

MUSUB: Suchthilfe in der Muttersprache und der bi-kulturellen Beheimatung

Seit 10 Jahren finden MigrantInnen mit Suchtproblemen in Basel Hilfe in ihrer Muttersprache. Die „Multikulturelle Suchtberatung“ (MUSUB) ist eine Erfolgsgeschichte.

Von Andreas Manz und Dipankar Das*

MUSUB steht für „Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel“. Die Organisation bietet für alle in der Region Basel wohnenden Personen, die in die Schweiz eingewandert sind und eine Suchtkrankheit entwickelt haben, eine ambulante Beratung an. Diese findet in der Muttersprache statt und wird von einer Fachperson durchgeführt. Mühsame Dolmetscherprozesse sind also nicht nötig. Das ist entscheidend, denn eine Sucht entsteht häufig in engem Zusammenhang mit der Migration und hat in der Regel psychische und psychosoziale Hintergründe. Wer die Sprache der Betroffenen spricht, deren kulturellen Hintergrund und Migrationsanforderungen aus eigener Erfahrung kennt, findet leichteren Zugang zu ihnen. So finden z.B. ein Kokain abhängiger Portugiese, ein Alkohol abhängiger junger Mann aus Sri Lanka, aber auch eine ratlose kroatische Mutter einer Heroin abhängigen Kindes Hilfe, Unterstützung und Suchtberatung.

Nella Sempio wies den Weg

Die Entstehung der MUSUB ist eng mit Nella Sempio verbunden. 1996 nahm sie ihre Tätigkeit als Suchtberaterin bei der Alkoholberatungsstelle Blaues Kreuz Baselland auf. Kaum war sie da, wurde die Beratungsstelle von italienischsprachigen KlientInnen überrannt, die von der muttersprachigen Italienerin profitieren wollten. Nella Sempio war aber auch für SchweizerInnen angestellt. Beide Aufgaben konnte sie indes nicht bewältigen. Gemeinsam mit dem Geschäftsführer des Blauen Kreuzes Baselland, Paul Rohrbach, kamen wir zum Schluss, dass für suchtkranke MigrantInnen, und zwar nicht nur für solche aus Italien, eine spezielle Lösung gefunden werden musste.

Damit stellten wir uns gezielt im regionalen Gesundheitsbereich der oft verkannten Schwellenproblematik (Tabelle 1), übernahmen dabei eine Vorbereitungsrolle¹ in Bezug auf regionale migrationssensible Angebote im Suchtbereich

Tabelle 1: Die häufigsten zentralen Barrieren, auch bezeichnet als **Schwellenproblematik der MigrantInnen im Zugang zum Gesundheitswesen**, insbesondere im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem:

- ▶ **Fehlende einheitliche Standards und Richtlinien im Umgang mit MigrantInnen**
- ▶ **Unterschiedliches traditionelles Krankheitsverständnis / Behandlungswesen**
- ▶ **Fehlende Kenntnisse über migrationsspezifische Faktoren und Prozesse ***
- ▶ **Eine zu hohe Zugangsschwelle zu den Angeboten (Hemmung seitens der MigrantInnen)***
- ▶ **Sprachlich bedingte Verständigungsgrenzen ***

* sind die spezifischen Ansatzbereiche der MUSUB

Die Koechlin-Vischer-Stiftung aus Basel war bereit, den Start zu finanzieren. Die Verhandlungen mit den zwei Kantonen verliefen rasch positiv, so dass wir bereits ab 1999, neben namhaften privaten Geldern, auch staatliche Zuwendungen erhielten. Unterdessen hat man sich auf eine fast vollständige Subventionierung durch die öffentliche Hand verständigen können. Die Beratungen wurden zunächst in Basel, Münchenstein und Liestal angeboten. Mit den Jahren zeigte sich aber, dass es für viele BaselbieterInnen einfacher ist, nach Basel zu fahren. Heute finden die meisten Gespräche in unserer Beratungsstelle in unmittelbarer Nähe des Bahnhofs Basel statt. Der Geschäftsführer des Blauen Kreuzes Baselland ist zugleich Geschäftsführer der MUSUB. Die beiden Organisationen pflegen eine enge Zusammenarbeit.

¹ Aufgrund offensichtlicher Betreuungsdefizite bei MigrantInnen wurden seit ca. 1995 laufend Fragen aufgeworfen nach nötigen und verbindlichen Behandlungsstandards und Richtlinien, Erarbeiten Institutions- und Länder übergreifender Konzepte und Richtlinien in Bezug auf Prävention, Beratung und Behandlung von Klienten / Patienten mit Migrationshintergrund bis hin zur Anpassung der Versorgungsangebote. Unter Berücksichtigung der angelsächsischen Erfahrungen im Gesundheits- und Versorgungswesen, aber eben in Bezug auf mitteleuropäische ethnische und kulturelle (inkl. politische) Grundlagen entstanden in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Soziologen, Ethnologen, Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Vertreter der regionalen und staatlichen Behörden zwischen 2002 bis 2006 in Arbeitsgruppen und Abstimmung mit Fachgremien von Deutschland, der Schweiz und Österreich die **Sonnenberger Leitlinien zur Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie**

Vgl. auch **Definition von Dimensionen zu gezielter gemeinsamer Entwicklung interkultureller Reflexion und Kompetenz** * z.B. Thomas Hegemann, 2004

Dank der ausgezeichneten Vernetzung von Nella Sempio im multikulturellen Arbeitsbereich in der Region Basel gelang es auch rasch, kompetente MitarbeiterInnen aus den beschriebenen Sprachräumen zu rekrutieren, so dass wir schon nach einem Jahr ein komplettes Suchtberatungsteam beieinander hatten. So entstand die Institution, welche ein Suchtberatungsangebot in der Muttersprache für KlientInnen aus dem italienischen, spanischen, portugiesischen, türkischen und serbokroatischen Sprachraum gewährleistet. Letztlich zeigt auch der über Jahre zunehmende Klientenzulauf den Erfolg aber auch den beständigen Bedarf der MUSUB auf (Tabelle 2), die auch nach dem Pensionierung bedingten Wechsel der Fachleitung von Nella Sempio zu Mara Hermann und dem starken Team ihren Fortbestand hat.

Tabelle 2: Jahreszahlen der MUSUB zu 2007 : 61% mit positiver Prognose

Im Jahr 2007 hatte die MUSUB zu 659 KlientInnen Kontakt. 401 Personen waren in Behandlung. 60% von ihnen haben selber eine Suchtkrankheit. Bei 40% handelt es sich um Angehörige von suchtkranken Personen. 23% stammen aus Italien, 16% aus der Türkei, 15% aus dem ehemaligen Jugoslawien, 12% aus einem spanisch- oder portugiesischsprachigen Land, 6,5% kamen aus Sri Lanka. Von den KlientInnen, die selber eine Sucht aufweisen, sind 81% Männer, bei den Angehörigen sind 75% Frauen.

61% der Behandlungsabschlüsse haben eine Veränderung im Suchtverhalten bewirkt und können mit einer positiven Prognose verzeichnet werden. Im Durchschnitt sind die KlientInnen etwa 40 Jahre alt. 46% kommen auf eigene Initiative oder werden von ihrem familiären Umfeld geschickt. 31% werden von medizinischen Stellen zugewiesen, 22% von sozialen Stellen.

Jahresberichte bitte per Mail anfragen: www.musub.ch

Über 10 Jahre Konstanz und konsequente Weiterentwicklung in interkultureller Kompetenz

Das konstante Angebot an fremdsprachlicher Betreuung gehört zu den grössten Vorzügen der MUSUB. Andere Beratungsstellen im psychosozialen Bereich behelfen sich mit gezielt eingesetzten Dolmetschern. Oder sie erweitern ihre sprachlichen Kompetenzen, indem sie Fachleute aus anderen

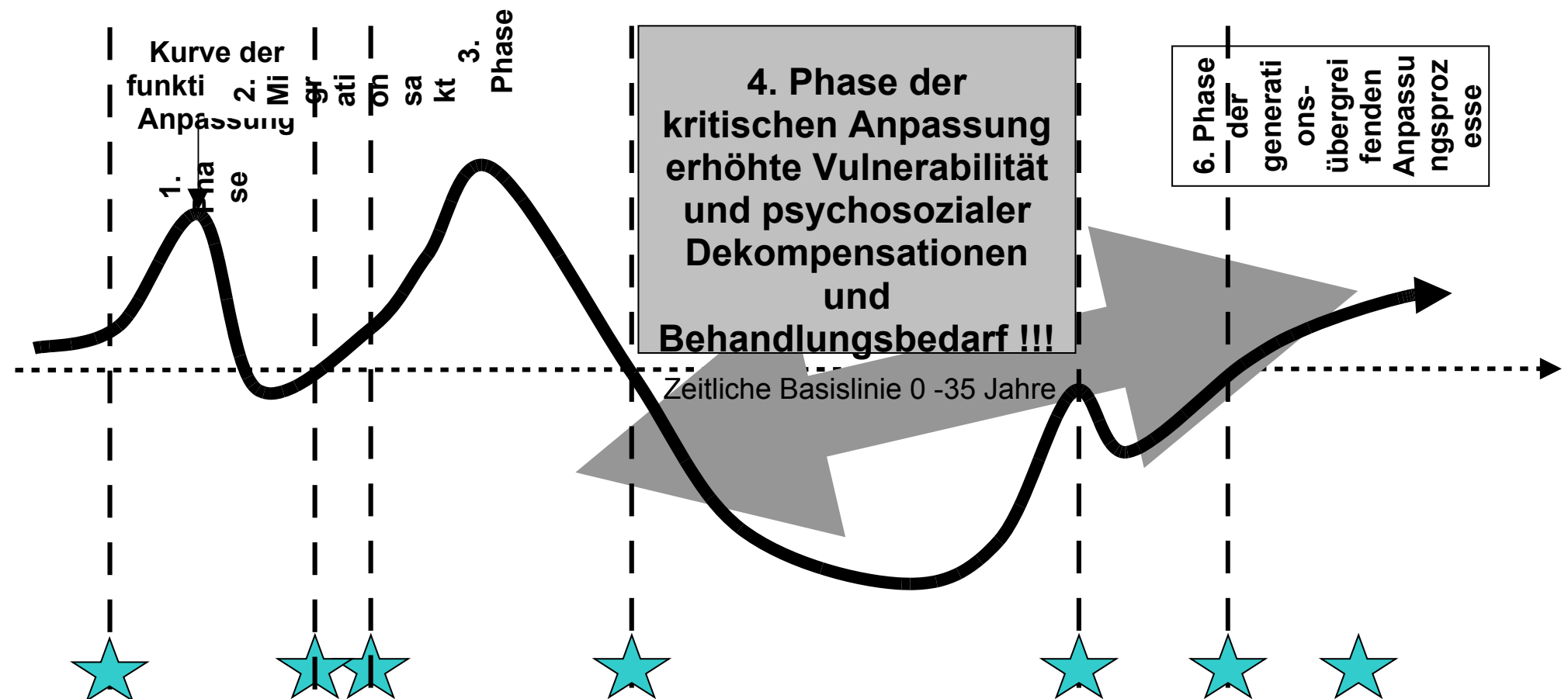
Sprach- und Kulturkreisen fest verpflichten. Ziehen solche Fachleute weiter, fällt das Angebot allerdings meist in sich zusammen. Nicht so bei der MUSUB, die das Angebot einer fremdsprachlichen Beratung jederzeit garantiert, dies auch bei einer sehr hohen personellen Konstanz. Diese Konstanz und die damit einhergehende hohe Kompetenz in Migrationsfragen ist einzigartig. In welchem Spannungsfeld bewegen sich nun die Klienten der MUSUB ?

Die Sucht hat direkt mit Migration zu tun...:

Migration ermöglicht den Zuwanderern eine existenzielle Sicherung und Weiterentwicklung. Gleichzeitig verlangt sie von ihnen aber auch eine vielfältige, langatmige und aufwendige Anpassungsleistung und Entscheidungsprozesse bis in die intimsten Lebensbereiche, oft auch geprägt von Verzicht und Verlusten. Im Zeit-Phasenmodell von Sluzki (2001) sind die typischen Phasen im Langzeitverlauf von bis zu 30 Jahren ersichtlich (Graphik 1). Bekanntlich gelten Migranten entsprechend der WHO aufgrund der vielfältigen Anforderungen und Expositionen als vulnerable Menschen mit erhöhter Gefährdung in Existenz und Gesundheit. So gilt entsprechend wiederholter epidemiologischer Untersuchungen die Grunderwartung einer Gesundheitsproblematik als Folge der Migration und Anpassungsleistungen bei rund 2/3 aller Migranten, und dabei ernst zunehmende psychosozialen Krisen und Erkrankung wiederum bei rund der Hälfte dieser Betroffenen. Diese treten meist ab der 4. Phase der kritischen Anpassung und Dekompensation (vgl. Graphik 1), wenn die tragenden Ressourcen und Kompensationsmechanismen erschöpft sind oder wesentliche systemische Veränderungen die Identität bedrohen, sich aber auch Folgen von ungenügendem oder selbst schädigenden Gesundheitsverhalten abzeichnen.

Die Suchterkrankung bei Migranten gehört zu den häufigsten Formen der Erkrankungen im Zusammenhang mit der Migration. (Tabelle 3) und tritt auch häufig mit reaktiven und affektiven Störungen gemeinsam auf. Sie wird von den Betroffenen auch lange verheimlicht im Bestreben, unauffällig und äusserlich „integriert“ zu erscheinen, erfüllt eine Betätigungsaufgabe zum Aushalten der Mehrfachanforderungen und sozialen Niederlagen. Hier hat die MUSUB mit dem direkten Sprachangebot aber auch der kulturellen Vertrautheit und den migrationspezifischen Kenntnissen eben wesentliche Vorteile als niederschwellige Institution.

Graphik 1: Zeit-Phasenmodell zum Ablauf von Anpassungsbelastungen der Migration (Grundmodell Sluzki 2001, Modifikation nach Lungwitz 1947 und Machleidt 2003, 2006)



Sluzki 2001: Kurve der funktionellen Anpassung: Alle MigratInnen durchlaufen 1. Vorbereitungsphase, 2. Migrationsakt, 3. Phase der Überkompensation „Honeymoon“, 4. Phase erhöhter Vulnerabilität und der Dekompensation, 5. Phase der Trauer 6. kritische Anpassungsphase der generations-übergreifenden Anpassungsprozesse und schliesslich 7. Phase der Biculturalität. In den 2 bis 25 + 5 Jahren mit diesen Phasen verbunden sind unterschiedliche Arten der Belastungen

Die Sterne markieren Interventionspunkte, die unterschiedliche phasenspezifische Strategien erfordern. Der graue Pfeil markiert die Phasen 4 bis 6, in denen die meisten Interventionen im Gesundheitsbereich, so auch der MUSUB erfolgen.

Die meisten KlientInnen der MUSUB kommen aus eigenem Antrieb in der 4. bis 6. Phase der Dekompensation in die Beratung oder werden durch Fami

lie und Freude motiviert, was die gute Verankerung der Organisation bei den verschiedenen Ethnien belegt. Zuweisungen gibt es aber auch von Spitälern, Psychiatrischen Kliniken, Praxisärzten, Behörden und Sozialdiensten. Wenn die Zuweisenden dies wünschen, kommen MUSUB-MitarbeiterInnen zum Erstgespräch auch in die jeweilige Institution. Das gewährleistet einen guten Übergang, fördert die Zusammenarbeit und gibt dem Klienten das positive Gefühl, getragen zu sein und nicht zwischen Stuhl und Bank zu fallen. Mittlerweile gehören auch Menschen aus dem Orient, dem afrikanischen und asiatischen Kontinenten zum Klientel der MUSUB.

Die unterschiedliche Affinität verschiedener Kulturen zu unterschiedlichen Suchtmitteln wird häufig diskutiert. Wesentlicher scheint uns indessen die Erkenntnis, dass Sucht viel mit den Problemen der Einwanderung zu tun hat. MigrantInnen finden in der Schweiz oft nicht den gewünschten Anschluss, haben Probleme am Arbeitsplatz, müssen lange und wiederholt Mehrfachbelastungen aushalten, tun sich schwer mit dem Statusverlust und sozialen Niederlagen und leiden darunter, dass ihre familiären Bindungen auseinanderbrechen. Die Behandlung der Sucht geht deshalb einher mit der Klärung migrationspezifischer Probleme. Hier leistet die MUSUB nebst der Suchtberatung auch eine kultur- und migrationspezifische Differenzialabklärungen und Beratungen.

Für die MUSUB ist zentral, dass der Zugang zur Beratung niederschwellig ist. Sie reicht von der reinen Information von Angehörigen über unregelmässige Kontaktnahmen bis hin zu langfristigen, intensiven Begleitungen von schwer abhängigen KlientInnen und deren familiärem Umfeld. Es werden sowohl Kriseninterventionen angeboten als auch Nachbehandlungen nach stationären Interventionen. Immer aber wird versucht, Ziele für die Beratung zu formulieren. Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, die mit dem/der Klienten/in zu tun haben, ist unseren Mitarbeitenden ein wichtiges Anliegen. Die MUSUB-Beraterin soll zur verlässlichen Partnerin des Klienten werden.

Tabelle 3: Die häufigsten psychischen Erkrankungsformen bei MigrantInnen (keine Gewichtung nach Häufigkeit durch die Reihenfolge)

1. Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit

2. „Psychoreaktive“ Störungen (Neurosen)

Akute Belastungsstörungen

Posttraumatische Belastungsstörungen
 Anpassungsstörungen
 Angststörungen
 Dissoziative Störungen
 Somatoforme Störungen

3. Affektive Störungen

Depressive Episode
 Dysthymia

4. Funktionelle Psychosen

Vorübergehende akute psychotische Störungen
 Wahnhaftige Störungen, Schizophrenie *

...treten meist in der Phase der kritischen Anpassung bzw. Dekompensation auf, oft neben anderen so genannten **somatischen Stresskrankheiten**; Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen...

Konsequente Integrationsarbeit vs. das Problem (zu) grosser Nähe

Bei manchen Beratungsprozessen entsteht eine grosse Nähe. Da die KlientInnen wissen, dass der Berater die Migrationsproblematik aus eigener Erfahrung kennt, sehen sie in ihm oder ihr oft ein Vorbild und gehen phasenweise eine fördernde Bindung mit ihrer Vertrauensperson ein. Dies wirkt sich überwiegend positiv auf die Arbeit der Beratenden aus. Nur ganz selten versuchen KlientInnen, diese Nähe zu missbrauchen. In solchen Fällen hilft die regelmässige Supervision und Intervention.

Unsere MitarbeiterInnen erzählen sich oft gegenseitig und spontan von ihren Erlebnissen im Beratungsalltag. Dadurch finden sie Verständnis und gegenseitigen Rückhalt im Team. Diesem informellen Austausch wird bewusst viel Raum gegeben. Formalisierte Instrumente kommen an zweiter Stelle, auch wenn diese ebenfalls einen hohen Stellenwert haben. Da die MitarbeiterInnen selbst aus verschiedenen Kulturkreisen stammen, haben sie im Verlaufe der Jahre einen interkulturellen Integrationsprozess durchlaufen, auf den sie sich in ihrer Arbeit mit den KlientInnen abstützen können. Der Teamprozess der MUSUB ist quasi ein Musterprozess für die interkulturelle Verständigung geworden. Davon profitiert die Beratungsstelle als Ganzes und die Klienten können ihre spezifischen Akkulturationsprobleme und –krisen im Zusammenhang mit der Suchtproblematik einbringen, erkennen und angehen.

Die MUSUB orientiert sich aber auch entsprechend den verschiedenen Problemstellungen stark an der Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen, Fachpersonen und Behörden, um eben die Integrationsdefizite der KlientInnen aktiv zu überwinden und Berührungängste abzubauen; auch hier gilt das Prinzip der gemeinsamen Schwellenüberwindung durch die Beratung und Begleitung im Sinne von Hilfsich-Funktionen. Gleichzeitig achtet man in der Beratung so darauf, die Klienten nicht zu sehr an die MUSUB zu binden, insbesondere die professionelle Abgrenzung trotz grosser Vertrautheit in solchen Übergangsphasen aufrecht zu erhalten.

Beratung und Therapie

Die Beratungsarbeit in der ambulanten Suchthilfe hat häufig therapeutischen Charakter. Wir grenzen uns bewusst ab von einer Suchtarbeit, die streng zielorientiert einige Teilaspekte in einem Beratungsprozess fokussiert und nach deren Bearbeitung die Beratung wieder abschliesst. Die MUSUB versteht die Sucht als umfassende Problematik, die nicht nur den Klienten, seine Gesundheit und seine Arbeit betrifft, sondern auch das familiäre Umfeld schädigt. So muss die Suchtberatung den Menschen und sein ganzes Umfeld einbeziehen.

Wenn nötig führt dies zu einer langjährigen Stützung der Persönlichkeit und der Förderung von langwierigen Integrationsprozessen in unsere hiesige Gesellschaft. Die Betreuung kann sich so nicht streng von einer psychotherapeutischen Intervention abgrenzen. Häufig besteht das Resultat einer langjährigen Suchtberatung weniger in einer zufriedenstellenden Entwicklung beim Süchtigen selber, als im Schutz der mitbetroffenen Angehörigen und vor allem der Kinder, die unter der Sucht ihrer Eltern leiden und später häufig eigene, massive Probleme aufweisen. Es lohnt sich also auch dann, langfristige Interventionen durchzuhalten, wenn der von der Sucht betroffene Klient nur vorübergehend Fortschritte macht.

Gelungene Integration im Gesundheitswesen

In den ersten zehn Jahren wurde die MUSUB zu etwa 50% aus privaten Geldern finanziert. Die übrigen 50% übernahmen die beiden Halbkantone. Im Verlaufe der Jahre wurde uns klar, dass eine feste Verankerung im regionalen Gesundheitswesen nur möglich ist, wenn sich die beiden Kantone zu 90% engagieren und das Angebot dementsprechend in ihre Gesundheitsplanung integrieren. Am Ende dieser ersten Dekade haben wir Grund zur An-

nahme, dass die MUSUB dieses Ziel erreichen wird. Auf institutioneller Ebene ist sie bereits seit vielen Jahren bestens in das Gesundheitswesen der Region integriert.

Wir hoffen, dass sich die Organisation personell und konzeptionell weiterentwickeln kann. Die Integration in das bi-kantonale Gesundheitswesen ist dafür eine gute Voraussetzung. Die MUSUB ist ausserdem bereit, im Kontakt mit den kantonalen Planern und andern Institutionen ihr Angebot weiterzuentwickeln. Dazu will sie mithelfen, dass ein migrationspezifisches Beratungsangebot für den gesamten psychosozialen Bereich in beiden Kantonen entstehen kann. So wird die MUSUB künftig als Abkürzung für „Migrations- und Suchtberatungsstelle beider Basel“ gelten. Wir sind überzeugt, dass ein solches Angebot in der Suchthilfe weiterhin notwendig ist.

Andreas Manz ist Psychiater in Liestal, Dipankar Das ist Psychologe an der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal. Beide sind Vorstandsmitglieder der MUSUB.

Literaturquellen /-empfehlungen

Assion H.J. (2005) Migration und seelische Gesundheit Springer Medizin Verlag Heidelberg

Machleidt, Salman, Calliess (2006 Hrsg.) Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Forum Migration Gesundheit Integration Band 4, VWB-Verlag Berlin.

Sluzki (2001) Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In Hegemann T und Salman R. (Hrsg.) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen, S. 101-115 Psychiatrie-Verlag: .Bonn

Liestal , 26.1.2009