

Zugang von Migrantinnen und Migranten zu Angeboten im Suchtbereich

Ein versuchter Brückenschlag zwischen Tabuisierung und institutionellen Barrieren am Beispiel eines Alkoholpräventionsprojektes für Tamilinnen und Tamilen

Joseph OGGIER¹, Claudia ARNOLD²

Zusammenfassung

Die Frage der Zugänglichkeit der Angebote von Institutionen für Migrantinnen und Migranten stellt sich im Suchtbereich in besonders ausgeprägter Weise, da es sich um eine in vielerlei Hinsicht heikle Problematik handelt. Zu den allgemein bekannten Zugangsbarrieren gesellen sich insbesondere die Tabuisierung und die damit verbundenen Hemmungen, Ängste sowie Misstrauen, was in Teilen der Migrationsbevölkerung überdurchschnittlich stark der Fall ist. Dies zeigt sich beispielsweise bei Beratungs- und Therapieangeboten für Alkoholabhängige. Die Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) rief deshalb eine Anlaufstelle ins Leben, welche eine Brückenfunktion zwischen Institutionen des Suchtbereichs und (potenziellen) tamilischen Klientinnen und Klienten wahrnehmen sollte, welche aus diversen Gründen kaum den Weg zu Beratung oder Therapie fanden. Der Artikel beschreibt die Ausgangslage, die Vielfalt an Gründen für Alkoholabhängigkeit unter tamilischen Migrantinnen und Migranten und die Herausforderungen beim Aufbau der Anlaufstelle, wobei sich insbesondere die Frage stellte, welche Bedingungen erfüllt sein mussten, damit ihr Angebot von den Betroffenen auch tatsächlich genutzt werden würde. Die Erfahrungen im Rahmen der geleisteten Erstberatungen sowie Motivationsgespräche und die Begleitungen zu Institutionen aus dem Bereich der Suchtberatung- bzw. -therapie zeugen von einigen Erfolgen, machen aber auch deutlich, dass für die Motivation und den Schritt zu einer Beratungsstelle des Regelangebots häufig mehr Einsätze der interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittler nötig waren als anfänglich eingeplant. Zugleich zeigte sich im Projektverlauf mit zunehmender Nachfrage eine immer deutlichere Diskrepanz zwischen Inanspruchnahme der Dienstleistungen und Zahlungsbereitschaft der Institutionen, was schliesslich die Weiterführung des Projektes verunmöglichte und nach einer Alternative suchen liess.

1 lic. phil., Co-Leiter Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP)

2 lic. phil., MAS, Co-Leiterin Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP)

Ausgangslage

Sowohl aus dem ersten als auch aus dem zweiten Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (Rommel et al., 2006; Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesamt für Migration (BFM), 2011) geht kein besonders auffälliges Alkoholproblem unter Tamilinnen und Tamilen hervor. Demgegenüber betonen Schlüsselpersonen der tamilischen Gemeinschaft sowie Fachleute aus dem Suchtbereich seit Längerem, dass der Alkoholkonsum unter tamilischen Männern in der Schweiz ein Problem darstelle.

Die für den übermässigen Alkoholkonsum unter Teilen der männlichen tamilischen Migrationsbevölkerung aufgeführten Gründe reichen vom leichten Zugang zu Alkohol für im Gastgewerbe Tätige über die Belastungen durch Nachtarbeit bis hin zur Bewältigungsstrategie bei Traumatisierungen, insbesondere durch den Krieg oder die Flucht aus Sri Lanka. Eine Reihe weiterer Faktoren führt zu einem erhöhten Risiko, in die Alkoholabhängigkeit zu geraten. Dazu gehören u. a. die Einsamkeit, die Sehnsucht nach der Heimat und den dort lebenden Verwandten, soziale Isolation, finanzielle Probleme und ein prekärer Aufenthaltsstatus (Pfluger et al., 2008).

Im Jahr 2004 startete die Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) ein Alkoholpräventionsprojekt für Tamilinnen und Tamilen im Kanton Zürich, welches zunächst als einjähriger Pilotversuch konzipiert war. Der Lancierung des Projektes gingen Abklärungen unter einigen Schlüsselpersonen der tamilischen Gemeinschaft voraus, worunter sich eine Lehrerin für Kurse in heimatlicher Sprache und Kultur (HSK), eine Leiterin sowie ein Leiter zweier tamilischer Beratungsstellen sowie zwei Hindu-Priester befanden. Aus der Sicht dieser Schlüsselpersonen kann die Situation unter der tamilischen Gemeinschaft folgendermassen charakterisiert werden:

1. Der Alkoholkonsum unter tamilischen Männern stellt in der Gemeinschaft in der Schweiz ein akutes Problem dar – mit den allgemein bekannten negativen Konsequenzen für das unmittelbare soziale Umfeld.
2. Die Tamilinnen und Tamilen suchen die bestehenden Fachstellen und Institutionen der Sucht- und Alkoholprävention bzw. -beratung so gut wie nie auf, wofür es mehrere Gründe gibt:
 - Fehlendes Wissen über die Angebote
 - sprachliche Barrieren
 - Hemmungen, darüber zu sprechen (Tabu)
 - Angst vor Gesichtsverlust
 - fehlendes Vertrauen

Eine ähnliche Situation wiesen auch andere Bevölkerungsgruppen auf. Bei den Tamilinnen und Tamilen gab es aber zu jenem Zeitpunkt – im Gegensatz zu einigen anderen Ethnien – im Suchtbereich keine Fachleute mit

ihrer Muttersprache und kaum Bemühungen von Institutionsseite, sie mit ihren Angeboten zu erreichen. Fand dann tatsächlich einmal ein alkoholabhängiger Tamile den Weg zu einer Beratungsstelle, so waren die Fachleute in der Regel überfordert, weil sie an den Klienten nicht „herankamen“ und nie sicher waren, ob er sie wirklich verstanden hatte, selbst wenn er nickte. Diese Ausgangslage wies in aller Deutlichkeit auf einen Graben zwischen den Angeboten im Suchtbereich und den (potenziellen) tamilischen Klientinnen und Klienten hin.

Grundzüge des Angebots und Weiterbildung

Es lag nahe, ein Angebot zu entwickeln, welches diesen Graben innerhalb eines vorgegebenen engen finanziellen und personellen Rahmens so gut wie möglich zu überwinden helfen sollte.

Von Beginn an war dabei klar, dass das Projekt eine integrative Ausrichtung haben, dass also kein Parallelangebot aufgebaut werden sollte, sondern die Heranführung von Tamilinnen und Tamilen an bestehende, an die Bevölkerung im Allgemeinen gerichtete Angebote das Ziel sein musste. Oder mit Fokus auf die Institutionen aus dem Suchtberatungs- und Gesundheitsbereich: Deren Arbeit und Angebote sollten sich verstärkt auch gegenüber Tamilinnen und Tamilen öffnen. Abzuwarten, bis diese den Weg zu einer Suchtberatungsstelle oder Klinik finden, konnte nicht die Lösung sein. Vielmehr mussten aktive Mittel und Wege gefunden werden, wie diese Klientinnen und Klienten zu erreichen waren.

Zwecks näherer Ausgestaltung des Projektes wurde anlässlich einer Sitzung mit Fachleuten aus dem Suchtbereich und interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittlern tamilischer Muttersprache einerseits die Festlegung des Themenbereichs diskutiert, welchen das Angebot umfassen sollte, andererseits die konkreten Schritte der Umsetzung. Die Ausrichtung des Projektes war schnell definiert: den tamilischen Klientinnen und Klienten mit einem Alkoholproblem bei der Entwicklung einer neuen Perspektive Unterstützung bieten, was mittels einer sogenannten motivierenden, aufbauenden (Erst-)Beratung geschehen sollte. Das ehrgeizige Ziel bestand darin, der Klientin bzw. dem Klienten Möglichkeiten aufzuzeigen, den Alkoholkonsum zu reduzieren oder sie bzw. ihn – sofern angezeigt – zu einer Entzugstherapie zu bewegen.

Es war klar, dass diese Funktion bloss von interkulturellen tamilischen Vermittlerinnen und Vermittlern wahrgenommen werden konnte, welche das Vertrauen weiter Teile ihrer Gemeinschaft genossen. Ebenso sicher war, dass dieser doch recht hohe Anspruch vertiefte Kenntnisse voraussetzte über Entstehung, Ursachen und Auswirkungen von Sucht, insbesondere Alkoholabhängigkeit, hinsichtlich spezifischer Aspekte der Alkoholberatung sowie bezüglich Gesprächsführung in Beratungssituationen. Dieser Notwendigkeit wurde mit einer dreiteiligen Weiterbildung der interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittler sowie projektbegleitenden Gruppencoaching-Sitzungen

mit Fachpersonen für Alkoholfragen entsprochen. Diese Sitzungen fanden im Verlauf des Projektes in regelmässigem Abstand statt und dienten gleichzeitig der Supervision und praxisnahen Weiterbildung. Die Diskussion konkreter Fallbeispiele bot wertvolles Feedback und Ideen für die weitere Tätigkeit. In Rollenspielen wurden immer wieder möglichst realitätsnahe Situationen geschaffen, welche die Gesprächs- und Beratungstechnik zu üben und verbessern halfen.

Konkrete Ausgestaltung des Angebots, Bekanntmachung und Erreichung der Zielgruppe

Ein weiterer zentraler Punkt, der an der erwähnten Sitzung angegangen wurde, war die Festlegung der Dienstleistungen im Rahmen des Projektes. Deren Kern bildete eine Auskunft- und Anlaufstelle für Tamilinnen und TAMILen in Alkoholfragen. Das Angebot umfasste kurze Auskünfte und Erstberatungen im Sinne von Motivationsgesprächen, in welchen der problematische Alkoholkonsum sowie die damit verbundenen konkreten Ursachen und Folgen thematisiert wurden. Zu diesem Zweck wurde eine regelmässige Präsenzzeit auf der Fachstelle eingeführt (zweimal zwei Stunden wöchentlich, jeweils abwechslungsweise abgedeckt durch eine Frau und einen Mann). Während dieser Zeit konnten Klientinnen und Klienten unangemeldet erscheinen und sich in einem separaten Raum beraten lassen. Gleichzeitig war die eigens für die Anlaufstelle eingerichtete Telefonlinie bedient, wo in Tamilisch Auskunft gegeben wurde. Die tamilischen Beraterinnen und Berater vereinbarten Termine selbstverständlich auch ausserhalb der festgelegten Zeiten und ausserhalb der Büroräumlichkeiten.

Schliesslich war die Begleitung von Klientinnen und Klienten zu Institutionen, namentlich Sucht- bzw. Alkoholberatungsstellen sowie Kliniken, die Entzugstherapien anboten, wichtiger Teil des Projektes, entsprach ja gerade das „Heranführen“ von Tamilinnen und TAMILen an die bestehenden Angebote bzw. die erhöhte Zugänglichkeit derselben dem zentralen Anliegen des Projektes.

Die Umsetzung der erwähnten Massnahmen oblag dem aus fünf interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittlern bestehenden Team, welches sich die verschiedenen Aufgaben aufteilte. Mit besonderer Spannung wurde die Resonanz auf die regelmässige Präsenzzeit erwartet. Zwei grundsätzliche Bedenken herrschten im Vorfeld:

- Würden die tamilischen Klientinnen und Klienten befürchten, von Landesleuten beim Betreten der Fachstelle beobachtet zu werden (obwohl die Fachstelle von aussen kaum als solche erkennbar ist)? Aufgrund der starken Tabuisierung von Alkoholproblemen in der tamilischen Gemeinschaft, der Angst vor einem Gesichtsverlust sowie der in der Nähe der Fachstelle wohnenden Tamilinnen und TAMILen war eine entsprechende Skepsis sehr wohl berechtigt.

- Ein noch grösseres Fragezeichen wurde hinter den Betrieb der bereits erwähnten Telefonlinie gesetzt. Würde diese wohl Anklang finden, obwohl Tamilinnen und Tamilen an eine solche Einrichtung nicht gewohnt waren? Zudem schien auch unklar, ob sie einer ihnen unbekannt Person, die sie aber vielleicht doch kannten – die tamilische Gemeinschaft in Zürich ist ja so gross auch wieder nicht –, solch heikle Anliegen anvertrauen würden, wie sie sich im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum stellen können.

Ganz generell bestand Einigkeit darüber, dass das Projekt mit dem Vertrauen – oder allenfalls Misstrauen – stehen oder fallen würde. Deshalb galten die gute Vernetzung, die persönlichen Kontakte sowie die Akzeptanz der einzelnen Vermittlerinnen und Vermittler in weiten Teilen der tamilischen Gemeinschaft als zentrale Elemente der Anlaufstelle. In diesem Sinne gingen wir von Anfang an davon aus, dass aufsuchende Arbeit und die Vernetzung mit sozialen Strukturen, welche die Tamilinnen und Tamilen bereits nutzten, bei unserem Unterfangen eine zentrale Rolle spielen mussten. Entsprechend waren die vorgängig erwähnten festen und regelmässigen Präsenzzeiten sowie die tamilische Telefonlinie als zusätzliche Kontaktierungsmöglichkeiten bzw. Zugangswege anzusehen.

Um das neue Angebot unter der tamilischen Bevölkerung und auch unter Institutionen aus dem Gesundheits- und sozialen Bereich im Kanton Zürich bekannt zu machen, wurde auf verschiedene Formen der Information gesetzt:

- das Auflegen von zweisprachigen Handzetteln in Tamilisch und Deutsch in tamilischen Vereinen, Hindu-Tempeln, Sozialzentren und weiteren Institutionen
- mehrfacher Hinweis auf die Anlaufstelle und ihre Angebote in einer tamilischen Sendung im Zürcher Lokalradio LoRa
- Mund-zu-Mund-Propaganda durch die tamilischen Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter
- Information von Institutionen aus dem Gesundheits-, speziell Sucht- sowie sozialen Bereich über das Projekt

Es wurde also versucht, die Zielgruppe und mit ihr in direktem Kontakt stehende Institutionen über unterschiedliche Wege zu erreichen.

Erste Erfahrungen und Folgen für den weiteren Projektverlauf

Im ersten Halbjahr der Umsetzung nahmen rund 40 Personen das Angebot der Anlaufstelle in Anspruch. Drei Viertel der Kontaktaufnahmen erfolgten durch Tamilinnen und Tamilen selbst und waren zumeist die Folge der Mund-zu-Mund-Propaganda, welche den erfolgreichsten Werbeeffekt hatte. Kontakte wurden fast ausschliesslich persönlich über die interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittler wahrgenommen, die den meisten Klientinnen

bzw. Klienten aus einem anderen Kontext bereits bekannt waren. Auch hier dürfte die Frage des Vertrauens eine ganz entscheidende Rolle gespielt haben. Das verbleibende Viertel der Kontaktaufnahmen ging auf das Konto von Sozialzentren und des medizinischen Personals. Ein einziges Mal meldete sich eine betroffene Person über die Projekttelefonlinie.

Die Gruppe der direkt Betroffenen setzte sich mit einer Ausnahme ausschliesslich aus Männern – grossmehrheitlich im Alter zwischen 30 und 50 Jahren – zusammen. Meist handelte es sich um Tamilen, die allein lebten und eher schlecht als recht in die Strukturen der tamilischen Gemeinschaft eingebettet waren. Auch der unsichere Aufenthaltsstatus war ein oft anzutreffendes Merkmal.

Hinsichtlich der Konsumgewohnheiten lässt sich zunächst festhalten, dass ein Teil dieser Personen bereits im Herkunftsland Sri Lanka Alkohol konsumierte, jedoch nicht in gleichem Ausmass wie in der Schweiz. Die meisten begannen erst hier Alkohol zu konsumieren. Die Hilfesuchenden können grob in drei Kategorien unterteilt werden:

- Einer ersten Gruppe können jene zugeordnet werden, die selten trinken, bei besonderen Anlässen/Festivitäten jedoch sehr viel.
- Die zweite Gruppe umfasst vorwiegend allein lebende Männer, die bereits eine jahrelange Alkoholkarriere aufweisen und in der Regel täglich Alkohol im Übermass konsumieren. Viele unter ihnen sind arbeitslos.
- Der dritten Gruppe sind schliesslich verheiratete Männer zuzurechnen. Ihr ebenfalls täglich übermässiger Alkoholkonsum führt dazu, dass die Familie in Mitleidenschaft gezogen wird. Konflikte und Gewaltanwendung können Folgen davon sein.

In einigen wenigen Fällen waren es denn auch Frauen, die sich wegen des Alkoholproblems ihres Ehemannes oder Freundes an die Anlaufstelle wandten.

In Bezug auf die Beratungen und Begleitungen wurden folgende Erfahrungen gemacht:

- Die überwiegende Mehrheit der Beratungen und Begleitungen dauerte länger als 30 Minuten.
- Bei etwas mehr als einem Viertel der Personen handelte es sich um ein einmaliges Gespräch, gut die Hälfte wurde zwei bis fünf Mal beraten bzw. begleitet und ein Fünftel nahm mindestens sechs Mal die Dienste in Anspruch. Bei den letztgenannten handelte es sich um Klienten, welche zwecks einer Entzugstherapie in eine Klinik begleitet wurden.
- Insgesamt begannen acht Klienten eine mehrwöchige Entzugstherapie. Von dreien ist bekannt, dass sie auch noch Monate nach Beendigung trocken waren, während drei weitere während der Therapie rückfällig geworden waren. Bei zwei Personen war zum Zeitpunkt des ersten Projektzwischenberichtes die Therapie noch im Gange. Zusätzlich hatten sich zwei tamilische Männer einer Gruppentherapie angeschlossen.

Aus den Erfahrungen der ersten sechs Monate und der Beratung und Begleitung von rund 40 Klientinnen und Klienten konnte ein erstes Fazit mit Folgerungen für die Projektfortführung gezogen werden. In erster Linie zeigte sich, dass die Notwendigkeit unterstützender Massnahmen offensichtlich gegeben war, wenngleich diese nur zurückhaltend in Anspruch genommen wurden. Immer wieder kristallisierte sich die Frage nach dem Vertrauen als entscheidend heraus. So bei der Mund-zu-Mund-Propaganda, die es als zentrales Element beizubehalten bzw. zu verstärken galt. Die feste Präsenz der Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter wurde dagegen in einem ersten Schritt reduziert und danach gänzlich abgeschafft. Angesichts des knappen Budgets konnten die finanziellen und personellen Ressourcen bedeutend sinnvoller investiert werden, nämlich direkt in die Beratungs- und Begleitungstätigkeit. Der Telefonbeantworter der Linie wurde weiterhin regelmässig abgehört, was einem wesentlich kleineren Aufwand gleichkam.

Die Beratungen und insbesondere die Begleitungen von Klienten zu Kliniken resp. Entzugstherapien konnten insgesamt als ein erster Erfolg verbucht werden. Die „Heranführung“ von direkt Betroffenen an die bestehenden Angebote war in mehreren „Fällen“ gelungen. Allerdings zeigte sich auch, dass der Aufwand entsprechend hoch war. Mit einem oder zwei Motivationsgesprächen war es in der Regel nicht getan. Insbesondere bei jenen Klienten, die einer Therapie bedurften, mussten sechs oder mehr Beratungen und Begleitungen geleistet werden. Hier deutete sich ein erstes Mal an, was zu einem späteren Zeitpunkt im Projektverlauf zu einem eigentlichen Problem heranwachsen sollte: Der Bau der Brücke zwischen Klientinnen und Klienten und Institutionen aus dem Suchtberatungsbereich musste über kurz oder lang – bei anhaltender Finanzierung ausschliesslich über das Budget der kleinsten kantonsweit tätigen Suchtpräventionsstelle – zu einer Knacknuss werden.

Angesichts dessen, dass es auch ein Interesse an der Teilnahme an durch eine Fachperson geleiteten Selbsthilfegruppen gab, wurde dieses Angebot für Alkoholabhängige fester Bestandteil des Projektes, wobei jeweils auch eine Projektmitarbeiterin bzw. ein Projektmitarbeiter tamilischer Muttersprache den Treffen beiwohnen musste, um den Nutzen für die Teilnehmenden zu gewährleisten oder zu erhöhen.

Nachfrageentwicklung, Auswirkungen auf die Projektarbeit und institutionelle Blockade

Die folgenden Jahre brachten bei steigender Nachfrage nach den angebotenen Diensten weitgehend eine Bestätigung bzw. Fortführung der bereits beschriebenen Tendenzen mit sich. So nahm die Anzahl Beratungen und Begleitungen pro Klientin bzw. Klient eher noch etwas zu, was einerseits für den Erfolg des Projektes sprach, da parallel dazu auch die Anzahl Vermittlungen an Institutionen aus dem Fachbereich Sucht anwuchs, was in der Regel eine Begleitung der tamilischen Klientinnen und Klienten zu den erwähnten In-

stitutionen mit einschloss. Andererseits wurde das Angebot zunehmend auch nach Rückfällen bei Alkoholabhängigen nachgefragt. Die Zuspitzung der Lage in Sri Lanka, der erhöhte Leistungsdruck am Arbeitsplatz sowie die Verbilligung harten Alkohols spielten dabei nach Einschätzung der tamilischen Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter eine Rolle.

Mit steigendem Bekanntheitsgrad der Anlaufstelle bzw. zunehmender Vernetzung im Gesundheits- und sozialen Bereich nahm die Vielfalt der Wünsche und Ansprüche der Institutionen zu. Allzu oft wurde das Angebot von diesen als allgemeiner Dolmetscher- oder interkultureller Vermittlungsdienst zum Nulltarif interpretiert. Die Funktion der interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittler näherte sich zusehends einer permanenten Unterstützung der Suchtberatungs- und Therapiearbeit. Anhand von vier realen Fallbeispielen soll im Folgenden die Problematik aufgezeigt werden:

Beispiel 1

Nachdem ein alkoholabhängiger Mann gewalttätig geworden war, befand sich seine Ehefrau im Frauenhaus. Der Mann war bereit, etwas gegen seine Sucht zu unternehmen. Er wollte mit dem Trinken ganz aufhören. Eine Mitarbeiterin der Anlaufstelle begleitete ihn zum Hausarzt. Es stellte sich heraus, dass das Alkoholproblem bereits einmal Thema gewesen war, gar Abklärungen im Spital stattgefunden hatten, aber keine weiteren Massnahmen eingeleitet worden waren. Der Hausarzt war der Meinung, dass sein Patient nun eine Therapie benötigte. Auf die Frage der interkulturellen Vermittlerin, wer dann ihre Begleitungsstätigkeit bezahlen würde, meinte er: „Da müssen Sie einen Weg finden.“ Die Mitarbeiterin begleitete den Klienten in der Folge zu einer Suchtberatungsstelle. Nach der ersten Sitzung meinte die Therapeutin, dass es gut sei, wenn der Mann begleitet werde. So stellte sich erneut die Frage nach der Finanzierung – und erneut gab es dafür keine Lösung. Die Therapeutin meinte zum Klienten, dass es auch ohne interkulturelle Vermittlung schon irgendwie gehen würde. Danach ging der Klient noch einmal zur Therapie, im Anschluss daran nicht mehr. Er konnte die Therapeutin nicht verstehen.

Beispiel 2

Ein Mann mit einem massiven Alkoholproblem wurde notfallmässig ins Spital eingeliefert. Er wollte unter keinen Umständen, dass seine Verwandten etwas davon erfahren, so dass die Anlaufstelle kontaktiert wurde. Um die Brückenfunktion wahrzunehmen, ging eine Projektmitarbeiterin dreimal hin, übersetzte und vermittelte. Als sich eine längere Begleitung abzeichnete, kam das Thema der Bezahlung auf den Tisch. Das Spital war nicht dazu bereit, die verhältnismässig bescheidenen Kosten zu übernehmen, obwohl die Arbeit als „wertvoll“ bezeichnet und geschätzt wurde. Der Patient war mit der interkulturellen Vermittlerin ebenfalls sehr zufrieden und wollte nur noch sie als Übersetzerin, da er wusste, dass er ihr vertrauen konnte.

Beispiel 3

Ein tamilisches Ehepaar wollte wegen der Alkoholabhängigkeit des Mannes bei einer Suchtberatungsstelle eine Therapie beginnen. Die Projektmitarbeiterin erfuhr, dass ihre Arbeit vom Klienten bezahlt werden würde, was sie etwas erstaunte. Als sie hinging, traf sie auf ein Ehepaar, welches sie bereits gut kannte. Als die Sitzung nach etwas mehr als einer Stunde zu Ende war, meinte die Fachperson von der Suchtberatungsstelle zum Klienten: „Jetzt müssen Sie die Übersetzerin bezahlen.“ Der Mann zückte das Portemonnaie. In diesem Moment reagierte die interkulturelle Vermittlerin und sagte: „Stopp! Ich kenne die Lebensverhältnisse der Familie, ich nehme das Geld nicht.“ Sie verzichtete also auf ihr Honorar.

Danach gelang es, über die begleitete Wohngruppe, welcher der Mann angehörte, wenigstens eine Finanzierung für vier Sitzungen zu finden. Die Suchtberatungsstelle bezahlte weiterhin nichts.

Beispiel 4

Eine etwas andere Erfahrung wurde im Fall einer Jugend- und Familienberatungsstelle gemacht, welche Unterstützung hinsichtlich eines Alkohol- und Gewaltproblems benötigte. Die Stelle bezahlte die Projektmitarbeiterin zweimal. Danach, so hiess es, könnten bloss Übersetzungstätigkeiten finanziert werden, die über medios (Vermittlungsdienst für interkulturelle Übersetzungen) vermittelt würden. Diese Übersetzerinnen und Übersetzer hatten aber keine Weiterbildung zum Thema Alkohol und Beratung absolviert und zudem war nicht garantiert, dass immer dieselbe Person die Übersetzung übernahm. Diese Regelung hatte entsprechend zur Folge, dass die Begleitung nicht weitergeführt werden konnte. Ausser Acht gelassen wurde dabei, dass es einen grossen Unterschied zwischen einer einmaligen Übersetzung und einer längeren Begleitung in Alkohol- und auch Gewaltfragen gibt, wo neben interkultureller Kompetenz gewisse fachliche Kenntnisse, eine beratende Funktion und die Bildung eines Vertrauensverhältnisses zentrale Aspekte darstellen. Dass der (Therapie-)Prozess deshalb von ein- und derselben vermittelnden Person mit entsprechenden Kenntnissen begleitet werden muss, fand keine Berücksichtigung.

Die geschilderten Fallbeispiele lassen folgende Schlüsse zu:

- Die Tätigkeit der Mitarbeitenden der Anlaufstelle wurde allseits sehr geschätzt, sowohl seitens der Fachleute als auch der tamilischen Klientinnen und Klienten.
- Die interkulturelle Vermittlung, Beratung und Begleitung ermöglichte eine Öffnung von Angeboten, die sonst ausgeblieben wäre.
- Die Finanzierung der interkulturellen Vermittlungs-, Beratungs- und Begleitungstätigkeit ist im Suchtbereich ein ungelöstes Problem.

Von zehn Spitälern und Psychiatrischen Kliniken, die im Kanton Zürich das Angebot nutzten, war im Jahr 2008 gerade mal ein einziges Spital bereit, die beanspruchten Einsätze zu bezahlen. Die Zahlungsbereitschaft unter den sozialen Einrichtungen sah ähnlich aus. Damit war das Schicksal des Projektes besiegelt. Es wurde Ende 2008 eingestellt. Mit unserem Leistungsauftrag als Suchtpräventionsstelle war die Weiterführung der Anlaufstelle unter diesen Umständen nicht mehr vereinbar.

Alternatives Projekt

So stellte sich die Frage nach einer möglichen Alternative in folgendem Spannungsfeld: Einerseits war der Bedarf der Zielgruppe unter den Tamilinnen und Tamilen ausgewiesen und sollten diese Personen nicht im Stich gelassen werden, andererseits ging es nicht an, Lücken zu schliessen, die sich im Arbeitsbereich diverser Institutionen gezeigt hatten. Dabei ging es u.a. um das bescheidene Budget, welches unserer Fachstelle zur Verfügung stand. Die Angebote der Institutionen sollten sich so entwickeln, dass auch Migrantinnen und Migranten der Zugang erleichtert wird – was im Verantwortungsbereich der Suchtberatungsstellen, Spitäler etc. liegt, so dass deren Handeln gefragt ist. Voraussetzung dafür ist auch der Wille der Verantwortlichen zur Öffnung bzw. Finanzierung.

Angesichts dessen, dass zu Beginn des Projektes doch einige Bedenken vorherrschten, zum Beispiel aufgrund der Tabuisierung des Themas, konnte im Sinne einer Bilanz von einem Erfolg gesprochen werden, was für die Weiterführung bestimmter Angebote sprach.

Da sich im Verlauf des Projektes immer mehr Co-Abhängige, insbesondere Frauen gemeldet hatten, beschlossen wir im Jahre 2008 die Basis zu einem kleineren, speziell auf Co-Abhängige ausgerichteten, noch heute laufenden Projekt zu legen (das sich auch an andere Sprachgruppen richtet), welches diesen Unterstützung bieten sollte. Diese Ausrichtung wies einerseits den Vorteil auf, dass sich das Angebot deutlich besser von anderen Institutionen und deren diversen Tätigkeiten abgrenzen liess, andererseits bei den oftmals schlimmsten Auswüchsen der Alkoholabhängigkeit ansetzte, wie sie in den folgenden drei Beispielen zum Ausdruck kommen. Diese zeigen konkrete Problemsituationen auf, in denen auf die eine oder andere Art interveniert wurde.

Beispiel 1

Eine tamilische Schülerin informierte den Schulsozialarbeiter über Gewalt in der Familie. Es stellte sich heraus, dass der Vater ein sehr grosses Alkoholproblem hatte, welches andauernd Anlass zu Streitigkeiten zwischen dem Vater und der Mutter gab. Der Vater bestritt seine Alkoholabhängigkeit und schob die Schuld der pubertierenden Tochter zu, welche stets machen würde,

was sie wollte. Er kam am Wochenende immer frühmorgens betrunken nach Hause, weckte die Familie und begann zu streiten. Nach einer Gewalteskalation gegenüber seiner Frau gelang es, den Mann in eine Alkoholentzugstherapie zu vermitteln. Er darf die Familie nicht mehr besuchen, bis er aufhört zu trinken. Um gegen aussen das Gesicht zu wahren, erzählt die Mutter den Leuten, ihr Mann arbeite stets Nachtschicht und schlafe tagsüber.

Beispiel 2

Eine Frau kam erst durch die Information von Landsleuten, wie viel ihr Mann ihnen schuldete, allmählich darauf, dass dieser ein Alkohol- und Spielsuchtproblem hatte. Arztrechnungen, Krankenkassenprämien etc. wurden von ihm nicht mehr bezahlt, der Mann gab das Geld für Alkohol und beim Spielen aus. Heute lebt der Mann weiterhin bei der Familie, geht jedoch in eine Therapie. Trotzdem fürchtet sich die Frau vor einer möglichen Verschlechterung der Lage.

Beispiel 3

Eine Tamin, Mutter von zwei Töchtern, wie ihr Mann voll berufstätig, erzählte, dass ihr Ehemann stets spät und betrunken nach Hause komme. Er hänge mit anderen Männern rum, trinke Alkohol und erwarte, dass die Familie zu Hause auf ihn warte. Er sei aggressiv, schreie und kommandiere herum, so dass die beiden Mädchen Mühe hätten, sich auf ihre Schularbeiten zu konzentrieren. Dennoch betonte die Frau, dass ihr Mann ein guter Ehemann und Vater sei – wenn er nicht trinke. Sie wolle sich nicht trennen, möchte ihm helfen, ohne jedoch Behörden oder Polizei einzuschalten. Die Frau machte sich grosse Sorgen um ihre Töchter, fürchtete, dass diese eines Tages von zu Hause weglaufen könnten. In einem Folgegespräch, an dem die beiden Töchter teilnahmen, erzählten diese auch Positives über ihren Vater. Sie schämten sich aber für ihn. Die beiden Jugendlichen erklärten, dass sie nichts ohne Einwilligung ihrer Mutter unternehmen würden. Die Beraterin gab Adressen von Stellen ab, die je nach der weiteren Entwicklung Hilfe leisten könnten. Es wurde vereinbart, dass sich die Mutter bzw. die Töchter wieder melden würden, falls sie Unterstützung bräuchten. Sie zeigten sich froh darüber, dass sie offen über ihre problematische Situation sprechen konnten.

In weiteren Fällen spielten der Verlust der Arbeitsstelle, finanzielle Probleme oder die Gewalttätigkeit des Mannes eine wichtige Rolle. Aufgrund der schwierigen Situationen blieb es in keinem Fall bei einer einmaligen Beratung. Es wäre sicherlich auch unverantwortlich gewesen – selbst da, wo die zuständigen Behörden bereits eingeschaltet worden waren –, die Beratung abrupt abubrechen. Die tamilische Beraterin als Person, der sich die Frauen anvertraut hatten, nahm eine wichtige Rolle ein, bot in einer Phase der Ungewissheit, enormer psychischer Belastung oder gar der Eskalation einen gewissen Rückhalt.

Insgesamt zeigt dieses bis heute laufende Projekt auf, dass dank der (inter-)kulturellen Kompetenz mit einem bescheidenen finanziellen Aufwand wichtige unterstützende Interventionen möglich sind. Dies gilt einerseits für das Erkennen und Ansprechen von Suchtproblemen, andererseits für die Motivation zu Massnahmen. Es lässt sich feststellen, dass sich Co-Abhängige schwer damit tun, sich und anderen gegenüber das Suchtproblem ihres Partners oder eines Verwandten einzugestehen und nach aussen zu tragen. Deshalb besteht die hauptsächliche Herausforderung dieses Projektes im Erreichen der Zielgruppe, was einmal mehr eine Vertrauensbasis voraussetzt.

Schlussfolgerungen

Die beschriebenen Erfahrungen zeigen, dass es Mittel und Wege gibt, um als schwer erreichbar geltende Personen zu motivieren, Probleme wie z. B. eine Alkoholabhängigkeit anzugehen und entsprechende Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Zentral ist dabei die Schaffung einer Vertrauensbasis, die dank der kontinuierlichen Arbeit fachlich kompetenter interkultureller Vermittlerinnen und Vermittler gebildet werden kann. Dadurch wird ermöglicht, dass die bestehenden Angebote und schwer erreichbare Migrantinnen und Migranten zusammenfinden, was voll und ganz dem Integrationsgedanken entspricht. Um dies zu erreichen, ist allerdings Geduld und auch ein entsprechender Zeitaufwand erforderlich.

Die „Alternative“ dazu wäre die Schaffung von Parallelangeboten. Dagegen spricht auf institutioneller Ebene nicht bloss der damit verbundene Mehraufwand an Infrastruktur, sondern auch das Verweilen in teils überholten, nicht (auch) auf Migrantinnen und Migranten ausgerichteten Angebotsstrukturen, da die Auseinandersetzung mit einer nun etwas heterogeneren Klientel umgangen bzw. an eine andere Stelle delegiert wird, die dann Gefahr läuft, einen Ghetto-Charakter zu entwickeln. Auf Ebene der Klientinnen und Klienten ist deren simple Klassifizierung nach ihrer ethnischen oder sprachlichen Herkunft zu befürchten, ungeachtet der sehr unterschiedlichen Lebensläufe und auch Bedürfnisse. Die Stigmatisierung als Migrant – insbesondere über längere Zeit – kann zu einem echten Hindernis für die Integration werden. Die Unterstützung der bestehenden Regelstrukturen kann also sehr sinnvoll sein, das Kanalisieren von Migrantinnen und Migranten in „Sonderinstitutionen“ kann dagegen zu einer Falle werden.

In den aufgeführten konkreten Beispielen kommt deutlich zum Ausdruck, dass die Interventionen der interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittler einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung noch grösseren menschlichen Leides und von Eskalationen (z. B. als Folge von Gewaltausübung im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum) leisteten. Es ist daher naheliegend zu vermuten, dass die öffentliche Hand dank dieser Arbeit auch einen finanziellen Nutzen ziehen konnte. Man bedenke bloss, wie schnell die Kosten in die Höhe schnellen, wenn die Mühlen der Justiz zu mahlen beginnen. Daher ist

es um so absurder, wenn aufgrund fehlenden vernetzten Denkens die Finanzierung dafür fehlt.

In diesem Sinne lassen sich folgende Schlussfolgerungen formulieren:

- Die interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittler können mit ihren Interventionen mithelfen, negative physische, psychische, soziale und finanzielle Auswirkungen zumindest zu verringern.
- Die Brückenfunktion zwischen den Angeboten und der erwähnten Zielgruppe kann durch interkulturelle Vermittlerinnen und Vermittler mit bestimmten Fachkenntnissen wahrgenommen werden.
- Soll die viel gepriesene Öffnung von Angeboten insbesondere gegenüber den schwer erreichbaren Personen unter den Migrantinnen und Migranten Realität werden, ist ein aktives Agieren seitens der Verantwortlichen in den Institutionen und der Politik gefragt.
- Die Finanzierung der Arbeit der interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittler im Rahmen von Suchtberatungen und Therapien muss durch die entsprechenden Institutionen klar geregelt werden. Auch hier ist die Politik gefragt, insbesondere deshalb, weil eine übergeordnete Regelung Sinn machen würde.

Literatur

Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesamt für Migration (BFM) (Eds.). (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bundesamt für Migration (BFM).

Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2008). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen*. Herzogenbuchsee: Public Health Services.

Rommel, A., Weilandt, C. & Eckert, J. (2006). *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD).

Korrespondenzadresse

Joseph Oggier
Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP),
Kehlhofstrasse 12
8003 Zürich

oggier.fisp@bluewin.ch

Résumé

La question de l'accessibilité à l'offre des institutions pour migrants se pose d'une manière particulièrement marquée dans le domaine des dépendances, car il s'agit à divers points de vue d'une problématique sensible. La tabouisation et les inhibitions, les peurs et la méfiance qui en découlent s'ajoutent aux obstacles connus généralement, et ce de manière particulièrement forte dans certaines parties de la population migrante. Cela se reflète par exemple dans les offres de conseil et de traitement pour les personnes dépendantes à l'alcool.

C'est pourquoi le service interculturel de prévention des addictions et de promotion de la santé (FISP) a mis sur pied un lieu d'accueil qui assure une fonction de lien entre les institutions du domaine de l'addiction et les clients (potentiels) tamouls qui ont, pour diverses raisons, peu trouvé le chemin des consultations et des thérapies.

Cet article décrit la situation de départ, la variété des causes de dépendance à l'alcool parmi les migrantes et les migrants tamouls et les défis lors de la mise sur pied du lieu d'accueil, parmi lesquels s'est notamment posé la question de savoir quelles conditions devaient être remplies afin que l'offre soit effectivement utilisée par les personnes concernées. Les expériences réunies dans le cadre des consultations initiales, ainsi que des entretiens de motivations et des accompagnements jusqu'aux institutions du domaine du conseil et/ou du traitement des addictions, témoignent de certains succès, mais montrent aussi clairement que très souvent, pour la motivation et le pas vers un service de consultation de l'offre standard, plus d'engagements de médiatrices et médiateurs interculturels ont été nécessaires qu'initialement prévus. Simultanément, avec la croissance de la demande, une différence toujours plus importante s'est révélée au cours du projet entre le recours aux prestations et la disposition des institutions à payer, ce qui a finalement empêché la poursuite du projet et conduit à la recherche d'une alternative.

Summary

The accessibility for migrants to the services provided by institutions in the area of addiction is a particular cause for concern as it is, in many respects, a sensitive issue. Added to the generally known barriers to access is the taboo nature of the subject and the inhibitions, fears and suspicion associated with it, which is significantly more prevalent amongst some sections of the migrant population than is normally the case. This is shown, for example, in the counselling and treatment services provided for those with an alcohol addiction.

The Specialist Unit for Intercultural Addiction Prevention and Health Promotion (FISP), therefore set up an initial contact point, which was intended to act as a link between institutions involved with addiction and (potential) Tamil users, who, for various reasons, were unlikely to seek counselling or treatment.

The article describes the situation at the outset, the variety of reasons for alcohol addiction among Tamil migrants and the challenges faced in the setting up of the reception centre, whereby one particular issue was to find out exactly what was required to ensure that the services on offer would actually be used by those affected and for whom it was intended. Experiences gained in the course of the initial counselling as well as from the introductory motivational discussions and the accompanying of migrants to institutions involved in the areas of addiction counselling and treatment, testify some success, but also make it clear that intercultural intermediaries were required more often than initially planned to motivate the migrants and encourage them to seek out a standard counselling service. At the same time, it became apparent that as demand grew in the course of the project, an ever clearer discrepancy between the use of the services and the willingness of the institutions to fund them emerged, with the result that a continuation of the project became ultimately unviable and an alternative had to be sought.