerichtet und interkulturelle Angebotsstrukturen ausgebaut werden. Notwendig sind interkulturell gesicherte ambulante ebenso wie stationäre Angebote. Daneben sind weiter interkulturelle Angebote der Prävention, Therapie, Beratung und besonders dringlich, der Rehabilitation, notwendig.

Weiterhin müssen Migranten, Flüchtlinge und Aussiedler, viel stärker als bisher, als Zielgruppe für die Regelangebote der Suchthilfe wahrgenommen und parallel müssen diese Angebote auch den Migranten transparent gemacht werden. Diesbezüglich haben sich muttersprachliche und primärpräventive Aufklärungskampagnen durch sog. Keypersons in den Lebenswelten (settings) von Migranten bewährt, die durch das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover entwickelt wurden und viele Nachahmer fanden, sowie der Einsatz von muttersprachlichen Infomaterialien.

Bei Sprachproblemen sollten nach Möglichkeit Dolmetscher eingesetzt bzw. muttersprachliche Fachkräfte eingestellt werden. Dadurch können interkulturelle Teams aufgebaut werden, in denen interkulturelle Kompetenzen wachsen können.

Bewährt haben sich auch Fachschulungen, Fortbildungsangebote und Trainings in interkultureller Kompetenz für Fachkräfte in der Suchthilfe, um die kulturspezifischen Hintergründe des eigenen professionellen Handelns und der gängigen Ansätze der Suchthilfe bewusster zu werden. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe und seine Fachstelle für Suchthilfe bauten diesbezüglich, gemeinsam mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum, umfangreiche Qualifikationsstrukturen auf.

Eine gesunde Integration von Migrantinnen und Migranten in Angebote und Strukturen der Suchthilfe kann gelingen, wenn die Suchthilfe ihre Kommunikation und Interaktion mit dieser Zielgruppe weiter ausbaut. Die interkulturelle Suchthilfe liefert hierfür wichtige Impulse. Durch die Implementierung interkultureller Ansätze und Methoden in die bestehende Suchthilfe, kann den Migrantinnen und Migranten signalisiert werden, dass sie etwas Wert sind, dass wir an eine gemeinsame Zukunft glauben und dass unsere Gesellschaft sie als gesunde Mitglieder benötigt. Dies wäre ein Beitrag der Fachdienste und Professionen der Suchthilfe zur Integration von Migrantinnen und Migranten in Deutschland.

Literatur

- Bekum D. v. (1999) Transitorische Anfälligkeit als Risikofaktor für Suchtverhalten – Ein interkulturelles Rahmenkonzept zur Prävention bei Jugendlichen. In: Salman R., Tuna. S., Lessing A. (Hg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Psychosozial Verlag: Gießen
- Bundesministerium für Gesundheit (2002) (Hg.) Sucht und Migration. Eine Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 141/II, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden
- Cerci F. (2001) Abhängigkeit und Sucht bei Migranten -ein Kapitel für sich. In: Zeitschrift für Pädagogik, Heft 7
- Cummins J. (1979) Cognitive / academic language proficiency, linguistic interdependence, the optimum age question and some other matters. Working Papers on Bilingualism, 19,S. 197-205
- Czycholl D. (2002) Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe. In: Barth W. & Schubert C. (Hrsg.) Migration-Sucht-Hilfe: Junge Migranten aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationberatung. emwe-Verlag: Nürnberg
- Domenig D. (2001) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Verlag Hans Huber: Bern u.a.
- Haasen C., Toprak M. A., Yagdiran O., Kleinemeier E. (2001) Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. In: Suchtprävention, 2, S. 161-165
- Lazarus R. S. & Launier R. (1981) Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch J. R. (Hg.) Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. UTB-Verlag: Opladen
- Osterloh, K. (2003) „Kriminelle Subkulturen“ bei Migranten und Migrantinnen aus der GUS. Geschichte, Hintergründe, Ausdrucksformen und ihre Adaptation in der bundesdeutschen Gesellschaft. In: Krüger-Potratz M. (Hg.) Kriminal- und Drogenprävention am Beispiel jugendlicher Aussiedler. Otto Benecke Stiftung, Beiträge der Akademie für Migration und Integration, Heft 6. V & R: Göttingen
- Salman R. & Kimil A. (2002) Suchtprävention für AussiedlerInnen nach dem Keypersons-Ansatz. In: proJugend, Heft 3
- Salman R. & Tuna S. (2001) Kultursensible Suchthilfe. In: Hegemann, T. & Salman R. (Hg.) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie Verlag: Bonn
- Salman R., Tuna. S., Lessing, A. (1999) (Hg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Psychosozial Verlag: Gießen
- Sluzki C. E. (2001) Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann, T. & Salman R. (Hg.) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie Verlag: Bonn
- Tuna, S. (1999) Die Bedeutung der Sprache in der interkulturellen Suchttherapie. In: Salman R., Tuna. S., Lessing, A. (Hg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Psychosozial Verlag: Gießen
- UNHCR (2003) www.unhcr.de
- Yüksel, T. (1999) Der kulturelle Aspekt in der Suchthilfe – Türkisch-Islamischer Grundhaltungen und ihre Auswirkungen auf das Drogenhilfesystem. In: Salman R., Tuna. S., Lessing, A. (Hg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Psychosozial Verlag: Gießen

Ramazan Salman

Kurzbiographie

**Ethno-Medizinisches Zentrum
e.V.
Königstr. 6; 30175 Hannover
Email: ethno@salman.info**

Berufsqualifikationen: Diplom-Sozialwissenschaftler, Medizinsoziologe, Gesundheitswissenschaftler

Ich bin 1960 in Istanbul geboren und als Kind von Arbeitsmigranten im Jahre 1966 nach Deutschland gekommen. Ich lebe mit meiner Ehefrau Hatice und unserer Tochter Miray in Hannover. Seit 1992 bin ich Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V. Seit 2005 Projektleiter für Migrations-Suchtforschung (im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung) in der Abt. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie sowie Dozent der Abt. Medizinsoziologie der Med. Hochschule Hannover und Mitglied des klinischen Ethikkomitees.

Ich wurde 2006 und 2007 zum Integrationsgipfel der Bundeskanzlerin eingeladen und in das Forum Integration 2006/2007 der Bundesregierung berufen.

Seit 1996 leite ich das erfolgreichste Suchtpräventionsprogramm für Migranten in Europa: „ISH – Interkulturelle Suchthilfe Hannover – Prävention und Beratung für Migranten“. Das „Handbuch interkulturelle Suchthilfe“ welches ich herausgegeben habe, erschien bisher in fünf Auflagen.

Seit 2003 leite ich das größte Gesundheitsförderungsprogramm für Migranten in Europa - das MiMi-Gesundheitsprojekt in 34 Städten und Kreisen in 11 Bundesländern für den BKK Bundesverband. Der Ansatz des Projekts wird derzeit auf den Bereich der Vermögensbildung und Erziehungskompetenz bei Migranten übertragen. Frau Staatsministerin Böhmer ist seit 2005 die Schirmherrin des MiMi-Projekts.

Ich wurde im Oktober von der Internationalen Ashoka-Gesellschaft zum Sozialunternehmer des Jahres 2006 („social entrepreneur“) ernannt.

Ab Mai 2008 werde ich das Europäische Präventionsprojekt „AIDS and Mobility“ in 23 Ländern leiten.

Von mir entwickelte Projekte und Maßnahmen wurden mehrfach ausgezeichnet. Das „MOM-Projekt“ zur interkulturellen Oralprophylaxe (2001 Prophylaxepreis der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung) und das Kooperationsprojekt mit dem Gesundheitsamt Stade zur Impfschutzverbesserung von Migrantenkindern (2004 „Prix d’ÖGD“ und „Qualitätspreis der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen“) sind Beispiele hierfür. Auch im laufenden Jahr erhielt das MiMi-Projekt den Janssen-Cilag-Zukunftspreis sowie den Präventionspreis Nordrhein Westfalen.

Ich bin erster Vorsitzender des Instituts für transkulturelle Betreuung e.V. (seit 1995) und im Vorstand der Deutsch-Türkischen Mediziner-Gesellschaft (seit 2006).

Seit 1998 bin ich Mitglied im Bundesarbeitskreis Migration und öffentliches Gesundheitswesen.

Lehrbeauftragter war ich bereits in der Fachhochschule Hildesheim (Sozialwesen, Gesundheit), FH Wolfburg, Medizinische Hochschule Hannover, Universität Düsseldorf (Gesundheitswissenschaften bei Prof. Siegrist), Polizeifachhochschule Wiesbaden, FH Fulda (Gesundheitswesen) u.a.

Ausgewählte Publikationen:

Salman, R. (1995): *Hintergründe gelungener Migration*. In: Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven, hg. von E. Koch, W. Pfeiffer & M. Özek. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Salman, R., S. Tuna, A. Lessing (Hg.) (1999): *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Giessen: Edition psychosozial, Psychosozial Verlag

Hegemann, T. & R. **Salman** (Hg.) (2001): *Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Salman, R., Stickan-Verführt, M., Grieger, D. (2006): *Migration, Gesundheitsversorgung und Integration*. In: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis; hg. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin, November 2006, S. 17-23

Hegemann, Th.; **Salman**, R. (2006): *Interkulturelle Kompetenztrainings*. In: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis; hg. Beauftragte der Bundesreg. für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin, 2006

Machleidt, M., **Salman**, R. Calliess, I.T. (2006): Die Sonnenberger Leitlinien – Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen in Deutschland und Europa. Aus der Reihe: Forum Migration Gesundheit Integration, Band 4, hg. von R. **Salman**, Th. Hegemann, J. Collatz. Berlin: Verl. Wissenschaft u. Bildung.