

Martina Schu, Miriam Martin

***Bestandsaufnahme zu  
transkulturellen Kompetenzen  
in der Suchthilfe in NRW***

im Auftrag der  
Koordinationsstelle Sucht des LWL

in Kooperation mit der  
Koordinationsstelle Sucht des LVR

gefördert durch das Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW

Bestandsaufnahme  
zu transkulturellen Kompetenzen  
in der Suchthilfe in NRW

im Auftrag der Koordinationsstelle Sucht des LWL  
in Kooperation mit dem LVR

gefördert durch das Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW

Autorinnen:  
Martina Schu, Miriam Martin

**FOGS** GmbH, Köln  
Prälat-Otto-Müller-Platz 2, 50670 Köln

Januar 2012  
Projektnr. 811/2011

*Bestandsaufnahme  
zu transkulturellen Kompetenzen  
in der Suchthilfe in NRW*



## **Vorwort**

Das Zusammenleben verschiedener Kulturen ist in unserer Gesellschaft Alltagsrealität und den damit verbundenen Herausforderungen muss sich auch die Suchthilfe stellen. Gerade für psychosoziale Berufe ist die Kenntnis und das Verständnis für kulturelle Unterschiede eine besonders wichtige Kompetenz.

Auf Seiten der Menschen mit Migrationshintergrund gibt es sicherlich nicht zu vernachlässigende Zugangsbarrieren zu den Hilfeangeboten.

Prof. Dr. S. Gaitanides (FH Frankfurt) sieht z.B. einen Mangel an Information über die Existenz und den Nutzen des Angebotes, ein mangelndes Vertrauen in die interkulturelle und sprachliche Verständigungsmöglichkeit oder die Scheu vor Behörden und Institutionen. Oftmals trifft man aber auch auf eine grundsätzliche Hemmung vor der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfeangebote. Auf Seiten der Leistungsanbieter, und diese stehen im Focus dieser Erhebung, bedarf es daher noch erheblicher Anstrengungen, um zielgruppengerechte und kultursensible Angebote vorzuhalten.

2006 führte Andrea Santel, eine ehemalige Mitarbeiterin der LWL-Koordinationsstelle Sucht, eine erste Erhebung bei den Leistungserbringern in Westfalen-Lippe durch, Fortschritte sind seit dieser Zeit sicherlich erkennbar, aber auch weiterhin notwendig.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) ist zum Thema „Migration und Sucht“ schon seit den 90er Jahren aktiv und bietet regelmäßig Fachtagungen, Fortbildungen, aber auch Projekte (z. B. SeM) und Arbeitskreise (Sucht und Migration) an. Die vorgelegte Studie stellt einen weiteren Baustein der Arbeit auf diesem Sektor dar.

Betrachtet man die Erhebung zur „Transkulturellen Kompetenz in den Suchthilfeeinrichtungen in NRW“ der LWL-Koordinationsstelle Sucht vor dem Hintergrund des neuen Landeskonzepts gegen Sucht NRW, welches Anfang 2012 in Kraft treten soll, so ergeben sich unterschiedliche Ansätze und Handlungsmöglichkeiten. Sie sind zum Abschluss der Studie differenziert beschrieben.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht möchte mit der vorliegenden Erhebung einen Beitrag für zukünftige Initiativen und Aktivitäten auf dem Gebiet von Migration und Suchtmittelkonsum in NRW leisten. Wir freuen uns daher über jede Rückmeldung und natürlich auch Unterstützung bei zukünftigen Vorhaben. Der FOGS als wichtigem Partner bei der Realisierung der Studie sei an dieser Stelle recht herzlich gedankt.

Hans Meyer  
Landesrat

Wolfgang Rometsch



## Abstract

Zur Unterstützung der kultursensiblen Gestaltung der Suchthilfeangebote in NRW beantragte die Koordinierungsstelle Sucht des LWL – in Kooperation mit der Koordinationsstelle Sucht des LVR beim Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW ein Projekt zur Bestandsaufnahme der transkulturellen Kompetenzen in der Suchthilfe. Der Auftrag zur Durchführung einer schriftlichen Erhebung wurde an die FOGS, Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, vergeben.

An der schriftlichen Befragung haben sich zwischen September und November 2011 etwa die Hälfte der Suchtpräventions- und Suchthilfe-Einrichtungen in NRW beteiligt. In insgesamt 216 Fragebogen berichteten (mindestens) 260 Angebote über transkulturelle Aspekte ihrer Arbeit, darunter 157 ambulante und 59 stationäre Einrichtungen.

Im Mittel werden in den Einrichtungen etwa 20 % KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte betreut, wobei die Anteile zwischen den unterschiedlichen Angeboten stark variieren. Etwas mehr als ein Drittel der Einrichtungen beschäftigen Fachpersonal mit Zuwanderungsgeschichte; darunter deutlich mehr stationäre. Nur wenige Befragte berichten über konzeptionelle Verankerungen kultursensibler Arbeit bspw. im Leitbild, über diesbezügliche Qualifikationen des Personals bzw. die Berücksichtigung dieses Themas im Rahmen der Qualitätssicherung. Etwa ein Zehntel der beteiligten Einrichtungen verfügt über eine/n Beauftragte/n für Migration/Diversity o.ä.

Die von den Befragten vorgehaltenen mehrsprachigen Angebote bestehen zumeist in der Möglichkeit einer heimat Sprachlichen Behandlung/Beratung (v.a. in russischer und/oder polnischer Sprache) oder in der Bereitstellung von mehrsprachigen Drittmaterialien (z.B. von DHS oder BZgA). Eine kultursensible Ausstattung der Einrichtungen ist ebenso wenig verbreitet wie bspw. eine entsprechende Vepflegung oder die Berücksichtigung von Fest- und Feiertagen in den Herkunftsländern.

Die Ergebnisse der Befragung unterstreichen, dass eine konzeptionelle und personelle Einbindung der Thematik eine kultursensiblere Ausrichtung fördert. Besonders wirkungsvoll erscheinen der Einbezug von Fachkräften mit Zuwanderungsgeschichte und die strukturelle Verankerung kultursensibler Ansätze. Grundsätzlich zeigt sich der stationäre Versorgungsbereich etwas migrantenorientierter aufgestellt. Eine Ausnahme stellen Kooperationen mit Institutionen, Vereinen o.ä. aus dem Migrationsbereich dar: Hier zeigen sich ambulante Einrichtungen besser vernetzt.

Insgesamt werden von den Befragten große Bedarfe in Bezug auf die Weiterentwicklung kultursensibler Ansätze gesehen, die sich vorwiegend auf das Personal beziehen (eigener Migrationshintergrund, Fortbildungen etc.). Darüber hinaus lassen sich aus den Ergebnissen der Bestandsaufnahme und mit Blick auf die Fachdiskussion eine Reihe von Empfehlungen auf folgenden Gebieten ableiten:

- politische Schwerpunktsetzung
- Bestandsaufnahme der Bedarfe aus Sicht der Betroffenen
- Bündelung und Transfer von Know-How und Best-Practice
- Transkulturalität als Trägeraufgabe
- Transkulturalität in den Einrichtungen

Die vorliegende Studie verweist auf den Bedarf nach einer transkulturellen (Weiter-)Entwicklung der Suchthilfe in NRW und liefert konkrete Ansatzpunkte für Bemühungen auf verschiedenen Ebenen.



**Inhaltsverzeichnis**

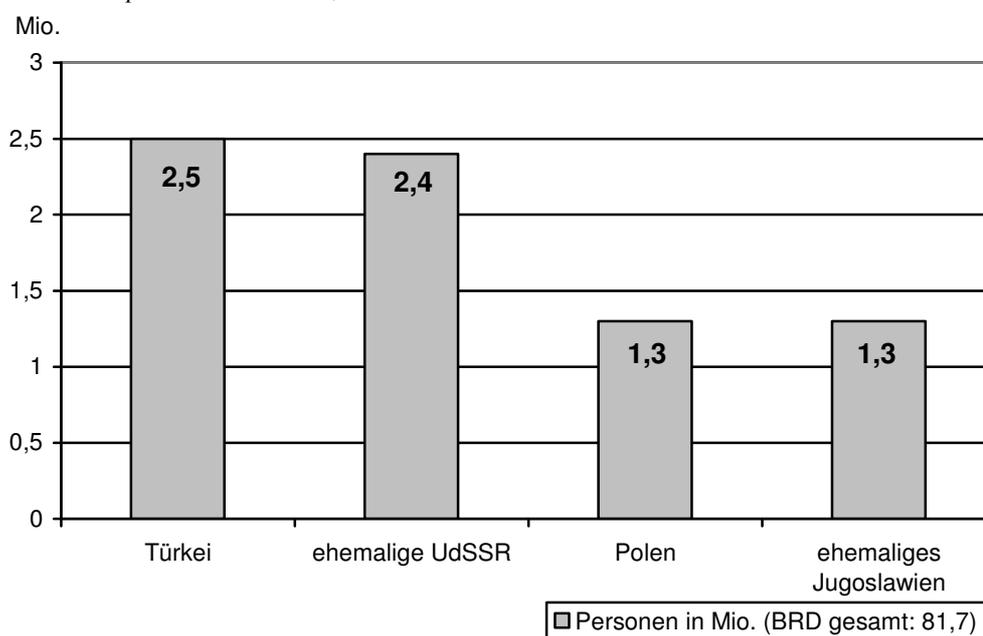
<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
1	AUSGANGSSITUATION	1
2	VORGEHEN UND METHODIK	3
2.1	Fragebogenentwicklung	4
2.2	Stichprobe und Rücklauf	4
3	ERGEBNISSE	7
3.1	Klientel	8
3.2	Leitbild	13
3.3	Personal	14
3.4	Teamprozesse	20
3.5	Kultursensible Ausstattung und Angebote	21
3.6	Qualitätsmanagement und Berichtswesen	28
3.7	Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung	33
3.8	(Weiter-)Entwicklungsbedarf aus Sicht der Befragten	38
4	BILANZ UND EMPFEHLUNGEN	40
4.1	Bilanz	40
4.2	Empfehlungen	42
5	LITERATUR	49
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	51
7	TABELLENVERZEICHNIS	52
8	ANHANG	51
	Personal	55
	Teamprozesse	58
	Kultursensible Angebote	59
	Klientel	61
	Vernetzung	63
	Qualitätssicherung	65



## 1 Ausgangssituation

Die Themen Migration und Integration erleben in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren eine erhöhte Aufmerksamkeit. Dies liegt nicht zuletzt an der demographischen Entwicklung. Mit Einführung der Erfassung des so genannten Migrationshintergrunds<sup>1</sup> im Mikrozensus 2005 fand die Vielfalt und Verbreitung des Phänomens Migration auch in der amtlichen Statistik ihren Ausdruck.<sup>2</sup> Die größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund kommen bundesweit – wie auch in Nordrhein-Westfalen – aus den Herkunftsländern Türkei, Russland und Polen. Im Jahr 2010 hatten bundesweit 15,7 Mio. Personen, das sind 19,3 % der Gesamtbevölkerung, eine Zuwanderungsgeschichte, davon weniger als die Hälfte ohne deutsche Staatsbürgerschaft (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011). In den jüngeren Altersgruppen sind die Anteile der Personen mit Migrationshintergrund deutlich höher und erreichen bei den unter 5-Jährigen mehr als ein Drittel.

Abb. 1: *Herkunftsland/-region der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik in Millionen, Mikrozensus 2010*



In Nordrhein-Westfalen haben laut Mikrozensusergebnissen im Jahr 2010 insgesamt 23,4 % der Personen in Privathaushalten einen Migrationshintergrund, und damit deutlich mehr als in Deutschland insgesamt. Die größte Gruppe kommt auch in NRW aus der Türkei, gefolgt von Personen aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion und Polen, die in großen Teilen als (Spät-)AussiedlerInnen nach Deutschland kamen. Diese sind überproportional im ländlichen Raum vertreten, während Personen mit Herkunft aus den ehemaligen Gastarbeiterländern vorwiegend im städtischen Raum leben. In der nordrhein-westfälischen Zuwanderungsstatistik von 2010 werden Leverkusen und Hagen als Städte mit dem höchsten Bevölkerungsanteil mit Zuwanderungsgeschichte (36,5 % bzw. 36,3 %) geführt, gefolgt von Städten wie Wuppertal (32,6 %), Köln (32,4 %) und Biele-

<sup>1</sup> In der vorliegenden Untersuchung werden die Begriffe Migrationshintergrund und Zuwanderungsgeschichte synonym verwendet. Für die bessere Lesbarkeit wurde zudem an einigen Stellen auch der Begriff „MigrantIn“ genutzt.

<sup>2</sup> Im Mikrozensus wird Migrationshintergrund wie folgt definiert: Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“.

feld (32,3 %). Aber auch unter den Landkreisen in NRW bleiben einige nicht wesentlich hinter diesen Zahlen zurück (z.B. Oberbergischer Kreis: 30,9 %; vgl. MGFFI, 2008).

Ein Bestandteil von Integration ist die Ausrichtung der Versorgungsstrukturen auf sich verändernde Bevölkerungsstrukturen und Zielgruppen. Dies gilt ebenfalls für die Suchthilfe: Suchtprobleme können selbstverständlich auch Menschen mit Migrationshintergrund betreffen. Und obgleich einzelne – v.a. stationäre – Einrichtungen viele, z.T. überdurchschnittlich viele, Menschen mit Migrationshintergrund betreuen, ist diese Zielgruppe insgesamt in der Suchthilfe unterrepräsentiert. Die Anteile von KlientInnen mit Migrationshintergrund in Suchthilfeeinrichtungen oszillieren nach Angaben der Deutsche Suchthilfestatistik in den verschiedenen Versorgungsbereichen um die 15 %<sup>3</sup>. Aus Einrichtungen, in denen Zugänge glücken, wird z.T. berichtet, dass die Haltequote geringer ist und die Behandlung öfter als für deutsche KlientInnen ohne Migrationshintergrund ihr Ziel verfehlt. Zudem scheinen sowohl Übergänge vom als auch ins ambulante Hilfesystem seltener zu sein; die klassische Behandlungskette glückt nicht in dem Maße wie bei KlientInnen ohne Migrationshintergrund. Die Einrichtungen der Suchthilfe stehen also – und das zunehmend – vor der Herausforderung, Inanspruchnahmebarrieren für PatientInnen mit Zuwanderungsgeschichte zu erkennen und zu senken sowie ihre Beratungs- und Behandlungsleistungen kultursensibel zu gestalten. Dieser Anspruch betrifft nicht nur die Suchthilfe, sondern ist in der gesamten Gesundheits- und auch speziell der psychiatrischen Versorgung relevant. Eine entsprechende konzeptionelle Ausrichtung bzw. eventuelles Umdenken sieht sich im Einklang mit Forderungen von MigrantInnenverbänden wie der WHO und (für den psychiatrischen Bereich) den Sonnenberger Leitlinien.

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW will sich verstärkt der Situation von Migrantinnen und Migranten im Suchthilfesystem widmen. Daher möchte es im Rahmen der Verbesserung des differenzierten Suchthilfesystems in NRW einen besonderen Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung migrantenspezifischer Unterstützungsangebote legen. Auch die Landschaftsverbände Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL) widmen sich seit Jahren der Verbesserung einer kultursensiblen Suchthilfe.

In der Fachdiskussion gilt es als entscheidend für eine kultursensible Beratung/Behandlung, dass die Leitung kultursensibles Arbeiten aktiv fördert und im Leitbild verankert hat sowie dass die Beschäftigten über adäquate Kenntnisse verfügen und eine entsprechende Haltung pflegen. Daneben sollten die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen<sup>4</sup> Menschen mit Zuwanderungsgeschichte Zugang und Orientierung erleichtern und ihnen Wertschätzung signalisieren.

Die Anforderungen an Einrichtungen können systematisch wie folgt unterschieden und beispielhaft skizziert werden:

- **Institutionell-organisatorische Voraussetzungen**, wie z.B. Verankerung transkultureller<sup>5</sup> Aspekte im Leitbild, Definition transkultureller Zielsetzungen und deren Integration in Qualitätsmanagement und Controlling, Benennung von Migrations-/ Integrationsbeauftragten, mehrsprachige Beschriftungen, Formulare und Informations-

---

<sup>3</sup> Vgl. <http://www.suchthilfestatistik.de/download.html>; vgl. auch Salman, 1999.

<sup>4</sup> Der Begriff „Einrichtung“ wird hier für jedwede Art von Suchthilfeangebot verwendet, darunter: offene Angebote, Beratungsstellen, Präventionsfachstellen, ambulante Therapie, psychosoziale Betreuung von Substituierten, Betreutes Wohnen, stationäre Einrichtungen des Wohnens und der medizinischen oder (sozio-)therapeutischen Behandlung etc.

<sup>5</sup> Im Unterschied zum bis dato verbreiteteren Begriff „interkulturell“ hebt der Terminus „transkulturell“ stärker auf eine von einem statischen Kulturverständnis gelöste, Vielfalt und Vielseitigkeit anerkennende Haltung an, die auch Reflexion der eigenen Identität beinhaltet. In der Praxis findet jedoch häufig keine eindeutige Abgrenzung dieser Begriffe und sich ergänzenden Konzepte statt. Zur theoretischen Diskussion: Vgl. u.a. Domenig, 2007; Welsch, 2009 oder Sen, 2010.

texte, Bewirtung mit je zielgruppenadäquaten Speisen oder Getränken (z.B. Tee, vegetarische Speisen), Zeitschriften u.ä. in mehreren Sprachen im Wartezimmer, Aufsuchende Arbeit an adäquaten Orten, multikulturelle Teams, Einsatz geschulter FachdolmetscherInnen und SprachmittlerInnen, Handbibliothek zu transkulturellen Themen etc.

- **Team- und Fachkräfte-bezogene Voraussetzungen**, wie z.B. transkulturelle Fortbildungen – einschließlich Sprachfortbildungen, Diagnostikschulungen und Fortbildungen zum Erwerb kultureller Kompetenzen; Kenntnisse zu Krankheitsverständnis, Gesundheitssystem, Geschlechterrollen etc. in verschiedenen Kulturen; Sprachkenntnisse im Team, regelmäßige Selbstreflexion von inter- bzw. transkultureller Kompetenz im Team, kultursensible Fallreflexion und Supervision, Einüben des Perspektivwechsels, (aktive Suche nach) Personal aus anderen Kulturen
- **Kooperation und Vernetzung**, z.B. mit Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen MigrantInnengruppen, -organisationen und -verbände; Beteiligung der Betroffenen, ihrer Angehörigen und von Selbsthilfegruppen an Planung und Ausgestaltung der Hilfen; gemeinsame Aktionen, gegenseitiges Lernen
- **Öffentlichkeitsarbeit**, wie z.B. Hinweise/Werbung in Zeitungen, Medien der jeweiligen Ziel-Communities, mehrsprachige Aushänge in entsprechenden Kulturzentren, primär- und sekundärpräventive (Aufklärungs-)Angebote in entsprechenden Settings (Schulen, Vereinen, Elternclubs etc.) etc.

Um den Bemühungen des Ministeriums und der Landschaftsverbände hinsichtlich der kultursensiblen Gestaltung der Suchthilfeangebote einen neuen Schub zu verleihen, werden derzeit verstärkt entsprechende Weiterentwicklungen angestrebt. Dazu soll zunächst eine Bestandsaufnahme in der Suchthilfe in NRW erfolgen. Hier soll zum einen die Ist-Situation in den Einrichtungen erfragt und zum anderen Perspektiven und Bedarfe erhoben werden.

Auf Anregung der LWL Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) förderte das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW eine Bestandsaufnahme zu transkulturellen Kompetenzen in Suchthilfeeinrichtungen in NRW. Der Auftrag zur Erhebung ging an die FOGS, Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH und wurde in Abstimmung mit der Koordinationsstelle Sucht des LVR durchgeführt. Bevor die schriftliche Befragung im September 2011 verschickt wurde, wurde die LAG der Freien Wohlfahrtspflege/Arbeitsausschuss Drogen und Sucht über das Vorgehen informiert und um Unterstützung gebeten. Im Folgenden werden Vorgehen und Ergebnisse vorgestellt sowie daraus abgeleitete Empfehlungen formuliert.

## 2 Vorgehen und Methodik

Die Bestandsaufnahme zu transkultureller Kompetenz in der Suchthilfe in NRW und damit zusammenhängender Bedarfe wurde als schriftliche Befragung der Einrichtungen und Angebote durchgeführt. FOGS und die LWL-KS entwickelten in Abstimmung mit der LVR-KS das Vorgehen, erarbeiteten einen Fragebogen und definierten die Stichprobe.

## 2.1 Fragebogenentwicklung

Es wurde im Rahmen der Fragebogengestaltung keine explizite oder gar eigene Definition des Begriffs Zuwanderungsgeschichte vorgenommen, da davon ausgegangen wurde, dass die Einrichtungen der Suchthilfe sich bei der Erfassung dieses nach dem Deutschen Kerndatensatz (KDS) richten.<sup>6</sup> Demnach wird auch in der entsprechenden Abfrage in dieser Untersuchung zwischen Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit sowie Deutschen mit und ohne Migrationshintergrund unterschieden, wobei ein Migrationshintergrund sowohl bei eigener als auch bei Migration mindestens eines Elternteils vorliegt („selbst migriert“ oder „als Kind von Zuwanderern/Migranten geboren“).

In der Bestandsaufnahme wurden folgende Bereiche und Aspekte in der schriftlichen Befragung beleuchtet:

- Leitbild
- Personalausstattung und -qualifikationen
- Teamprozesse
- Kultursensible Ausstattung und Angebote
- Klientel
- (spezifische) Kooperation/Vernetzung
- Qualitätsmanagement und Berichtswesen
- Öffentlichkeitsarbeit
- (Weiter-)Entwicklungsbedarfe aus Sicht der Befragten.

Die zumeist geschlossenen Fragen konnten in jedem Themenbereich durch offene Anmerkungen erläutert und ergänzt werden.

In einem Pretest wurde die Tauglichkeit des Fragebogens erprobt. Nach der testweisen Fragebogenbearbeitung wurden die Antworten auf Missverständnisse, unklare Fragen/Antworten etc. überprüft und die Pretest-Einrichtungen kontaktiert, um ihre Eindrücke von der Bearbeitung des Bogens einzuholen. Die sich daraus ggf. ergebenden Änderungsbedarfe flossen in die Überarbeitung des Fragebogens ein.

Neben der Möglichkeit, den Fragebogen auf Papier auszufüllen und per Post oder Fax an FOGS zurückzusenden, wurde den Einrichtungen auch die Option eingeräumt, ein Word-Formular anzufordern und den Bogen digital zu beantworten.

## 2.2 Stichprobe und Rücklauf

Die Bestandsaufnahme wurde als Vollerhebung in der professionellen Suchthilfe angelegt und umfasste in der unten stehenden Tabelle aufgeführten Einrichtungsarten und Angebote im ambulanten und stationären Bereich – unabhängig davon, ob sie landesgefördert sind oder nicht<sup>7</sup>:

---

<sup>6</sup> Der KDS erfragt neben der Staatsangehörigkeit, ob der/die KlientIn migriert ist oder ob er/sie als Kind von migrierten Eltern geboren wurde. Zudem wird erfasst, ob die deutsche Sprache beherrscht wird, vgl. DHS, 2010.

<sup>7</sup> Mithilfe verschiedener Adressdateien von LWL, LVR und DHS konnte ein Datensatz von ursprünglich ca. 560 Einrichtungen zusammengestellt werden, der im Laufe der Erhebung (aufgrund von entsprechenden Rückmeldungen) auf 530 Adressen korrigiert wurde.

Tab. 1: Angeschriebene und beteiligte Einrichtungen und Angebote der Suchthilfe/Suchtprävention

Einrichtungstyp	angeschrieben		Rücklauf		Erreichung je Bereich in %
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	
<b>ambulant</b> darunter:	<b>395</b>	<b>74,5</b>	<b>157</b>	<b>72,7</b>	<b>39,7</b>
<i>Fachstellen/Fachkräfte für Prävention</i>	85	16,0	17	7,9*	43,5**
<i>Kontakt- und Beratungsstellen (ggf. inkl. weiterer Angebote wie Behandlung/Rehabilitation, Psychosoziale Begleitung Substituierter, ambulant Be-Wo, Fachkraft für Prävention, Aufsuchende Arbeit in JVA)</i>	234	44,2	113	52,3	48,3**
<i>kommunale Beratung, Sozialpsychiatrischer Dienst, Suchtberatung in Gesundheits- oder anderen Ämtern</i>	38	7,2	17	7,9	44,7
<i>ambulant Betreutes Wohnen</i>	27	5,1	4	1,9	14,8
<i>Glücksspielfachstellen</i>	4	0,8	2	0,9	50,0
<i>Substitutions-/Drogen-therapeutische Ambulanz</i>	7	1,3	4	1,9	57,1
<b>stationär</b> darunter:	<b>135</b>	<b>25,5</b>	<b>59</b>	<b>27,4</b>	<b>43,7</b>
<i>Entgiftungsbehandlung, eigene Einrichtung oder Station/Abteilung einer (psychiatrischen) Klinik</i>	19	3,6	8	3,7	42,1
<i>medizinische Rehabilitation, Fachklinik, teilstationäre, ganztägig ambulante Rehabilitation, Adaption</i>	71	13,4	31	14,4	43,7
<i>stationär Betreutes Wohnen/Wohnheim</i>	45	8,5	20	9,3	44,4
<b>Gesamt</b>	<b>530</b>	<b>100,0</b>	<b>216</b>	<b>100,0</b>	<b>49,1</b>

\* Bei 20 Fragebogen wurde kenntlich gemacht, dass diese sowohl für die Beratungsstelle als auch für die zugehörige Fachstelle/Fachkraft für Prävention gelten. Diese (9,3% der Fragebogen) sind hier nicht den Fachstellen/Fachkräften für Prävention sondern nur den Kontakt- und Beratungsstellen zugeordnet. Zählte man diese Fragebogen hinzu, ergäbe sich ein Anteil von 17,2 % und damit eine in etwa dem Anteil in der Gesamtstichprobe entsprechende Größenordnung.

\*\* Bei 20 Fragebogen wurde kenntlich gemacht, dass diese sowohl für die Beratungsstelle als auch für die zugehörige Fachstelle/Fachkraft für Prävention gelten. Diese gehen hier in beiden Bereichen ein.

Beim größten Teil der angeschriebenen Einrichtungen handelt es sich um ambulante Kontakt- und Beratungsstellen (44,2 %), die zum Teil auch weitere Angebote wie z.B. ambulante Behandlung/Rehabilitation, Psychosoziale Begleitung Substituierter, ambulant Betreutes Wohnen, Suchtprävention oder aufsuchende Arbeit in JVA vorhalten.

Die Einrichtungen wurden Ende September 2011 mit einem Fragebogen angeschrieben. Die LWL-Einrichtungen erhielten zusätzlich ein LWL-internes Begleitschreiben.

Nach Ablauf der Frist für die Rücksendung des Fragebogens am 14. Oktober wurde noch eine gute Woche abgewartet, bevor mit der Auswertung begonnen werden sollte. Da der (absehbare) Rücklauf zu diesem Zeitpunkt bei unter 30 % lag, vereinbarten LWL-KS und FOGS gemeinsam mit dem Auftrag gebenden Ministerium eine Verlängerung der Frist und eine postalische Nachfassaktion. Die erneuten Zusendungen enthielten nun auch ein Begleitschreiben des Ministeriums, das die Motivation der Einrichtungen zu einer Teilnahme an der Befragung erhöhen sollte.

Die nunmehr eingegangenen Rückmeldungen führten einerseits zu einer Bereinigung der Adressdatei (s.o.) und lieferten einige Erklärungen für den anfänglichen Verzug. So hatten z.B. einige für mehrere Angebotelemente je separat angeschriebene Einrichtungen einen Bogen für alle angefragten Angebotsteile ausgefüllt und gaben an, dass sich die Antworten auf mehrere Bereiche beziehen. Meistens bezog sich dies auf Beratungsstellen mit Präventionsfachkräften<sup>8</sup>, z.T. auf Beratungsstellen, die auch PSB oder Betreutes Wohnen vorhalten, auf Nebenstellen u.a.

Einige andere Angeschriebene informierten über die Schließung von angeschriebenen Zweigstellen oder darüber, dass die angeschriebenen Angebote gar nicht der Suchthilfe zuzuordnen seien. Es gab jedoch auch Absagen, begründet vor allem mit mangelnden zeitlichen Kapazitäten (Erkrankung, Urlaub, insgesamt zu große Arbeitsbelastung etc.) oder durch einen mangelnden Bezug zur Thematik („Keine Klientel mit Zuwanderungsgeschichte“).

Nach Ablauf der verlängerten Frist stellte sich Ende November/Anfang Dezember 2011 der Rücklauf wie folgt dar:

Tab. 2: Rücklauf insgesamt

Anzahl angeschriebener Einrichtungen	Stichprobengröße nach Adresskorrektur	Anzahl eingegangener Fragebogen (z.T. für mehrere Einrichtungen)	Anzahl der angeschriebenen Angebote mit vorliegenden Angaben
559	530	216	260
	100 %	40,8 %	49,1 %

Die Übersicht zeigt, dass durch die Nachfassaktion nunmehr fast die Hälfte der angeschriebenen Angebote für die Bestandsaufnahme erreicht werden konnten. Zudem ist auch mit Blick auf Einrichtungen, die sich nicht an der Befragung beteiligt haben, davon auszugehen, dass nicht alle angeschriebenen Einrichtungen/Adressen zur eigentlichen Stichprobe gehören oder mehrfach angeschrieben wurden. Auch haben vermutlich einige der Antwortenden ohne dies explizit zu vermerken für mehrere Angebote geantwortet. FOGS und die LWL-KS gehen deshalb davon aus, dass rund die Hälfte der Suchthilfeeinrichtungen in NRW an der Befragung teilgenommen hat.

Um Angaben nicht doppelt zu werten, erfolgte die Auswertung grundsätzlich auf Basis der n = 216 Fragebogen und nicht auf der Basis von 260 Angeboten, über die berichtet wurde.

<sup>8</sup> Fachkräfte für Suchtprävention wurden zusätzlich zur Beratungsstelle, an der sie angesiedelt sind, separat angeschrieben.

Betrachtet man die Verteilung der Einrichtungsarten, die sich an der Befragung beteiligt haben, im Vergleich zu der Verteilung der angeschriebenen Einrichtungen (Tab. 1), so zeigt sich, dass sich diese insbesondere im stationären Bereich nahezu identisch darstellt: Entgiftungseinrichtungen stellen in der Gesamtstichprobe einen Anteil von 3,6 % und im Rücklauf 3,7 % der Einrichtungen. Auch die Größenordnung, in der Rehabilitations-/Entwöhnungs-/Adaptionseinrichtungen (14,4 %) und stationäre Wohnangebote (9,3 %) vertreten sind, entspricht in etwa den Anteilen in der Gesamtstichprobe (13,4 % bzw. 8,5 %). Im ambulanten Bereich variieren die Anteile der Präventionsfachstellen und der Kontakt- und Beratungsstellen, was aber zum Teil dadurch zu erklären ist, dass hier in mindestens 20 Fällen je ein Fragebogen für mehrere Angebote vorliegt und die Zuordnung entsprechend problematisch ist. Im Rücklauf unterrepräsentiert sind lediglich Angebote des ambulant Betreuten Wohnens: Hier haben sich lediglich 14,8 % der angeschriebenen Einrichtungen beteiligt. Die Erreichungsquote liegt ansonsten je nach Einrichtungsart zwischen 42 % und 57 %. Insgesamt sind im Rücklauf also die verschiedenen Einrichtungsarten (mit Einschränkung der ambulant Betreuten Wohnangebote) zu ähnlichen Anteilen vertreten wie in der Gesamtstichprobe: Fast drei Viertel der Teilnehmenden kommen aus der ambulanten Versorgung und 27,4 % der Einrichtungen sind dem stationären Bereich zuzuordnen.

### 3 Ergebnisse

Bevor nun die Ergebnisse der Befragung im Einzelnen vorgestellt werden, soll auf das Ausfüllverhalten eingegangen werden. Ein Gutteil der Einrichtungen hat die Befragung eher oberflächlich und z.T. mit ungenauen Daten (Schätzungen) und bei den offenen Fragen wenig ausführlich beantwortet. Deshalb liegen nicht für alle Fragen von allen Einrichtungen (verwertbare) Angaben vor und reduzieren sich die Aussagen, die sicher getroffen werden können, z.T. auf eine geringere Stichprobe. Es kann jeweils nicht sicher interpretiert werden, ob eine fehlende Angabe inhaltlich zu verstehen ist (also einem „nein“ bzw. „kein/null“ gleich kommt) oder ob diese lediglich eine Nichtbeachtung einer Frage betrifft. Im folgenden Kapitel wird versucht dieser Problematik angemessen zu begegnen und diese jeweils transparent zu machen.

Obleich einige Befragte ausführlich und erkennbar kompetent zu den Fragen und Themen Stellung nahmen, so zeigt sich durch das meistens knappe und z.T. oberflächliche Antwortverhalten in den vielen Fragebogen insgesamt keine vertiefte Auseinandersetzung mit transkulturellem Arbeiten in der Suchthilfe.

In der Auswertung wurden in der Regel alle ambulanten Angebote wie auch alle stationären zusammengefasst, zum einen da – v.a. im ambulanten Bereich – davon auszugehen ist, dass nicht alle Teilnehmenden den Bereich, über den sie berichten, explizit beschrieben haben. Hier kann bei einigen angenommen werden, dass sie – neben mitarbeitenden Präventionsfachkräften – auch über ein ggf. angeschlossenes Betreutes Wohnen berichten, ohne darauf gesondert hinzuweisen. Zum anderen sind die Gruppengrößen z.T. so gering, dass sie keine Aussagen zulassen (zwei Fachstellen für Glücksspielsucht, je vier Angebote des ambulant Betreuten Wohnens und im Bereich der Substitution). Für ausgewählte Fragen wurde eine detaillierte Auswertung nach Einrichtungsart durchgeführt. An den Stellen, an denen sich hier Unterschiede bzw. Auffälligkeiten zeigen, wird darauf hingewiesen.

In der Darstellung der Ergebnisse sollen die wesentlichen Erkenntnisse gebündelt präsentiert werden, zusätzlich finden sich ausführliche Tabellen im Anhang. Wo möglich werden Bezüge zwischen den Ergebnissen hergestellt sowie Verweise auf andere Statistiken

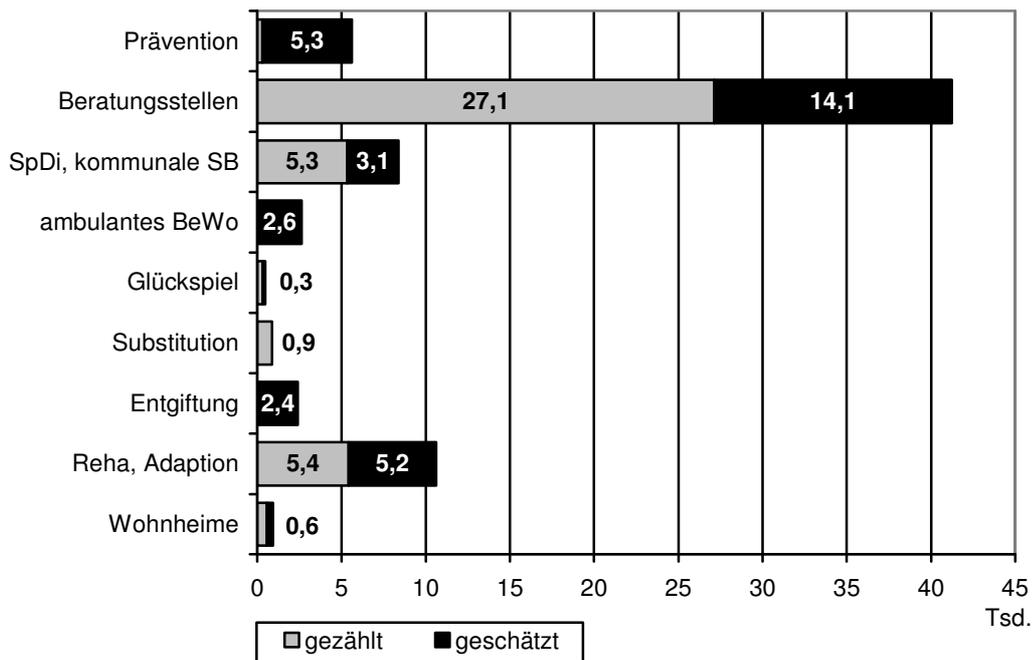
und Studien, insbesondere zu der von der LWL-Koordinationsstelle Sucht 2007 publizierten und begleiteten Diplomarbeit „Menschen mit Migrationshintergrund in den Suchthilfeeinrichtungen in Westfalen-Lippe“, vorgenommen.

**3.1 Klientel**

Mit welcher Klientel befassen sich die Einrichtungen aktuell und welchen Stellenwert nehmen KlientInnengruppen mit Migrationshintergrund ein? Um dies herauszufinden, wurden die Einrichtungen im Rahmen der schriftlichen Befragung gebeten, Angaben zur Zuwanderungsgeschichte der KlientInnen zu machen. So konnte der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Klientel ermittelt werden.

Wie schon erwähnt, machten nicht alle Einrichtungen Angaben zu den KlientInnenzahlen: Von 42 Einrichtungen (= 19,4 %) liegen keine verwertbaren Daten vor (bspw. in vielen Fachstellen für Prävention), 64 weitere Einrichtungen geben lediglich Schätzwerte an. Die folgende Abbildung weist die vorliegenden Angaben für die GesamtklientInnenzahlen differenziert nach Schätzung und genauen Zahlen für die unterschiedlichen Einrichtungsarten aus:

Abb. 2: Summe aller KlientInnen im Jahr 2010 nach Einrichtungsarten in Tsd., N = 171 Einrichtungen



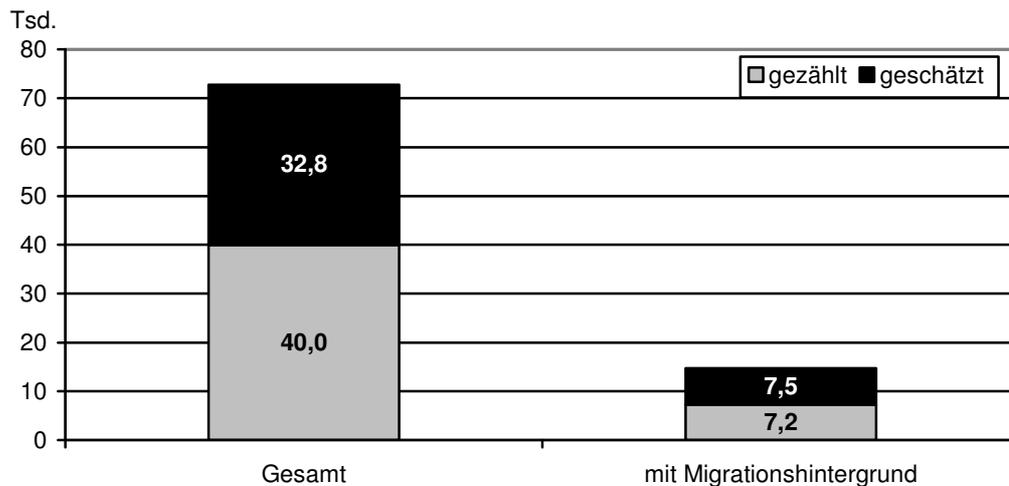
Es ist bemerkenswert, welcher hoher Anteil der Einrichtungen (rd. 50 %) gar keine bzw. lediglich geschätzte Angaben zu KlientInnenzahlen (nach Nationalität/Zuwanderungsgeschichte) abgibt.

Soweit Daten vorliegen, variieren die KlientInnenzahlen der befragten Einrichtungen stark, was sich v.a. durch die unterschiedlichen Einrichtungstypen erklärt. Die Summe der für das Jahr 2010 von den befragten Einrichtungen dokumentierten KlientInnen beläuft sich insgesamt auf 72.751 (davon beruhen 32.788 auf Schätzungen), der Großteil davon (41.248) in Beratungsstellen. Über alle Einrichtungen betrachtet werden im Mittel 424 KlientInnen pro Einrichtung betreut. In den unterschiedlichen Einrichtungsarten variieren

die Mittelwerte zwischen 59 in stationären Wohnangeboten über rund 400 in Kliniken, 436 in Beratungsstellen freier Träger und 645 bei Sozialpsychiatrischen Diensten bzw. kommunalen Beratungsstellen. Die Präventionsangebote werden im Mittel von 805 Personen genutzt. Vergleicht man die Mittelwerte der Schätzwerte mit denen der präzisen Angaben, so zeigt sich, dass die Schätzungen deutlich höher liegen.

Auch Angaben zu KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte (unabhängig von der Staatsbürgerschaft) liegen nur in knapp der Hälfte der Einrichtungen als präzise Daten vor, 63 Einrichtungen schätzen die entsprechenden Zahlen. Die folgende Abbildung weist die vorliegenden Angaben für die Gesamtzahl der dokumentierten KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte aus, differenziert nach Schätzung und genauen Zahlen, und stellt diese den GesamtklientInnenzahlen gegenüber:

Abb. 3: Summe der KlientInnen im Jahr 2010 in Tsd., N = 171 Einrichtungen



Den Angaben der Befragten zufolge wurden in den teilnehmenden Einrichtungen im Jahr 2010 insgesamt 14.774 KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte betreut (gut die Hälfte geschätzt). Setzt man diese Angaben in Relation zur GesamtklientInnenzahl über alle Einrichtungen hinweg, ergibt sich ein Anteil von rd. 20 % KlientInnen mit Migrationshintergrund. Dieser Wert liegt nur wenig unter dem Anteil in der Gesamtbevölkerung in NRW (rd. 3 %). Die an der Bestandsaufnahme teilnehmenden Einrichtungen berichten damit über geringfügig weniger Klientel mit Migrationshintergrund als die (ehemals) landesgeförderten Einrichtungen in NRW: Die Auswertung des Kerndatensatzes für diese – rein ambulanten – Einrichtungen in NRW weist einen Gesamtanteil von KlientInnen mit Migrationshintergrund von 22,9 % aus (wobei für gut ein Viertel aller KlientInnen keine Angaben zum Migrationsstatus gemacht wurden).

Die Einrichtungen erreichen keineswegs alle zu einem Fünftel KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte, vielmehr gibt es Angebote, die zu niedrig einstelligen Anteilen MigrantenInnen erreichen, während andere Einrichtungen zur Hälfte und darüber hinaus von dieser Zielgruppe in Anspruch genommen werden. Betrachtet man die Verteilung der Anteile von MigrantInnen an der Gesamtklientel für die verschiedenen Einrichtungsarten zeigt sich ein unterschiedliches Bild:

Tab. 3: Prozentanteil der Klientel mit Zuwanderungsgeschichte im Jahr 2010, N = 171 Einrichtungen

Einrichtungstyp	N	Min in %	Max in %	Mittelwert in %
Fachstellen/Fachkräfte für Prävention	7	12,7	40,0	27,8
Kontakt- und Beratungsstellen freier Träger	94	2,8	54,0	17,1
kommunale Suchtberatung	13	3,0	58,8	18,7
ambulant Betreutes Wohnen	4	2,6	75,0	25,2
Glücksspielfachstellen	2	25,2	26,2	25,7
Substitutions-/Drogentherapeutische Ambulanz	3	18,9	30,0	23,7
Entgiftungsbehandlung	5	18,8	47,4	29,2
medizinische Rehabilitation und Adaption	27	5,1	51,4	26,7
stationär Betreutes Wohnen/ Wohnheim	16	5,3	50,0	17,2
Gesamt	171	2,6	75,0	20,0

Einige Beratungsstellen haben z.T. nur etwa 3 % Klientel mit Zuwanderungsgeschichte, während andere über bis zu 75 % berichten. Auch im stationären Bereich schwanken die Anteile von MigrantInnen zwischen gut 5 % und über 50 %. Lediglich drei ambulante Einrichtungen (keine stationäre) geben den MigrantInnenanteil ihrer Klientel mit weniger als 5 % an (vgl. Anhang Tab. 40). Die Spitzenwerte illustrieren Berichte von einigen Angeboten, wonach sie aufgrund der vielen KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte z.T. darum kämpfen müssen, nicht einseitig nur als auf MigrantInnen orientierte Einrichtung wahrgenommen zu werden.

Die Durchschnittswerte (letzte Spalte) müssen also mit Vorsicht gelesen werden: Auch wenn im Mittel in den Einrichtungen mit 20 % ein nur etwas geringerer Anteil von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte betreut wird, als in der Bevölkerung in NRW vorhanden ist, so suggeriert dieser Wert eine bessere Erreichung innerhalb des Gesamtsystems als in vielen Einrichtungen tatsächlich gegeben ist. Andererseits wurden im Jahr 2010 tendenziell mehr MigrantInnen in der Suchthilfe betreut als im Jahr 2004: Santel et al. (2007) berichten über einen Anteil von durchschnittlich 17,8 % Menschen mit Migrationshintergrund am Klientel der befragten Einrichtungen in Westfalen-Lippe.

Im Kernsegment der ambulanten Arbeit, in der Beratung, werden durchgehend zu geringeren Anteilen Menschen mit Zuwanderungsgeschichte erreicht als im stationären Setting (mit bis zu 29 % im Entgiftungsbereich). Hier bestätigt sich ein in der Fachdiskussion bekanntes Muster der Nutzung von Versorgungsangeboten: Personen mit Migrationshintergrund suchen vor allem medizinische Hilfen auf, im Beratungs- und ambulanten Therapiesetting sind sie eher unterrepräsentiert. Im Vergleich zur Studie von Santel et al. (2007) in Westfalen-Lippe haben sich die Bereiche aber etwas angenähert: Die Mittelwerte in Beratungsstellen sind in der aktuellen Untersuchung in Beratungsstellen etwas höher, in Kliniken und Reha/Adaptionseinrichtungen aber deutlich geringer. Die Angebote mit auffällig hohen MigrantInnenanteilen in der Klientel sind zumeist spezifisch ausgerichtet.

*Exkurs:*

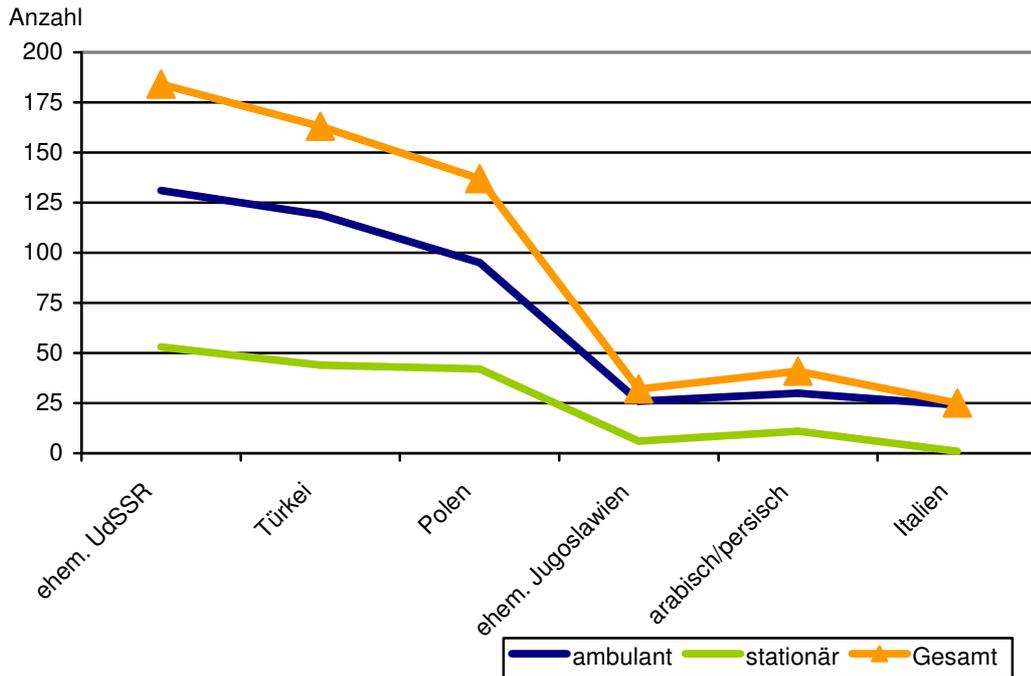
Wie bereits beschrieben beziehen sich die genannten Zahlen und Anteile zu KlientInnen mit Migrationshintergrund nur auf etwa rd. 80 % der beteiligten Einrichtungen. Unter den Einrichtungen, für die keine Angaben vorliegen, befinden sich v.a. Präventions- und Kontakt-/Beratungsstellen. Aber auch 18,6 % der stationären Angebote liefern keine entsprechenden Daten. Es kann nicht eingeschätzt werden, wie viele KlientInnen mit Migrationshintergrund diese Einrichtungen betreuen. Einerseits kann vermutet werden, dass diese Einrichtungen eher wenige KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte haben. Andererseits kann in diesem Fall auch eine insgesamt mangelnde Erfassung von KlientInnendaten ein Grund sein.

Eine alternative Darstellung der Verteilung von Einrichtungen mit unterschiedlichen Migrantenanteilen findet sich in Tab. 41 im Anhang. Hier wurden Einrichtungen ohne Angaben mit aufgeführt.

Viele Einrichtungen – v.a. im ambulanten Bereich – richten sich in ihrer Arbeit auch an Angehörige. Verwertbare Angaben zur Anzahl der betreuten/beratenen Angehörigen machten allerdings nur 42 Einrichtungen, davon 23 geschätzt. Die Anzahl der betreuten/beratenen Angehörigen variiert ebenso wie die KlientInnenzahl deutlich zwischen den Einrichtungen: Im ambulanten Bereich werden pro Einrichtung zwischen vier und 800 Angehörige dokumentiert, im stationären Bereich zwischen sechs und 172. Setzt man die Angaben der Angehörigen mit Migrationshintergrund (unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft) in Relation zu den Gesamtangehörigenzahlen, zeigt sich, dass hier der Migrantenanteil mit ca. 27 % höher liegt als bei den selbst betroffenen KlientInnen. Dieser eher hohe Anteil hängt damit zusammen, dass ein Teil der Angebote für Angehörige sich explizit an die Zielgruppen von Personen mit Migrationshintergrund (bspw. Familientreff für Drittstaatenangehörige) richtet.

Die Einrichtungen wurden gebeten einzuschätzen, welches die drei häufigsten Herkunftsländer/-regionen der KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte sind (unabhängig von der aktuellen Staatsangehörigkeit). Das Ergebnis zeigt die folgende Abb. 4:

Abb. 4: Anzahl der Einrichtungen mit Klientel entsprechender Herkunft unter den Top 3



In 85,2 % der Einrichtungen (im stationären Bereich 89,8 %) kommt ein Großteil der MigrantInnen, die dort betreut werden, aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion. In rund drei Viertel der Einrichtungen nehmen KlientInnen mit türkischer Herkunft einen hohen Anteil unter der Klientel mit Zuwanderungsgeschichte ein. Des Weiteren, und das besonders im stationären Bereich, sind größere Anteile der Klientel mit Migrationshintergrund polnischer Herkunft. Weitere Herkunftsregionen bzw. -länder sind der arabisch/persische Sprachraum, die Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien und Italien. KlientInnen aus den Niederlanden gehören, trotz der langen gemeinsamen Grenze mit NRW, kaum zu den Haupt-Migrantengruppen.

Grundsätzlich entspricht die Einschätzung der Herkunftsregionen der Klientel in etwa den größten Bevölkerungsgruppen mit Zuwanderungsgeschichte in NRW.

**In Kürze:**

Die befragten Einrichtungen unterscheiden sich deutlich in ihrer Größe und entsprechend auch in der KlientInnenzahl. Nicht alle Befragte machen (präzise) Angaben zu Anteilen von KlientInnen mit Migrationshintergrund. Dort, wo Angaben vorliegen, beläuft sich der MigrantInnenanteil auf durchschnittlich je 17 % in Beratungsstellen und stationären Wohnheimen sowie bis zu durchschnittlich knapp 30 % in Entgiftungseinrichtungen. In einzelnen Einrichtungen liegen die Werte jedoch auch deutlich unter bzw. über dem Durchschnitt.

Die häufigsten Herkunftsländer entsprechen denen in der Gesamtbevölkerung, wobei KlientInnen aus der ehemaligen UdSSR im Suchthilfesystem etwas präsenter zu sein scheinen als Menschen mit türkischem Migrationshintergrund.

Die Daten legen nahe, dass KlientInnen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den Anteilen in der Bevölkerung insbesondere in der ambulanten Suchthilfe unterrepräsentiert sind. Hingegen sind sie im stationären Bereich (insbesondere in vereinzelt Einrichtungen) überrepräsentiert. Hier zeigen sich einerseits ein unterschiedliches Nutzungsverhalten und andererseits Hinweise auf Zugangsbarrieren.

### 3.2 Leitbild

Über Leitbilder können Träger sich grundsätzlich nach innen und außen positionieren. Hier finden sich programmatische Aussagen zu Haltung und Selbstverständnis, hier müsste sich auch wiederfinden, ob und wie Dienste auf Menschen mit anderen kulturellen Wurzeln/Hintergründen zugehen wollen. In einrichtungsbezogenen Konzepten werden Leitbild-Aussagen operationalisiert sowie konkret Angebote und Methoden beschrieben. In der Bestandsaufnahme wurde – trotz durchaus kritischer Sicht auf den tatsächlichen Wirkungsgrad und die Realitätsnähe von Leitbildern – deshalb zunächst danach gefragt, ob der Träger/die Einrichtung über ein Leitbild bzw. ein Konzept verfügen.

Tab. 4: *Verfügt Ihr Träger über ein Leitbild und Ihre Einrichtung/Abteilung über ein eigenes schriftliches Konzept? Angaben in Prozent*

	ambulant (N = 157) in %	stationär (N = 59) in %	Gesamt (N = 216) in %
schriftliches Leitbild und Konzept	57,1	86,4	65,1
schriftliches Konzept	24,4	8,5	20,0
schriftliches Leitbild	10,3	3,4	8,4
weder ein Leitbild noch ein Konzept	8,3	1,7	6,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tatsächlich geben fast alle Befragten (93,5 %) an, dass Träger bzw. Einrichtung über ein Leitbild und/oder ein detailliertes schriftliches Konzept verfügen. Vor allem in stationären Einrichtungen ist dies nur bei wenigen Befragten nicht der Fall (1,7 %). Knapp zwei Drittel aller Einrichtungen und Angebote berichten, dass sie sowohl über ein schriftliches Leitbild als auch über ein spezifischeres Konzept bzw. eine Leistungsbeschreibungen verfügen.

Befragt nach der Verankerung interkultureller und/oder transkultureller Aspekte, Diversity bzw. kultursensibler Arbeit in Leitbild bzw. Konzept, sind die Angaben der Einrichtungen sowohl zahlenmäßig als auch inhaltlich wenig aussagekräftig. Der weit überwiegende Teil der Einrichtungen berichtet, dass ihre Leitbilder und Konzepte keinerlei Beschreibung entsprechender Themen enthalten: Von den 160 Einrichtungen, die hierzu Angaben machten, geben 88 an, dass konzeptionell nicht explizit auf entsprechende Aspekte eingegangen wird. Darüber hinaus antworten einige Einrichtungen lediglich mit „ja“ und/oder mit sehr allgemeinen Hinweisen auf ein christliches bzw. humanistisches Menschenbild und Gleichbehandlung aller KlientInnen wie: „Zu uns kann jeder kommen, unabhängig von Religion, Geschlecht ...“ oder „Wir behandeln alle Klienten gleich“. Von allen befragten Einrichtungen berichten lediglich 16 über eine explizite Berücksichtigung interkultureller und/oder transkultureller Aspekte, Diversity bzw. kultursensible Arbeit im Konzept. Zum Teil wurden dafür auch eigenständige Konzepte erstellt. In der

Untersuchung von Santel et al. (2007) gaben 11 (von 121) Einrichtungen in Westfalen-Lippe an, das Thema interkulturelle Öffnung schriftlich fixiert zu haben. Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung verweist also auf eine weiterhin geringe konzeptionelle Auseinandersetzung mit der Thematik kultursensibler Arbeit auf Träger- bzw. Einrichtungsleitungsebene.

Angesichts der wenig verbreiteten konzeptionellen und schriftlichen Verankerung der Thematik ist die Frage interessant, ob die Einrichtungen hier selbst Ergänzungs- bzw. Weiterentwicklungsbedarf sehen.

Tab. 5: *Sehen Sie mit Blick auf Leitbild oder Konzept Ergänzungs- bzw. Weiterentwicklungsbedarf im Hinblick auf die Thematik Migration bzw. kultursensible Arbeit? Angaben in Prozent*

	ambulant (N = 157) in %	stationär (N = 59) in %	Gesamt (N = 216) in %
nein	56,1	61,0	57,4
ja	40,1	33,9	38,4
keine Angabe	3,8	5,1	4,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

38,4 % der Einrichtungen geben an, dass sie speziell mit Blick auf die Thematik Migration bzw. kultursensibles Arbeiten Ergänzungs- bzw. Weiterentwicklungsbedarfe bei ihren Leitbildern, Konzepten und Arbeitsansätzen sehen. Dabei wird u.a. auf folgende Bedarfe verwiesen:

- Verankerung des Themas Migration bzw. kultursensibles Arbeiten im Konzept, analog zum Genderthema
- Blick auf Herkunft und kulturelle Besonderheiten als Teil der Persönlichkeit
- kultursensible bzw. interkulturelle Angebote
- Sensibilisierung der MitarbeiterInnen.

### In Kürze:

Der weit überwiegende Teil der Leitbilder und Konzepte der befragten Einrichtungen geht nicht auf Beschreibung migrationsbezogener Themen und kultursensible Arbeitsansätze ein. Und lediglich zwei Fünftel der Einrichtungen – v.a. im ambulanten Bereich – sehen einen entsprechenden Entwicklungsbedarf.

### 3.3 Personal

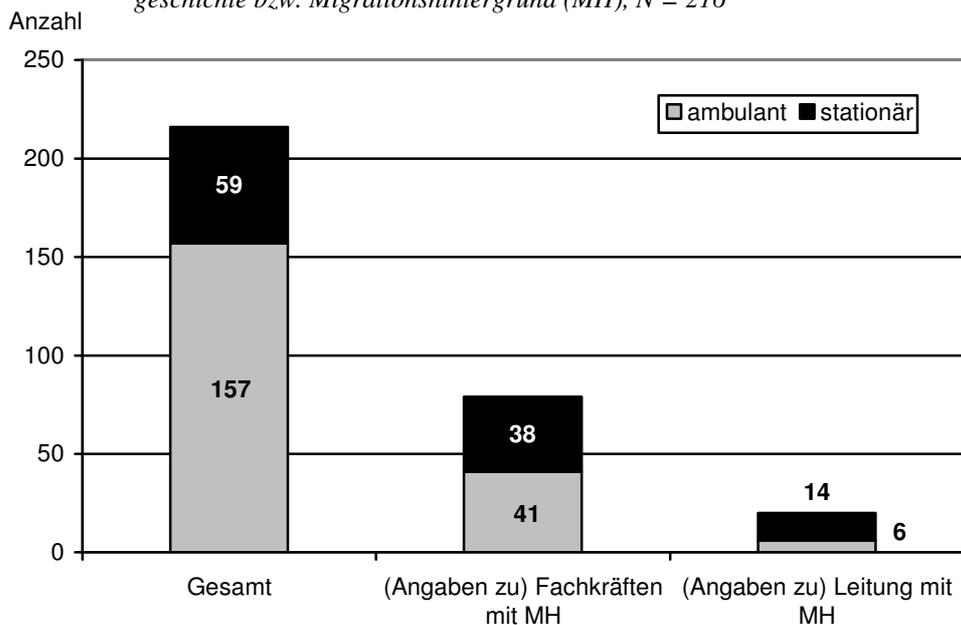
Eine bedeutende Rolle für die interkulturelle Öffnung und kultursensibles Arbeiten spielt das Personal. U.a. sind die Präsenz von MitarbeiterInnen mit eigener Zuwanderungsgeschichte und Sprachkenntnissen von Bedeutung – einerseits für die KlientInnen, andererseits aber auch für Entwicklungen im Team.

Über die Gesamtanzahl der MitarbeiterInnen gaben 206 Einrichtungen Auskunft, wobei in einigen Fällen vermutlich Angaben zu Gesamteinrichtungen und/oder über Fachpersonal hinaus gemacht wurden (gefragt wurde nach Personen, nicht nach Stellen). Im Zuge einer Plausibilitätsprüfung wurden diese Angaben aus der Auswertung ausgeschlossen.

Danach wird insgesamt über 1.988 Fachkräfte ohne Leitungsfunktion und weitere 333 Leitungskräfte berichtet. Betrachtet man die allgemeine Personalsituation der befragten Einrichtungen, so zeigt sich zunächst, dass die Beschäftigtenzahlen stark variieren. Dies korrespondiert mit der Art der Einrichtung: Ambulante Angebote berichten von bis zu 52 Fachkräften, einige Angebote werden aber auch lediglich von zwei oder drei Personen getragen. Der Mittelwert der verwertbaren Angaben bei ambulanten Einrichtungen liegt bei 7,8 Fachkräften (und damit etwas höher als der von der in der Suchthilfestatistik für NRW erfasste Wert von durchschnittlich 6,7 Beschäftigten in den ehemals landesgeförderten Kontakt- und Beratungsstellen; Auswertung des ISD, 2012). In Sozialpsychiatrischen Diensten bzw. kommunalen Suchtberatungen und Substitutionsambulanzen liegen die Mittelwerte der Personalausstattung mit 9,9 und 11,0 Personen höher, in Fachstellen für Prävention mit 2,8 deutlich niedriger. Auch in stationären Einrichtungen variieren die Fachkräftezahlen in Abhängigkeit von der Art des Angebots: Einrichtungen der Entgiftungsbehandlung berichten von durchschnittlich 37,8 Fachkräften, Entwöhnungs- und Adaptionseinrichtungen von 18,4 und stationäre Wohnangebote von 19,0 Fachkräften.

Wie viele Fachkräfte haben selbst eine Zuwanderungsgeschichte? Leider ist die Datenqualität bei den Angaben zur Zuwanderungsgeschichte der Fachkräfte problematisch. Es kann oft nicht eindeutig identifiziert werden, ob die Einrichtungen, für die keine Angaben vorliegen, lediglich keine Antwort hierzu geben (konnten) oder ob sie tatsächlich keine Fachkräfte mit Zuwanderungsgeschichte haben.

Abb. 5: Einrichtungen mit (Angaben zu) Fachkräften und Leitung mit Zuwanderungsgeschichte bzw. Migrationshintergrund (MH), N = 216



Mit 79 Einrichtungen berichten mehr als ein Drittel (36,6 %) der Befragten, dass mindestens eine Fachkraft mit Zuwanderungsgeschichte in der Einrichtung beschäftigt ist. Im Vergleich zur 2004 in Kooperation mit dem LWL durchgeführten Studie, die allerdings auf Westfalen-Lippe begrenzt ist, zeigt sich hier eine Steigerung: Damals beschäftigten nur ein Fünftel der Einrichtungen in Westfalen-Lippe Fachkräfte mit Migrationshintergrund.

Betrachtet man die Personalsituation der hier Befragten im Detail, zeigt sich, dass zwar lediglich 26,1 % der ambulanten (und nur 17,6 % der Präventionsfachstellen und der

kommunalen Beratungsstellen) aber immerhin 64,4 % der stationären Einrichtungen (im Entgeltbereich sogar 75 %) Fachkräfte mit Zuwanderungsgeschichte beschäftigen.

Die 79 Einrichtungen mit Beschäftigten mit Zuwanderungsgeschichte sind über ganz NRW verstreut, wenn auch etwas öfter in Städten als über Land anzutreffen. Eine Detailbetrachtung zeigt, dass Einrichtungen mit einem MigrantInnenanteil von 25 % und mehr an der Klientel insgesamt häufiger (mehr als die Hälfte) auch MitarbeiterInnen mit Zuwanderungsgeschichte haben.

Die absolute Zahl der Beschäftigten mit Zuwanderungsgeschichte beträgt insgesamt pro Einrichtung bis zu sechs Personen im ambulanten und 21 Fachkräften im stationären Bereich (insgesamt wird von 228 MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund berichtet). Für die Einrichtungen, die mindestens eine Fachkraft mit Zuwanderungsgeschichte haben, ergeben sich Mittelwerte von 1,6 MigrantInnen im ambulanten und 4,3 im stationären Bereich (gesamt: 2,9). Der „MigrantInnenanteil“ unter den Beschäftigten variiert dabei von 3,2 % bzw. 3,7 % bis zu 50 % in einzelnen ambulanten bzw. 40 % in stationären Einrichtungen.

Die meisten Fachkräfte mit Migrationshintergrund haben keine Leitungsfunktionen. Lediglich sechs ambulante und 14 stationäre Einrichtungen (= 3,8 % bzw. 23,7 %) berichten über (mindestens) eine Leitungskraft mit Zuwanderungsgeschichte (insgesamt werden über 24 Leitungskräfte mit Migrationshintergrund gemeldet). Alle anderen Einrichtungen haben hierzu keine Angaben gemacht, sodass vermutet werden kann, dass tatsächlich nur jene Einrichtungen etwas eingetragen haben, die über Leitungskräfte mit Zuwanderungsgeschichte verfügen. D.h.: Obwohl in mindestens einem guten Drittel der Einrichtungen Fachkräfte mit Zuwanderungsgeschichte beschäftigt sind, werden lediglich ein Zehntel der befragten Einrichtungen von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte geführt.

Insgesamt fällt auf, dass deutlich mehr stationäre Einrichtungen von Beschäftigten und Leitungskräften mit Zuwanderungsgeschichte berichten, vermutlich auch ein Ergebnis von personellen Veränderungen in letzter Zeit, s. dazu die folgende Tab. 6:

*Tab. 6: Hat sich der Anteil Beschäftigter mit Zuwanderungsgeschichte in den letzten Jahren bzw. seit Ende 2010 verändert? Angaben in Prozent*

	<b>ambulant (N = 157) in %</b>	<b>stationär (N = 59) in %</b>	<b>Gesamt (N = 216) in %</b>
nein	83,4	74,6	81,0
ja	12,1	22,0	14,8
keine Angabe	4,5	3,4	4,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Wenngleich ein Großteil der Einrichtungen (81,0 %) nicht von Veränderungen berichtet und lediglich 12,1 % der ambulanten Einrichtungen diesbezügliche Entwicklungen beschreibt, so haben doch immerhin 22,0 % der stationären Einrichtungen ihr Personal um Fachkräfte mit Zuwanderungsgeschichte ergänzt. Denn zumeist bezieht „Veränderung“ sich auf eine Erhöhung des Anteils der Beschäftigten mit Zuwanderungsgeschichte. Lediglich einzelne Einrichtungen erwähnen Abgänge von Beschäftigten mit Migrationshintergrund.

Eine bedeutende Qualifikation, die Fachkräfte mit (und z.T. auch solche ohne) Zuwanderungsgeschichte mitbringen, ist die Mehrsprachigkeit. Befragt nach der Palette der Sprachen, in denen in der Einrichtung fließend beraten oder behandelt werden kann, zeigt sich, dass in 152 der 216 Einrichtungen Fremdsprachenkompetenz vorhanden ist.

Differenziert man die Sprachen in Fremdsprachen wie Englisch und Französisch als in der Schule erlernte Weltsprachen einerseits und betrachtet lediglich solche Sprachen, die vor allem von in Deutschland lebenden Migrantengruppen gesprochen werden (aufgrund der Grenznähe wird auch Niederländisch betrachtet), ergibt sich folgendes Bild:

Tab. 7: Anzahl der Einrichtungen, in denen mindestens eine Fachkraft in einer der folgenden Sprachen fließend beraten/behandeln kann (exklusive Französisch und Englisch), Mehrfachnennung möglich

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
keine der unten genannten Sprachen	102	14	116
mindestens eine der u.g. Sprachen:	55	45	100
<i>Russisch</i>	27	30	57
<i>Polnisch</i>	20	28	48
<i>Niederländisch</i>	17	8	25
<i>Türkisch</i>	10	13	23
<i>Spanisch</i>	10	7	17
<i>Italienisch</i>	6	6	12
<i>Serbisch, Kroatisch, Bosnisch</i>	2	10	12
<i>Arabisch</i>	2	7	9
<i>Sonstiges</i>	12	13	25

Genau 100 Einrichtungen (46,3 %) geben an, dass hier fließend in mindestens einer der für den Großteil der Bevölkerung mit Zuwanderungsgeschichte gesprochenen Sprachen und/oder Niederländisch beraten bzw. behandelt werden kann, darunter relativ mehr stationäre Einrichtungen (78,9 %) als ambulante (35,0 %). Am häufigsten sind russische (N = 57) Sprachkenntnisse vorhanden, gefolgt von polnischen (N = 48). In deutlich weniger Einrichtungen besteht die Möglichkeit, in türkischer Sprache beraten zu werden (N = 23) – da ist sogar Beratung auf Niederländisch häufiger möglich (nämlich in 25 Einrichtungen, v.a. aber nicht nur, in Grenznähe). Unter den sonstigen Nennungen fallen vor allem Griechischkenntnisse auf. Vereinzelt genannt werden des Weiteren z.B. rumänische, ungarische, kurdische und/oder persische Sprachkompetenzen.

Einige Einrichtungen weisen darauf hin, dass sie bei Bedarf z.T. Personal mit Zuwanderungsgeschichte bzw. entsprechenden Sprachkenntnissen aus anderen Abteilungen bzw. Angeboten des eigenen Trägers (z.B. aus der Migrationsberatung bzw. dem Fachbereich Migration) kontaktieren und als DolmetscherIn zu Beratungen hinzuziehen können.

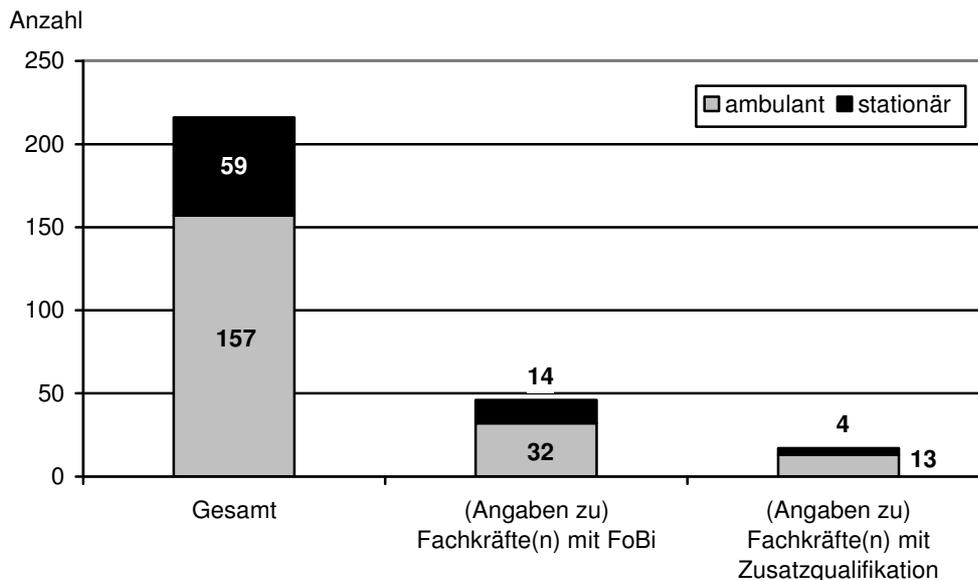
Allerdings legen die Einrichtungen offensichtlich unterschiedliche Maßstäbe an, wann jemand „fließend in einer bestimmten Sprache beraten kann“. Dies wird z.B. beim Ausfüllverhalten bezüglich englischer Sprachkompetenz deutlich: Immer wieder wird angegeben, dass *alle* Fachkräfte fließend auf Englisch beraten können. Dies legt die Vermutung nahe, dass nur wenige Einrichtungen zwischen grundlegenden Englischkenntnissen und der Fähigkeit, „fließend in Englisch beraten“ zu können, unterscheiden. Möglicherweise gilt Ähnliches auch für andere Sprachkenntnisse, sodass die Angaben wahrscheinlich eher Sprachkenntnisse im Allgemeinen und nicht in jedem Fall Beratungskompetenz in der erfragten Sprache abbilden.

Die Präsenz von Beschäftigten mit Zuwanderungsgeschichte bzw. von entsprechenden Sprachkompetenzen kann gezielt durch eine entsprechende Personalpolitik seitens des Trägers gesteuert werden. Dies geschieht allerdings nicht oft: Derzeit wird – wenn Stellen frei sind – lediglich in 17,2 % der ambulanten und 11,9 % der stationären Einrichtungen gezielt nach Personal mit Zuwanderungsgeschichte gesucht. Dies geschieht NRW-weit sowohl bei Einrichtungen, die bereits MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund haben als auch bei solchen, die bisher kein Personal mit Zuwanderungsgeschichte beschäftigen. Von einigen Einrichtungen wird darauf hingewiesen, dass sich Fachkräfte mit Zuwanderungsgeschichte nur selten bei Ihnen bewerben, sodass Einstellungen selbst da, wo sie beabsichtigt sind, nur selten möglich sind.

Wird (ersatzweise) die Sprachkompetenz des Personals institutionell gefördert? Das Ergebnis der Befragung zeigt, dass auch dies nur selten geschieht: 8,3 % der ambulanten und 11,9 % der stationären Einrichtungen fördern den Spracherwerb von Fachkräften. Dies geschieht etwas häufiger in Einrichtungen, die bereits mehrsprachiges Personal beschäftigen, als in solchen ohne MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund.

Neben Sprachkenntnissen sind weitere migrationsrelevante Kenntnisse und Kompetenzen relevant für kultursensibles bzw. transkulturelles Arbeiten. Diese können einerseits in Fortbildungen erworben und/oder durch entsprechende Zusatzqualifikationen vertieft werden.

Abb. 6: Einrichtungen mit Fachkräften, die 2010 migrationsrelevante Fortbildungen besucht haben und/oder über migrationsrelevante Zusatzqualifikationen verfügen, N = 216



Lediglich gut ein Fünftel der Einrichtungen (N = 46, 21,3 %) berichtet, dass Beschäftigte im Jahr 2010 migrationsrelevante Fortbildungen besucht haben. In der Untersuchung von Santel et al (2007) lag der Anteil der Institutionen, in denen MitarbeiterInnen zum Thema Sucht und Migration fortgebildet wurden mit 45 % deutlich höher. Diese Angaben bezogen sich allerdings auf den Zeitraum von zwei und nicht von einem Jahr.

In der vorliegenden Studie variiert die Anzahl der Beschäftigten, die 2010 entsprechende Fortbildungen genutzt haben zwischen einer und 20 Personen (in einer Einrichtung). Damit haben im ambulanten Bereich zwischen 2,9 % und 100 % sowie im stationären Bereich zwischen 3,9 % und 46,5 % Fachkräfte migrationsrelevante Fortbildungen besucht.

Über Zusatzqualifikationen wird seltener berichtet: In lediglich 13 ambulanten und vier stationären Einrichtungen (insgesamt 7,9 %) verfügen (ein bis acht) Beschäftigte über migrationsrelevante Zusatzqualifikationen. Der Anteil von Beschäftigten mit Zusatzqualifikationen variiert dabei um den Faktor 10 und reicht von 4,2 % bis zu 42,9 % des Gesamtpersonals. Die 100-%-Angaben stammen aus Einrichtungen, die sich als gesamtes Team fortbilden ließen, z.T. per Inhouse-Schulungen.

Als Zusatzqualifikationen wurden u.a. folgende genannt:

- interkulturelle Suchtberatung (bspw. Zertifikatskurs bzw. 12-monatige Studienergänzung „Interkulturelle Suchtberatung“ der Katholischen Fachhochschule NRW)
- Migrationssozialarbeit (Ausbildungsreihe des DiCV 1995)
- interkulturelle Kommunikation, Kompetenz
- Diversity Training (z.B. im Rahmen des derzeit laufenden Bundesmodellprojekts<sup>9</sup>).

Fasst man die Beschäftigten mit migrationsrelevanten Fortbildungen und diejenigen mit entsprechenden Zusatzausbildungen zusammen, so verfügte im Jahr 2011 immer noch weniger als ein Viertel der befragten Einrichtungen (23,6 %) über in diesem Bereich qualifiziertes Personal. Eine Detailanalyse zeigt, dass Einrichtungen mit einem MigrantInnenanteil von mind. 25 % öfter entsprechend qualifiziertes Personal beschäftigen.

Für einige Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund spielen aufenthalts- und ausländerrechtliche Gegebenheiten eine besondere Rolle – auch in Zusammenhang mit einer möglichen Suchterkrankung bzw. -behandlung: Gut 60 % der Einrichtungen geben an, dass Beschäftigte über aufenthalts-/ausländerrechtliche Gegebenheiten informiert sind. Demgegenüber schätzen ein Drittel der Befragten (ambulant: 34,4 %, stationär: 30,5 %), dass ihre Fachkräfte nicht entsprechend unterrichtet sind.

In mehr als der Hälfte der Einrichtungen (55,6 %) steht den Beschäftigten Fachliteratur zum Thema Interkulturalität, kultursensibles Arbeiten etc. zur Verfügung. 42,7 % der ambulanten und 40,7 % der stationären Einrichtungen verneinen dies.

Insgesamt knapp jede fünfte Einrichtung (ambulant: 21,7 %, stationär: 15,3 %) gibt an, dass weder die Beschäftigten über aufenthalts- und ausländerrechtliche Gegebenheiten informiert sind, noch Fachliteratur zum Thema Interkulturalität, kultursensibles Arbeiten etc. zur Verfügung steht. Es handelt sich dabei um unterschiedlichste Einrichtungen und Angebote (Suchtberatungsstellen der unterschiedlichsten Träger, Sozialpsychiatrischer Dienste bei Gesundheitsämtern) in Städten und Kreisen verteilt über ganz NRW.

### **In Kürze:**

Insgesamt berichten kaum mehr als ein Drittel der befragten Einrichtungen über Personal mit Migrationshintergrund: Auffällig ist dabei, dass der Anteil von Einrichtungen mit multikulturellen Teams im stationären Kontext (knapp zwei Drittel) wesentlich höher liegt als im ambulanten Bereich (gut ein Viertel). Dies passt zur stärkeren Inanspruchnahme von stationären Angeboten durch KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte. Lediglich in 17,2 % der ambulanten und 11,9 % der stationären Einrichtungen wird gezielt nach Personal mit Zuwanderungsgeschichte gesucht.

<sup>9</sup> Vgl. [www.transVer.de](http://www.transVer.de).

100 Einrichtungen (46,3 %, also ein höherer Anteil als der mit migrantischem Personal) geben an, fließend in mindestens einer der für den Großteil der Bevölkerung mit Zuwanderungsgeschichte gesprochenen Sprachen und/oder Niederländisch beraten bzw. behandeln zu können (vorwiegend in russischer und polnischer, deutlich seltener in türkischer Sprache). Auch hier zeigen sich stationäre Einrichtungen (in 78,9 % liegen entsprechende Sprachkenntnisse vor) sprachlich besser ausgestattet als ambulante Angebote (35,0 %).

Im Bereich migrationsbezogener Fortbildung und Qualifizierung sind die befragten Einrichtungen eher schwach aufgestellt: Nur gut ein Fünftel der Einrichtungen berichtet, dass Beschäftigte im Jahr 2010 derartige Fortbildungen besucht haben. Und lediglich knapp 8 % der Einrichtungen beschäftigen MitarbeiterInnen mit migrationsrelevanten Zusatzqualifikationen.

**3.4 Teamprozesse**

Für kultursensibles Arbeiten und transkulturelle Kompetenz beim Personal sind nicht nur Kompetenz und Offenheit einzelner MitarbeiterInnen, sondern auch reflexive eine kultursensible Haltung unterstützende Teamprozesse von großer Bedeutung.

*Tab. 8: Findet in Teambesprechungen bzw. in Supervisionen Selbstreflexion bzgl. inter- bzw. transkultureller Kompetenz statt? Angaben in Prozent*

	<b>ambulant (N = 157) in %</b>	<b>stationär (N = 59) in %</b>	<b>Gesamt (N = 216) in %</b>
ja	54,1	66,1	57,4
nein	43,3	32,2	40,3
keine Angabe	2,5	1,7	2,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Insgesamt 57,4 % der Einrichtungen geben an, dass in Teamsitzungen bzw. in Supervisionen Selbstreflexion bzgl. inter- bzw. transkultureller Kompetenz stattfindet. Im stationären Kontext sind es im Schnitt sogar 66,1 % (in Wohnheimen allerdings nur 45,0 %, dafür in sonstigen stationären Einrichtungen 75 % und mehr). Im ambulanten Bereich berichten insgesamt 54,1 % über Teamreflexionen u.ä. zu Transkulturalität (bei Fachstellen für Suchtprävention und kommunalen Beratungsstellen je nur 35,3 %). Zumeist geschieht dies jedoch nicht in systematisch verankerter Weise, sondern „bei Bedarf“ oder Interesse und „fallbezogen“.

Einzelne Einrichtungen (< 10) berichten aber auch von strukturellen Verankerungen, z.B. davon, dass Migrationsaspekte regelmäßiges Schwerpunktthema von Teamsitzungen sind oder regelhaft in jeder Sitzung betrachtet werden. All diese Einrichtungen beschäftigen MitarbeiterInnen mit Zuwanderungsgeschichte oder sind explizit kultursensibel ausgerichtet (verfügen z.B. über „interkulturelle SuchtberaterInnen“ oder sind/waren an entsprechenden Modellprojekten beteiligt).

Durchgängig geben die stationären Einrichtungen zu einem z.T. deutlich größeren Anteil als ambulante Einrichtungen an, dass sie regelhaft entsprechende Reflexionsschritte durchführen (vgl. Abb. 15 im Anhang). Bewusstmachung der Kulturbedingtheit des eigenen Handelns und systematisches Erkennen von Ethnozentrismus wird insgesamt von rund 10 % der Einrichtungen als regelhafter Bestandteil der Selbstreflexion angegeben.

Einen Perspektivwechsel üben insgesamt immerhin 17,5 % der Einrichtungen regelhaft ein und eine wertschätzende, respektvolle Haltung gegenüber verschiedenen Kulturen wird in knapp einem Drittel der Einrichtungen regelhaft thematisiert.

Es bestätigt sich, dass häufig Fachkräfte mit eigener Zuwanderungsgeschichte eine entscheidende bzw. anregende Rolle für Reflexionsprozesse spielen. Die Anteile der Einrichtungen, die regelhaft und/oder insbesondere bei Bedarf die verschiedenen Reflexionsschritte durchführen, liegen bei Einrichtungen, die Personal mit Zuwanderungsgeschichte beschäftigen, zumeist etwas höher als bei jenen ohne diese MitarbeiterInnen.

Die konkrete Frage, ob das subjektive Erfahrungswissen von Beschäftigten mit Zuwanderungsgeschichte (auch durch Hinzuziehung aus anderen Einrichtungen/Abteilungen) gezielt genutzt werde, ergibt folgendes Bild:

Tab. 9: Wird das subjektive Erfahrungswissen von Beschäftigten mit Zuwanderungsgeschichte gezielt genutzt, z.B. für Reflexionsprozesse? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157) in %	stationär (N = 59) in %	Gesamt (N = 216) in %
nein	47,8	37,3	44,9
ja	37,6	55,9	42,9
keine Angabe	14,6	6,8	12,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0

55,9 % der stationären Einrichtungen (im Bereich der Entgiftung sogar 87,5 %) aber nur 37,6 % der ambulanten Einrichtungen (v.a. lediglich 23,5 % in kommunalen Beratungsstellen) geben an, dass Erfahrungswissen von Fachkräften mit Zuwanderungsgeschichte gezielt genutzt werde bzw. werden könne. Zumeist geschieht dies laut Angaben der Einrichtungen bei konkreten klientInnenbezogenen Fragestellungen, bspw. in Fallbesprechungen oder im Rahmen von kollegialer Beratung.

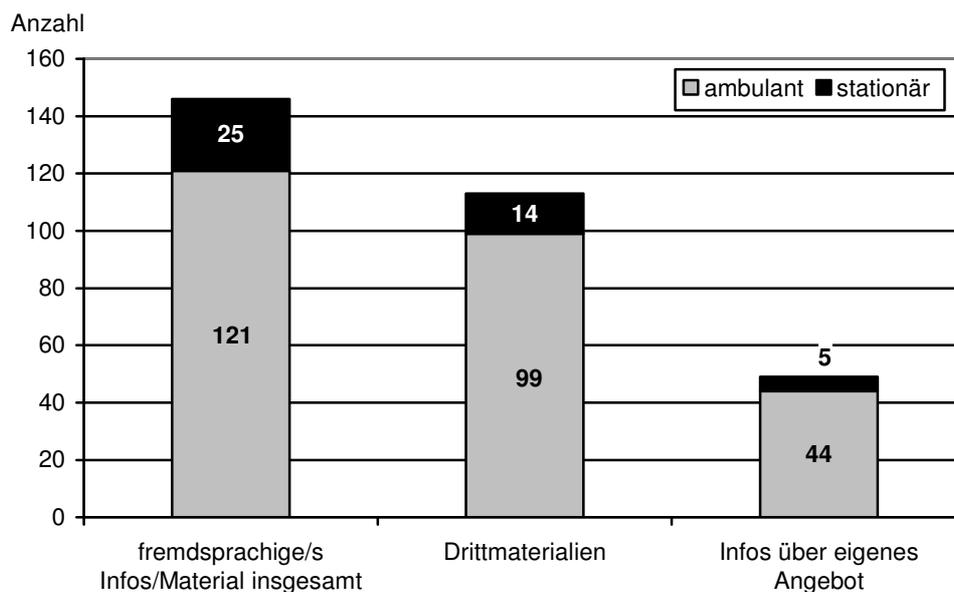
### In Kürze:

Zwar geben mehr als die Hälfte der Einrichtungen an, dass in Teamsitzungen bzw. in Supervisionen (gelegentlich) Selbstreflexion bzgl. inter- bzw. transkultureller Kompetenz stattfindet, jedoch geschieht dies in den seltensten Fällen in strukturierter und systematisch verankerter Form. Vielmehr werden die verschiedenen Reflexionsschritte bei Bedarf und/oder fallbezogen durchgeführt. Regelhaft geschieht dies am ehesten in stationären Einrichtungen, wo auch häufiger auf das subjektive Erfahrungswissen von Beschäftigten mit Zuwanderungsgeschichte zurückgegriffen werden kann.

## 3.5 Kultursensible Ausstattung und Angebote

Eine kultursensible bzw. transkulturelle Ausrichtung von Institutionen drückt sich vor allem durch das Angebot und die Ausstattung der Einrichtung aus. Auch hier kommt zunächst einmal der Sprache eine besondere Bedeutung zu. Wir wollten deshalb wissen, ob neben den oben berichteten Sprachkenntnissen der MitarbeiterInnen auch (Informations-) Materialien und andere Ausstattungselemente mehrsprachig vorhanden sind. Insgesamt berichten 146 Einrichtungen (67,6 %) von mehrsprachigen Angeboten bzw. Infomaterialien, 121 ambulante (77,1 %) und 25 stationäre (42,4 %; vgl. Abb. 7).

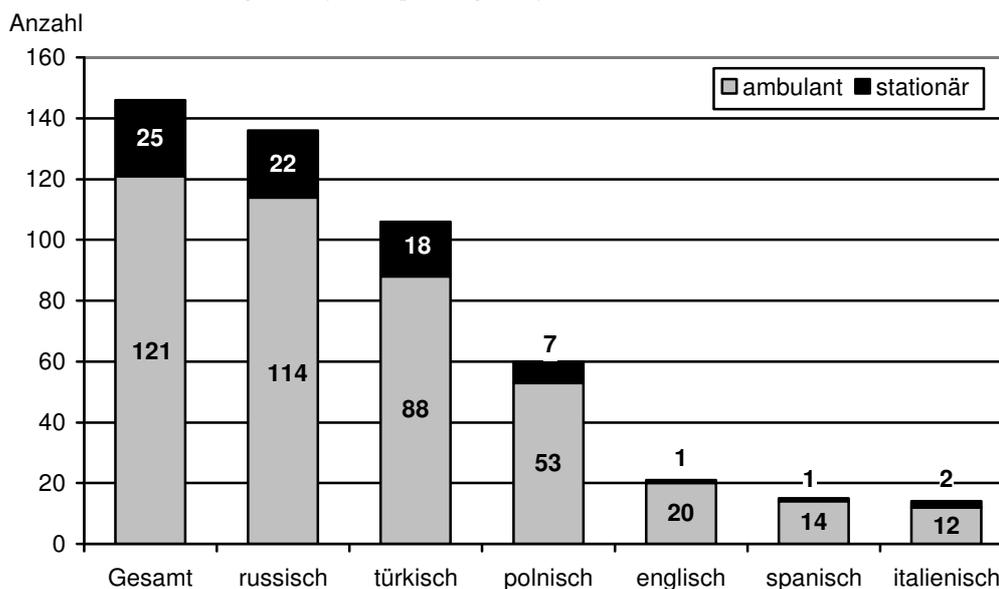
Abb. 7: Einrichtungen mit fremdsprachigem (Informations-)Material, N = 216



Am häufigsten mehrsprachig vorhanden sind Drittmaterialien bspw. von der DHS, der BZgA und/oder anderen Einrichtungen: Über die Hälfte der Einrichtungen, insbesondere im ambulanten Bereich (63,1 %, stationär: nur 23,7 %) stellen solche mehrsprachigen Materialien bereit. Insgesamt an zweiter Stelle stehen mehrsprachige Informationen über das eigene Angebot, die jedoch lediglich in 22,7 % der Einrichtungen, vor allem in ambulanten (28,0 %, stationär: 8,5 %), verfügbar sind. Formulare, Hinweisschilder und Hausordnungen sind noch seltener mehrsprachig vorhanden und wenn, dann eher im stationären Kontext. Auf eine mehrsprachige Website oder Ansage auf dem Anrufbeantworter stoßen (potentielle) KlientInnen lediglich bei einem kleinen Teil der befragten Einrichtungen.

In welchen Sprachen werden nicht-deutsche Informationen/Materialien vorgehalten?

Abb. 8: Einrichtungen mit fremdsprachigen Informationen/Materialien, N = 216

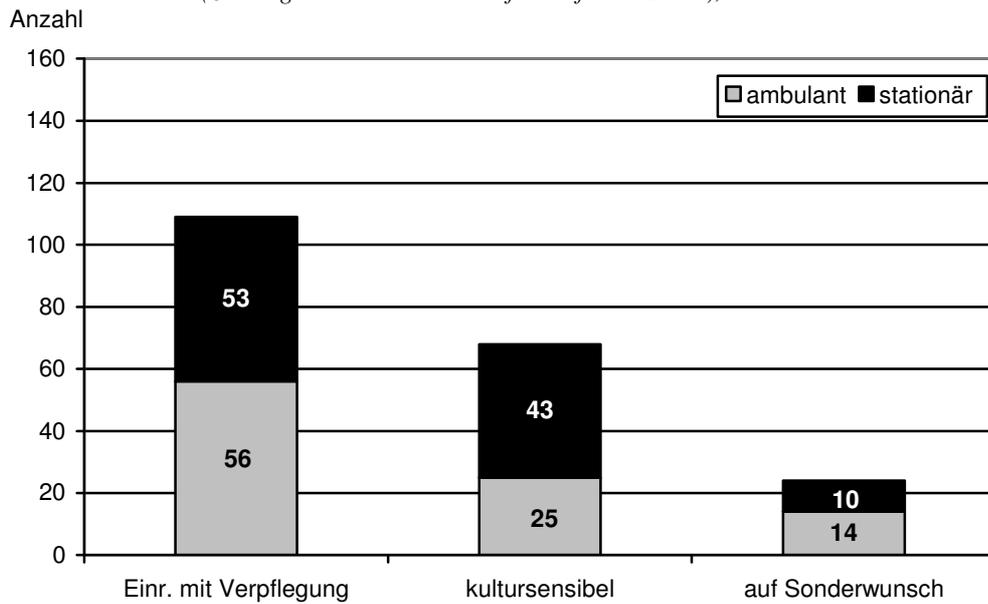


Wenn anderssprachige Angebote vorhanden sind, handelt es sich meistens um solche in Russisch (vorhanden in 62,9 % aller Einrichtungen bzw. 93,2 % aller Einrichtungen mit mehrsprachigen Angeboten), Türkisch (49,1 % bzw. 72,6 %) oder Polnisch (27,8 % bzw. 41,1 %). Ansonsten ist die Sprachvielfalt nicht sehr stark ausgeprägt: Im ambulanten Bereich verfügen noch eine nennenswerte Anzahl der Einrichtungen über Informationen/Materialien in englischer, spanischer oder italienischer Sprache. Arabische oder serbische/kroatische/bosnische Materialien, Informationen o.ä. liegen dagegen nur selten vor.

Knapp zwei Drittel der ambulanten (66,2 %) und knapp die Hälfte der stationären Einrichtungen (49,2 %) können auch auf Dolmetscherdienste bzw. SprachmittlerInnen zurückgreifen. Um abzuschätzen, wie oft dies genutzt wird, wurde gefragt, wie häufig im Jahr 2010 DolmetscherInnen eingesetzt wurden. Doch sind die Angaben zu dieser Frage nur schwer vergleichbar bzw. quantitativ auswertbar: Von den 103 Einrichtungen, die hierzu Angaben gemacht haben, beziffern nur einzelne die Häufigkeit (ein- bis 60-mal). Andere führen lediglich aus, dass sie „regelmäßig“ bzw. „bei Bedarf“ auf Dolmetscherdienste bzw. SprachmittlerInnen zurückzugreifen. Wieder andere Einrichtungen weisen darauf hin, dass die Möglichkeit zwar bestehe, aber im letzten Jahr nicht genutzt wurde.

Auch über die Sprache hinaus gibt es weitere Aspekte, denen bei einer kultursensiblen Gestaltung von Angeboten Rechnung zu tragen wäre, wie bspw. Verpflegung und Feiertage.

Abb. 9: Einrichtungen mit Verpflegung; ggf. unter Rücksicht auf kulturspezifische Besonderheiten (z.B. vegetarisches/schweinefleischfreies Essen), N = 216



Lediglich 25 ambulante Einrichtungen berichten, dass sie grundsätzlich Rücksicht auf *kulturspezifische Besonderheiten der Verpflegung* nehmen, das entspricht insgesamt einem Anteil von 15,9 % von allen befragten ambulanten Einrichtungen aber immerhin von 44,6 % der ambulanten Einrichtungen mit Verpflegungsangebot. Von den verbliebenen ambulanten Einrichtungen mit Verpflegung gibt wiederum weniger als die Hälfte an, dass zumindest auf Wunsch kultursensible Kost bereitgestellt wird. Der stationäre Bereich ist diesbezüglich besser aufgestellt: 72,9 % aller stationären Einrichtungen (im Entgiftungsbereich sogar 100 %) bieten kultursensible Verpflegung an. Im stationären Bereich halten – naturgemäß – fast alle Einrichtungen Verpflegung vor<sup>10</sup>, fokussiert man auf die Einrichtungen mit Verpflegung, sind es 81,1 %; alle übrigen Einrichtungen gehen auf Sonderwünsche ein.

Auch *Feiertage* aus anderen Kulturen finden eher im stationären Setting Berücksichtigung bei der Planung von Maßnahmen und Aktivitäten (47,5 %, ambulant: 14,6 %). Im ambulanten Bereich nimmt man vor allem bei der Terminvergabe Rücksicht, v.a. im Ramadan. Im stationären Bereich wird z.T. Ausgang zu bestimmten Feiertagen oder zum Freitagsgebet vereinbart. Vereinzelt wird auch davon berichtet, dass gemeinsam Feste aus verschiedenen Kulturen gefeiert werden.

Nur rund 10 % der ambulanten Einrichtungen berichtet von weiteren kultursensiblen Besonderheiten in der Ausstattung, im stationären Bereich sind dies immerhin 23,7 % der Einrichtungen. Genannt werden v.a. fremdsprachige Zeitschriften, Literatur und mehrsprachige Infomaterialien, aber auch das Anbieten von Tee (Samowar) und die Einrichtung eines interreligiösen Gebetsraums bzw. das Aushängen eines interreligiösen Kalenders.

<sup>10</sup> Ausnahmen bilden z.T. stationäre Adaptionseinrichtungen/Wohntraining, in denen die Verpflegung den KlientInnen selbst obliegt.

Tab. 10: Werden in der Einrichtung/Abteilung/Stelle spezifische Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungs-/Präventions-/Informationsangebote für KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte vorgehalten? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157) in %	stationär (N = 59) in %	Gesamt (N = 216) in %
nein	66,2	72,4	67,6
ja	31,8	27,1	30,6
keine Angabe	1,9	1,7	1,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Rund 30 % der Einrichtungen (ambulant: 31,8 %, stationär: 27,1 %) geben an, spezifische Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungs-/Präventions-/Informationsangebote für KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte vorzuhalten. Es handelt sich dabei v.a. um das o.g. mehrsprachige Infomaterial, aber auch um heimatssprachliche Beratungs-/Behandlungsangebote sowie spezielle (zielgruppenspezifische) Projekte, Präventionsarbeit in relevanten Communities o.ä. Von den beteiligten Substitutionsambulanzen und Glücksspielfachstellen werden keine speziellen Angebote für KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte vorgehalten, was zumindest angesichts der verbreitet relativ hohen Anteile von MigrantInnen unter pathologischen GlücksspielerInnen erstaunt. Auch in stationären Wohnangeboten (10 %) und kommunalen Beratungsstellen (17,6 %) sind zielgruppenspezifische Beratungs- bzw. Informationsangebote für MigrantInnen selten.

23,6 % der ambulanten Einrichtungen – v.a. Fachstellen für Prävention (47,1 %) – suchen Zuwanderergruppen in deren spezifischen Settings auf (bspw. bei Jugendmigrationsdiensten, in Kultur- oder Jugendzentren etc.). Neben Streetwork werden z.T. auch mit Jugendzentren kooperiert und dort Sprechstunden angeboten oder gemeinsame Projekte mit Kulturvereinen durchgeführt. Auch zwei stationäre Einrichtungen (3,4 %) geben aufsuchende Ansätze in entsprechenden Settings an.

Tab. 11: Besteht für die KlientInnen Wahlfreiheit bezüglich des Geschlechts der/des Bezugsbetreuenden? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157) in %	stationär (N = 59) in %	Gesamt (N = 216) in %
regelmäßig	53,5	22,0	44,9
sporadisch	21,0	50,8	29,2
nein	12,1	20,3	14,4
trifft nicht zu	8,9	3,4	7,4
keine Angabe	4,5	3,4	4,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Vor allem im ambulanten Bereich besteht i.d.R. eine geschlechtsbezogene Wahlfreiheit bzgl. des/der Bezugsbetreuenden: bei 53,5 % (im stationären Bereich lediglich bei 20,0 %) der Einrichtungen. Sporadisch kann eine solche Wahlfreiheit in weiteren 21,0 % der ambulanten und 50,8 % der stationären Einrichtungen gewährt werden. Dennoch ist im ambulanten Bereich in 12,1 % und im stationären Bereich sogar in 20,3 % der Einrichtungen keine solche Wahlfreiheit gegeben. 16 Einrichtungen beschreiben diesen Punkt als für sich nicht zutreffend. Die Gründe für beides können sein, dass alle Beschäftigten ein Geschlecht haben, dass z.T. nur eine Person Dienst hat oder dass Dienstpläne die Anwesenheit der Beschäftigten regeln ohne dass sichergestellt werden kann, dass immer min-

destens ein Mann und eine Frau in entsprechender Funktion anwesend sind. Ähnliche Einschränkungen zeigten sich unabhängig von konzeptionellen Überlegungen auch in anderen Kontexten (vgl. z.B. Schu u.a. 2009).

Tab. 12: *Besteht für die KlientInnen Wahlfreiheit bezüglich der möglichen Beratungssprache? Angaben in Prozent*

	<b>ambulant (N = 157) in %</b>	<b>stationär (N = 59) in %</b>	<b>Gesamt (N = 216) in %</b>
nein	52,2	61,0	54,6
ja, durch eigene Fachkräfte	17,8	13,6	16,7
ja, durch SprachmittlerInnen	15,9	11,9	14,8
trifft nicht zu	9,6	10,2	9,7
keine Angabe	4,5	3,4	4,2
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Mit Blick auf die Betreuungs-/Behandlungssprache gibt es in der Mehrzahl der Einrichtungen (54,6%; ambulant: 52,2 %, stationär: 61,0 %) keine Wahlfreiheit für die KlientInnen. In 14,8 % (ambulant: 15,9 %, stationär: 11,9 %) der Einrichtungen wird eine solche Wahlfreiheit durch das Angebot von bei Bedarf hinzugezogenen SprachmittlerInnen gewährt. Etwas häufiger (in 19,4 % der Einrichtungen, ambulant: 20,7 %, stationär: 15,7 %) stehen sogar eigene Fachkräfte für die Beratung in anderen Sprachen zur Verfügung.

Seit Jahren beschäftigen sich Verbände, Kostenträger, Universitäten und andere mit der Weiterentwicklung von Suchthilfe mit Blick auf Erreichen und bedarfsgerechte Angebote für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Wir fragten deshalb die Einrichtungen, ob sie schon einmal theoretisch oder in Erprobungsvorhaben mit dem Thema beschäftigt waren.

Tab. 13: *Hat die Einrichtung/Abteilung/Stelle sich schon einmal an Modellprojekten/Studien o.ä. zum Thema kulturspezifisches Arbeiten bzw. Erreichung/Versorgung von KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte beteiligt oder sich anderweitig gezielt (theoretisch) mit dem Thema auseinandergesetzt? Angaben in Prozent*

	<b>ambulant (N = 157) in %</b>	<b>stationär (N = 59) in %</b>	<b>Gesamt (N = 216) in %</b>
nein	70,1	67,8	69,4
ja	28,7	30,5	29,2
keine Angabe	1,3	1,7	1,4
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Immerhin knapp 30 % der Einrichtungen geben an, sich schon einmal an Modellprojekten/Studien o.ä. zum Thema kulturspezifisches Arbeiten beteiligt oder sich anderweitig gezielt (theoretisch) mit dem Thema auseinandergesetzt zu haben. Es handelt sich dabei um ganz unterschiedliche Ansätze und Bemühungen, die sich deutlich in Intensität und Komplexität unterscheiden. Den Erläuterungen zu dieser Frage ist zu entnehmen, dass mehr als die Hälfte der Einrichtungen, die angaben, sich schon einmal mit der Thematik auseinandergesetzt haben, dies recht fundiert entweder in Fortbildungen/Schulungen/Fachtagen, Arbeitskreisen oder explizit praxisnah (in Projekten, im Rahmen von träger-

weiten Aktivitäten bzgl. interkultureller Öffnung etc.) getan haben.<sup>11</sup> Folgende Aktivitäten lassen sich zusammenfassen:

- Interkulturelle Öffnung des Trägers
- (z.T. mehrjährige) Fortbildungen/Schulungen zum Thema Migration
- Kommunale Aktivitäten zur interkulturellen Öffnung
- Stadtteilprojekte, Integrationskonferenzen, etc.
- Regionaler Arbeitskreis Sucht und Migration
- Regionale Modellprojekte zum Thema Migration
- Bundesmodellprojekte zum Thema Migration (BMG, BaMF, BmBF)
- Internationaler Austausch/Bildungsreisen
- Teilnahme an Forschung zum Thema (Universitäre Studien oder auch Master-/Diplomarbeit einer/eines Fachkraft).

Eine Detailanalyse zeigt, dass die Einrichtungen, die schon einmal im Rahmen von Studien o.ä. zum Thema Migration und Sucht engagiert waren, hinsichtlich diverser Aspekte von Kultursensibilität etwas besser aufgestellt waren als jene ohne solche Erfahrungen (vgl. Anhang, Abb. 19).

### **In Kürze:**

In Bezug auf kultursensible Ausstattung der Einrichtung bzw. des Angebots spielt zunächst die Sprache eine Rolle. Insgesamt berichten zwei Drittel der Einrichtungen von mehrsprachigen (vorwiegend russischen, türkischen und polnischen) Angeboten bzw. Infomaterialien (ambulant: 77,1 %, stationär: 42,4 %), wobei diese zu einem großen Teil nur aus Drittmitteln bspw. von der DHS oder der BzGA bestehen. Über das eigene Angebot wird hingegen nur von 51 Einrichtungen mehrsprachig informiert, dabei können rein deutschsprachige Informationen für (potentielle) KlientInnen bereits eine große Zugangsbarriere darstellen. Auch andere Kommunikationskanäle (Website, Anrufbeantworter) bzw. Ausstattungselemente und Materialien (Hinweisschilder, Hausordnung, Formulare) sind nur in einem kleinen Teil der Einrichtungen mehrsprachig.

Weitere Aspekte kultursensibler Ausrichtung wie die Berücksichtigung von Feiertagen und/oder bestimmter kulturspezifischer Besonderheiten bei der Verpflegung werden zu deutlich größeren Anteilen im stationären Bereich beachtet, während ein Gutteil der ambulanten Angebote hier Nachholbedarf zu haben scheinen. Die vergleichsweise einfach herzustellenden Elemente einer Willkommenskultur wie das Auslegen fremdsprachiger Zeitschriften, das Aufstellen eines Samowars oder andere Besonderheiten werden mit rund 30 % von erstaunlich wenigen Einrichtungen berücksichtigt.

Während für KlientInnen in knapp drei Viertel der Einrichtungen zumindest sporadisch Wahlfreiheit bezüglich des Geschlechts des/der Bezugsbetreuenden besteht, trifft dies nur in knapp einem Drittel der Einrichtungen auf die Betreuungssprache zu.

---

<sup>11</sup> Darüber hinaus kann auch schon die periphere Auseinandersetzung mit der Thematik (bspw. die Beantwortung eines entsprechenden bzw. dieses Fragebogens) einen Denkprozess anstoßen, wie z.T. durch Beteiligte im Rahmen der Befragung hervorgehoben wurde.

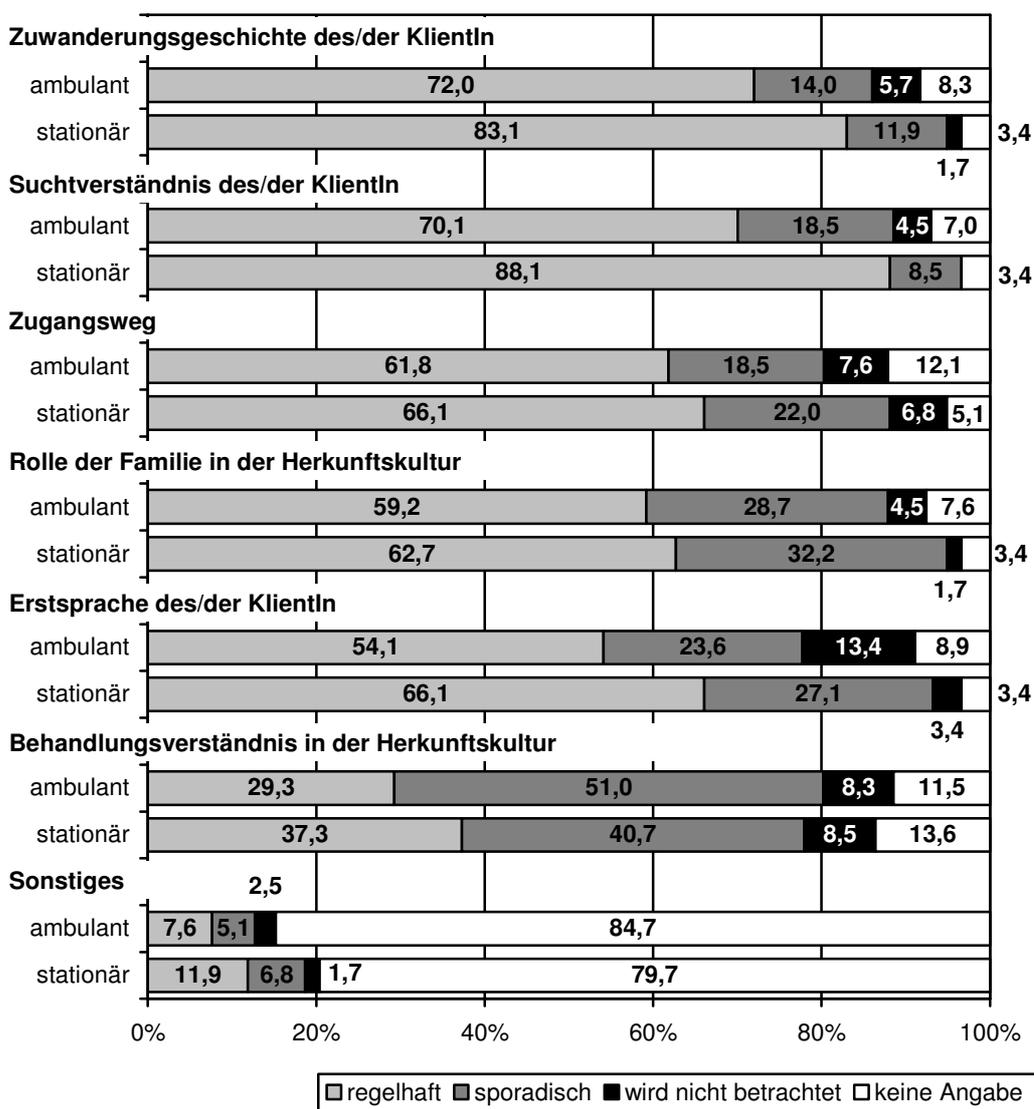
Fast ein Drittel der Einrichtungen bzw. einzelne Beschäftigte dort haben sich im Rahmen von Modellprojekten/Studien o.ä. schon einmal verstärkt mit einer besseren Erreichung/ Versorgung von KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte bzw. mit kulturspezifischem Arbeiten beschäftigt und zeigten sich diesbezüglich auch etwas sensibler.

### **3.6 Qualitätsmanagement und Berichtswesen**

Um kultursensible Arbeit planen und entsprechende Zielsetzungen kontrollieren zu können, sind gewisse (strukturelle) Anforderungen auch an Qualitätsmanagement und Berichtswesen zu stellen. Auf die institutionelle Verankerung der Thematik bezogen, kann dies beispielsweise durch die Schaffung der Position eines Beauftragten für Migration/Diversity o.ä. forciert werden oder durch die entsprechende Ausrichtung der Qualitätssicherung. Bezogen auf die konkrete Einzelfallarbeit kann beispielsweise eine entsprechende Anamnese ausschlaggebend oder richtungsweisend für die Planung und Durchführung entsprechender Hilfen sein.

Wir haben in der Befragung deshalb um Auskünfte zu diesen unterschiedlichen Aspekten gebeten. Die Einrichtungen wurden zunächst aufgefordert, bezüglich einiger migrationsrelevanter Aspekte in der Fallbearbeitung anzugeben, ob diese im Rahmen der Anamnese (sporadisch oder regelhaft) betrachtet werden.

Abb. 10: Aspekte, die im Rahmen der Anamnese betrachtet werden, N = 157 ambulante und 59 stationäre Einrichtungen



Es fällt insgesamt auf, dass ein recht großer Anteil der beteiligten Einrichtungen (i.d.R. über 80 %) angeben, die aufgeführten Aspekte in der Anamnese (wie Sprache, Zuwanderungsgeschichte, Suchtverständnis etc.) zu betrachten. Auch wenn man lediglich auf *regelmäßige* Thematisierung schaut, ergeben sich Anteile zwischen knapp 30 und knapp 90 %. Die Zuwanderungsgeschichte des/der KlientIn wird im Kerndatensatz (KDS) erfasst, daher erstaunt die vergleichsweise hohe Zahl an Einrichtungen im ambulanten Bereich, die diesen Aspekt nur sporadisch oder gar nicht im Rahmen der Anamnese thematisiert (darunter immerhin 20 Kontakt- und Beratungsstellen freier Träger sowie sechs kommunale Beratungsdienste). Grundsätzlich liegen die Werte im stationären Bereich höher als im ambulanten Setting, was mit der oft strukturierteren Organisationsform zusammenhängen kann.

Am seltensten wird das Behandlungsverständnis der KlientInnen in ihrer Herkunftskultur (systematisch) thematisiert: Lediglich knapp 30,0 % der ambulanten und 37,1 % der stationären Einrichtungen geben an, dieses Thema regelmäßig im Rahmen der Anamnese anzusprechen. Dass Fachkräfte und Klientel sich nicht über Behandlungsziele und -metho-

den einerseits und Behandlungserwartungen andererseits verständigen, dürfte die immer wieder berichteten häufigeren Abbrüche und geringeren Effekte von Behandlung zumindest zum Teil erklären.

36 Einrichtungen berichten über sonstige Aspekte, die für sie bedeutsam erscheinen und mal regelhaft, mal sporadisch in den Anamnesegesprächen berücksichtigt werden: Dabei wurden vor allem das Rollenverständnis und (weitere) Genderfragen genannt, aber auch religiöse Aspekte und/oder spezifische Besonderheiten in Zusammenhang mit Arbeit und Beruf.

Schließlich wurde erfasst, ob die thematisierten Aspekte auch dokumentiert werden.

Tab. 14: *Werden die betrachteten Aspekte dokumentiert? Angaben in Prozent*

	<b>ambulant (N = 157) in %</b>	<b>stationär (N = 59) in %</b>	<b>Gesamt (N = 216) in %</b>
regelhaft	44,6	62,7	49,5
sporadisch	40,1	32,2	38,0
nein	9,6	1,7	7,4
keine Angabe	5,7	3,4	5,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

In den meisten Einrichtungen werden die genannten Aspekte im Rahmen der Anamnese auch dokumentiert. Allerdings ist dies nur in knapp der Hälfte der Einrichtungen (ambulant: 44,6 %, stationär: immerhin 62,7 %) regelhaft im Rahmen von Dokumentationsstandards der Fall. In 38,0 % (ambulant: 40,1 %, stationär: 32,2 %) werden diese Informationen lediglich sporadisch und mitarbeiterabhängig, z.B. in Form freier Notizen, festgehalten. Knapp 10 % der ambulanten Einrichtungen geben an, diese Aspekte gar nicht zu dokumentieren.

Im Rahmen des Qualitätsmanagements werden z.T. KlientInnenbefragungen durchgeführt, die wichtige Hinweise zu Weiterentwicklung und adäquater Gestaltung der Angebote liefern können. Doch werden diese auch mehrsprachig ermöglicht? Nur ein kleiner Teil der Einrichtungen führt mehrsprachige KlientInnenbefragungen zu Bewertung und Bedarfsermittlung durch: im ambulanten Bereich sind es lediglich 8,3 % der Einrichtungen, im stationären Bereich 10,2 %. Die Befragungen erfolgen nach Angaben der Einrichtungen zudem nur vereinzelt durch strukturierte mehrsprachige Fragebogen, sondern häufiger im Gespräch mit der Klientel. Die niedrigen Werte können auch darauf hinweisen, dass insgesamt nur selten KlientInnenbefragungen (auch deutschsprachige) durchgeführt werden.

Fast gar nicht vorhanden sind mehrsprachige Beschwerdewesen: Lediglich vier ambulante Einrichtungen berichten davon.

Eine strukturelle Verankerung des Themas Migration bzw. transkulturelles und/oder kultursensibles Arbeiten kann durch die Schaffung einer verantwortlichen Position (Beauftragte/r), die gezielte Evaluation/Dokumentation entsprechender Prozesse und Kompetenzen sowie durch die Entwicklung entsprechender Ziele beim Träger forciert werden.

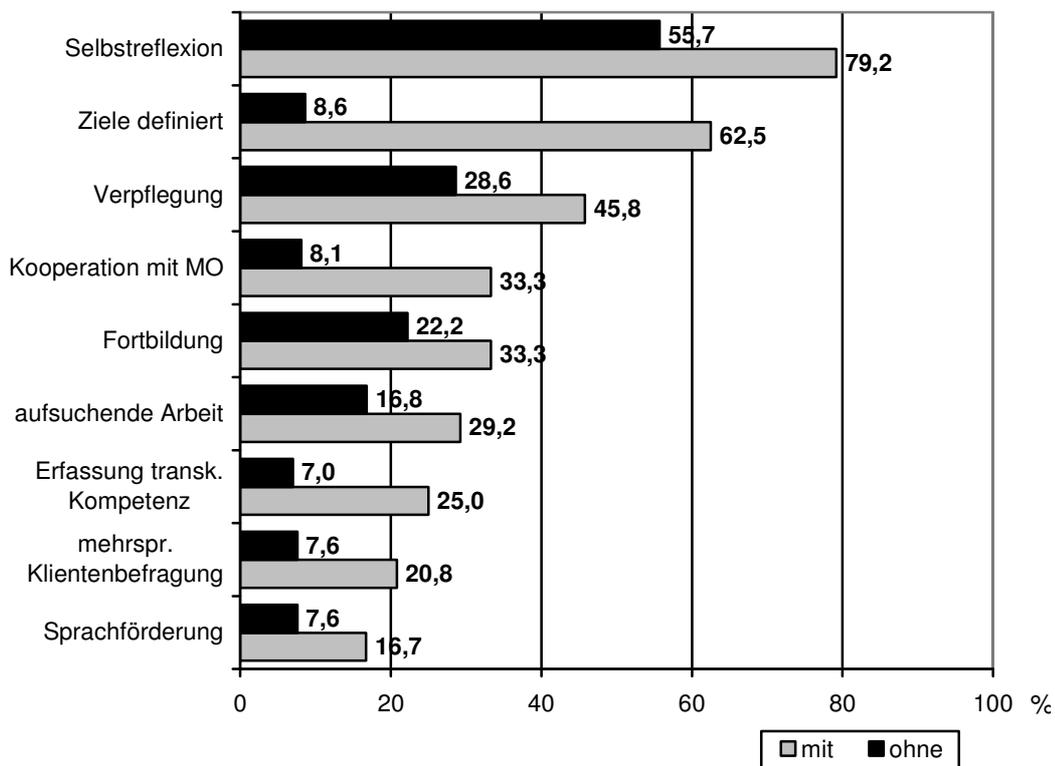
Tab. 15: Gibt es eine/n Beauftragte/n für Zuwanderung/Migration, Diversity, kultursensibles Arbeiten o.ä.? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157) in %	stationär (N = 59) in %	Gesamt (N = 216) in %
nein	87,9	79,7	85,6
ja	10,2	13,6	11,1
keine Angabe	1,9	6,8	3,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Nur 10,2 % der ambulanten und 13,6 % der stationären Einrichtungen geben an, Beauftragte für Zuwanderung/Migration/Diversity benannt zu haben. Lediglich in den Sozialpsychiatrischen Diensten bzw. kommunalen Suchtberatungsstellen (17,6 %) und Kliniken (Entgiftung: 25 %, Rehabilitation: 16,1 %) liegen die Werte höher. Die insgesamt leicht höheren Werte der stationären Einrichtungen und Kommunen haben vermutlich mit dem oft größeren Grad an Formalisierung und Strukturierung als Gesamteinrichtung bzw. Behörde zu tun. Außerdem zeigt sich in einer Detailanalyse, dass Einrichtungen mit einem hohen Migrantanteil (25 % und mehr) zu größeren Anteilen (knapp 15 %) über Beauftragte für Zuwanderung/Migration/Diversity verfügen. An dieser Stelle bleibt offen, ob dies Ursache oder Folge des überdurchschnittlich hohen Erreichungsgrads der Zielgruppe ist.

Ein/e Beauftragte/r für Zuwanderung/Migration oder Diversity/kultursensibles Arbeiten kann auf wesentliche Aspekte des Qualitätsmanagements und der Angebotsgestaltung Einfluss nehmen. Vergleicht man die Einrichtungen mit und ohne eine solche Position im Hinblick auf verschiedene Aspekte, so zeigt sich folgendes Bild:

Abb. 11: Ausgewählte Aspekte in Einrichtungen mit (N = 24) und ohne (N = 192) Migrationsbeauftragte



Ob eine Einrichtung eine/n Migrationsbeauftragte/n ernannt hat oder nicht erweist sich als sehr relevant hinsichtlich verschiedener Dimensionen einer migrations- bzw. kulturspezifischen Ausrichtung des Angebots und der Aufnahme entsprechender Aspekte in die Qualitätssicherungsbemühungen: Die Abbildung verdeutlicht, dass die 24 Einrichtungen mit Migrationsbeauftragten sich in jeder untersuchten Dimension deutlich engagierter und kultursensibler zeigen als jene ohne eine solche Position.

Am augenfälligsten ist, dass Einrichtungen mit Migrationsbeauftragten weitaus häufiger Ziele in Richtung von mehr Kultursensibilität definiert haben, die auch i.d.R. Gegenstand von Qualitätssicherung und Evaluation sind.

**In Kürze:**

Planung und Steuerung von kultursensibler Arbeit muss sowohl auf institutioneller Seite im Rahmen der Qualitätssicherung und entsprechender Dokumentationsstandards Beachtung finden als auch in der Fallarbeit. Zwar werden nach Angaben der Mehrheit der befragten Einrichtungen im Rahmen der Anamnese viele migrations-/kulturspezifische Aspekte (regelmäßig) thematisiert, doch werden diese Informationen nur in knapp der Hälfte der Einrichtungen (regelmäßig im Rahmen des Dokumentationsstandards) systematisch dokumentiert.

Die geringe strukturelle Verankerung von migrations-/kulturspezifischen (Qualitätssicherungs-)Aspekten zeigt sich auch im niedrigen Anteil der Einrichtungen mit einem/einer Beauftragten für Migration/Diversity, kultursensibles Arbeiten (rd. 10 %). Von Migrations- bzw. kulturspezifischen Qualitätssicherungsaspekten (wie bspw. Zieldefinition in Bezug auf kultursensible Aspekte und/oder mehrsprachige KlientInnenbefragungen) wird insgesamt wenig berichtet. Einrichtungen mit Beauftragten für Migration/Diversity verfolgen entsprechende Aspekte zu einem deutlich höheren Anteil als die Einrichtungen ohne eine solche Position.

**3.7 Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung**

KlientInnen mit Migrationshintergrund werden v.a. durch das ambulante Gesundheitssystem z.T. weniger gut erreicht als solche ohne Migrationshintergrund. Offenbar bestehen verschiedene Zugangsbarrieren für diese Zielgruppe und Öffentlichkeitsarbeit kann ein erster und allgemeiner Schritt zur Erreichung von KlientInnen sein.

Die Einrichtungen wurden zu ihren diesbezüglichen Aktivitäten mit Blick auf die Zielgruppe der KlientInnen mit Migrationshintergrund gefragt.

Tab. 16: *Informieren Sie gezielt in kulturspezifischen Settings/Medien über Ihr Angebot? Angaben in Prozent*

	ambulant (N = 157) in %	stationär (N = 59) in %	Gesamt (N = 216) in %
nein	77,7	83,1	79,2
ja	21,0	11,9	18,5
keine Angabe	1,3	5,1	2,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Während lediglich 11,9 % der stationären Einrichtungen in kulturspezifischen Settings/Medien über ihr Angebot informieren, tun dies immerhin 21,0 % der ambulanten Einrichtungen (im Präventionsbereich fast 30 %). Auch Santel et al. (2007) fragten in ihrer Untersuchung nach zielgruppenspezifischer Öffentlichkeitsarbeit: Etwas mehr als 20 % der befragten Einrichtungen gaben daraufhin an, eine spezifische Öffentlichkeitsarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund zu betreiben. Laut Angaben der betreffenden Einrichtungen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung geschieht entsprechende Öffentlichkeitsarbeit vor allem in Form von Aushängen/Flyern bzw. durch Infoveranstaltungen in Einrichtungen bestimmter Migrantengemeinschaften. Einige stationäre Einrichtungen platzieren zudem Artikel bzw. Werbung in fremdsprachigen Zeitungen. Die Neuen Medien bzw. das Internet nutzen weniger Einrichtungen für entsprechende Werbung und Öff-

fentlichkeitsarbeit. Einige Einrichtungen nehmen Kontakt zu MultiplikatorInnen auf und richten sog. „Homeparties“ aus.

Tab. 17: *Informieren Sie im Rahmen der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit auch über ein kulturspezifisches Angebot/Profil? Angaben in Prozent*

	<b>ambulant (N = 157) in %</b>	<b>stationär (N = 59) in %</b>	<b>Gesamt (N = 216) in %</b>
nein	75,8	57,6	70,8
ja	16,6	30,5	20,4
keine Angabe	7,6	11,9	8,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Die Einrichtungen wurden weiterhin gefragt, ob sie im Rahmen ihrer allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit auch über ihr kulturspezifisches Angebot/Profil informieren. Im stationären Bereich ist dies mit rund 30 % der Einrichtungen häufiger der Fall als im ambulanten Bereich mit 16,6 % der Einrichtungen.

Mit Blick auf den z.T. unzureichenden Zugang von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu Suchthilfe können Kontakte und Zusammenarbeit mit Einrichtungen im Migrationsbereich, entsprechenden Communities und Religionsgemeinschaften etc. hilfreich sein, um (potentielle) Klientel anzusprechen. Außerdem kann bei der Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund und ihren oft vielfältigen Problemlagen die Zusammenarbeit mit anderen Stellen wichtig sein. Eine relevante Komponente bei der Versorgung von Personen mit Suchtproblemen – v.a. auch solchen mit Migrationshintergrund – ist also die Vernetzung und Kooperation mit anderen Institutionen (nicht nur im Bereich der Suchthilfe). Zur institutionellen Festigung von fallbezogenen Kontakten sind Gremienarbeit und die Teilnahme an Arbeitskreisen hilfreich.

Die Einrichtungen wurden deshalb gefragt, an welchen Fachgruppen, Gremien und Arbeitskreisen sie zum Thema Migration aktuell teilnehmen. 69 Einrichtungen (ambulant: 48, stationär: 21) machen in diesem Zusammenhang Angaben über besuchte Gremien und Arbeitskreise.

Tab. 18: *An welchen Fachgruppen, Gremien und Arbeitskreisen zum Thema Migration nehmen Sie aktuell teil? Angaben in Prozent (Mehrfachnennung)*

	<b>ambulant (N = 157) in %</b>	<b>stationär (N = 59) in %</b>	<b>Gesamt (N = 216) in %</b>
kein Gremium/AK (genannt)	69,4	64,4	68,1
Gremium/AK zum Thema Migration allgemein	19,1	11,9	17,1
Gremium/AK Migration und Sucht o.ä.	11,5	18,6	13,4
sonstige oder allgemeine Gremien/AKs	7,0	8,5	7,4

Insgesamt geben 13,4 % der Einrichtungen an, einen Arbeitskreis speziell zur Thematik „Migration und Sucht“ zu besuchen. Im stationären Bereich sind es sogar 18,6 % der Einrichtungen (ambulant: 11,5 %). Es handelt sich dabei sowohl um den „Arbeitskreis Migration und Sucht“ des LWL, als auch um Arbeitskreise verschiedener Kommunen bzw. Träger. Vor allem ambulante Einrichtungen geben darüber hinaus an, nicht suchtspezifische AKs zum Thema Migration/Integration/Flüchtlingsarbeit bzw. interkultureller Öffnung zu besuchen oder Mitglied in entsprechenden Netzwerken zu sein. 19,1 % der ambulanten Einrichtungen sind in solchen Gremien vertreten, im stationären Bereich sind

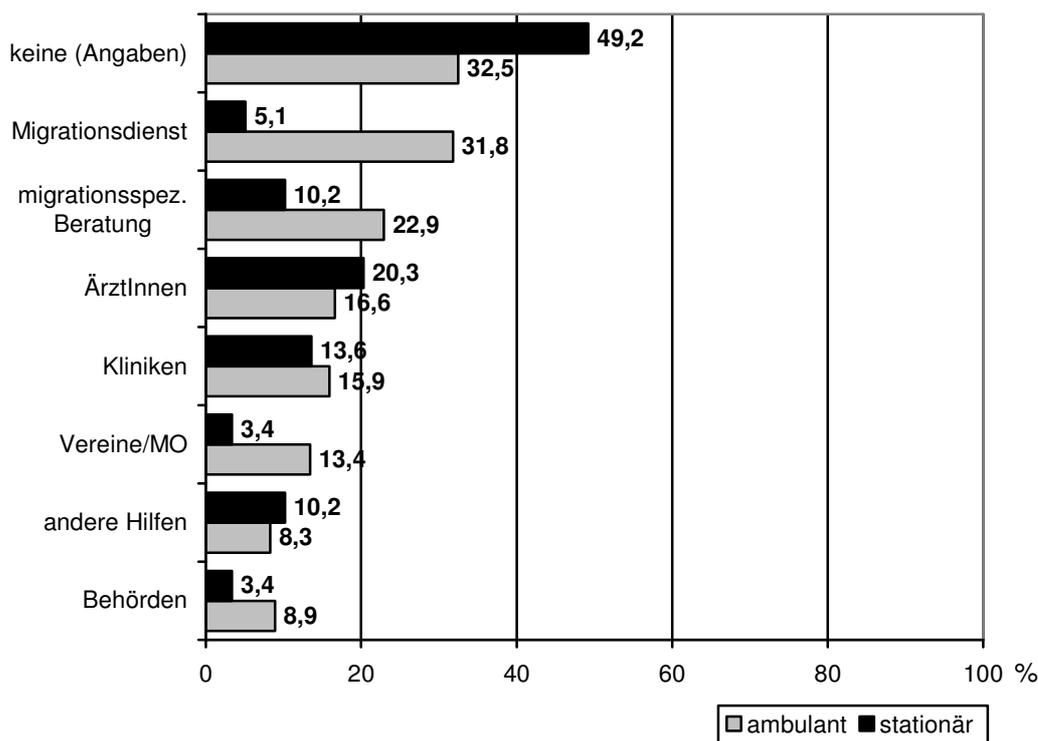
dies lediglich 11,9 %. Unter den sonstigen Gremien und Arbeitskreisen, die zusätzlich von 7,4 % der Einrichtungen genannt werden, befinden sich bspw. Stadtteilkonferenzen, bestimmte AGs (z.B. AG § 78) oder Projekttreffen.

Betrachtet man den Umfang der Mitarbeit in derartigen Gremien, zeigen sich große Unterschiede: Während einige Einrichtungen lediglich übers Jahr eine Veranstaltung in diesem Kontext besucht haben, besuchen andere bestimmte Arbeitskreise 14-täglich. Im Schnitt besuchen die 63 Einrichtungen, die hierzu Angaben gemacht haben, vier bis fünf Treffen pro Jahr.

Über Gremienarbeit und den Besuch von Arbeitskreisen hinaus, wurden die Einrichtungen nach Kooperationen mit Migrantenorganisationen/-diensten/fremdsprachlichen ÄrztInnen und/oder anderen Einrichtungen aus dem Bereich Migration/Zuwanderung gefragt. Knapp die Hälfte der stationären und fast ein Drittel der ambulanten Einrichtungen machen keine Angaben dazu. Es lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob alle diese Einrichtungen tatsächlich keine derartigen Kooperationen pflegen oder ob lediglich keine Angaben zu der Frage gemacht wurden.

Insgesamt werden von 136 Einrichtungen (63 %) 262 Kooperationspartner genannt, 217 bei 106 ambulanten Einrichtungen und 45 bei 30 stationären Einrichtungen (vgl. Abb. 12).

Abb. 12: Kooperationspartner aus dem Bereich Migration/Zuwanderung, Angaben in Prozent (Mehrfachnennung), N = 216 Einrichtungen



Wo Angaben gemacht wurden, unterscheidet sich die Art der Kooperationspartner in ihrer Häufigkeit je nach Typ der Einrichtung: Im ambulanten Bereich wird am meisten über Kooperationen mit Integrations-/Migrationsdiensten (31,8 % der ambulanten aber nur 5,1 % der stationären Einrichtungen) berichtet, gefolgt von migrationspezifischer Beratung/Flüchtlingshilfe etc. (ambulant: 19,4 %, stationär: 10,2 %). Im stationären Bereich sind hingegen fremdsprachliche Ärzte und Ärztinnen die wichtigsten KooperationspartnerInnen (stationär: 20,3 %, ambulant: 16,6 %). An zweiter Stelle stehen hier andere Kli-

niken oder Therapiestätten mit fremdsprachigem Angebot (insgesamt 15,3 % der stationären Einrichtungen).

Eine bedeutende Rolle bei der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund können Vereine und so genannte Migranten(selbst)organisationen (MO) spielen. Im Rahmen der Integrationspolitik gewinnt die Kooperation mit Migrantenorganisationen zunehmend an Bedeutung (vgl. hierzu z.B. Hunger & Metzger, 2011), denn diese können u.a. dabei helfen, Zugang zur Klientel zu erleichtern und das Verständnis für deren Lebenswelten (inkl. Krankheits- und Behandlungsverständnis) zu erhöhen. Das vorhandene Erfahrungswissen könnte auch genutzt werden, eigene Angebote anzupassen und/oder gemeinsame Projekte aufzubauen. Von einer Kooperation mit Migrantenorganisationen wird von den hier Befragten allerdings insgesamt wenig berichtet: Nur 13,4 % der ambulanten Angebote (v.a. Beratungsstellen freier Träger) kooperieren mit einer Migrantenorganisation, im stationären Bereich sind es mit 3,4 % der Einrichtungen noch erheblich weniger. Mit anderen Beratungsstellen/Hilfen kooperieren rund 10 % der Einrichtungen, mit Behörden 9,6 % der ambulanten und 3,4 % der stationären Einrichtungen. Neben Selbsthilfe und Dolmetschern werden zudem einige sonstige Kooperationspartner genannt, darunter bspw. RechtsanwältInnen, BetreuerInnen oder Asylbewerberheime.

Kooperation kann sowohl fallbezogen als auch institutionell angelegt sein und ist zudem im Idealfall verbindlich in Kooperationsvereinbarungen (schriftlich) fixiert. Die 107 ambulanten und 28 stationären Einrichtungen, die ihre Kooperationsbeziehungen näher qualifizieren, beziehen sich dabei auf insgesamt 268 Kooperationen (ambulant: 221, stationär: 47).

Tab. 19: Art der Kooperationen mit Institutionen aus dem Migrationsbereich, Angaben in Prozent

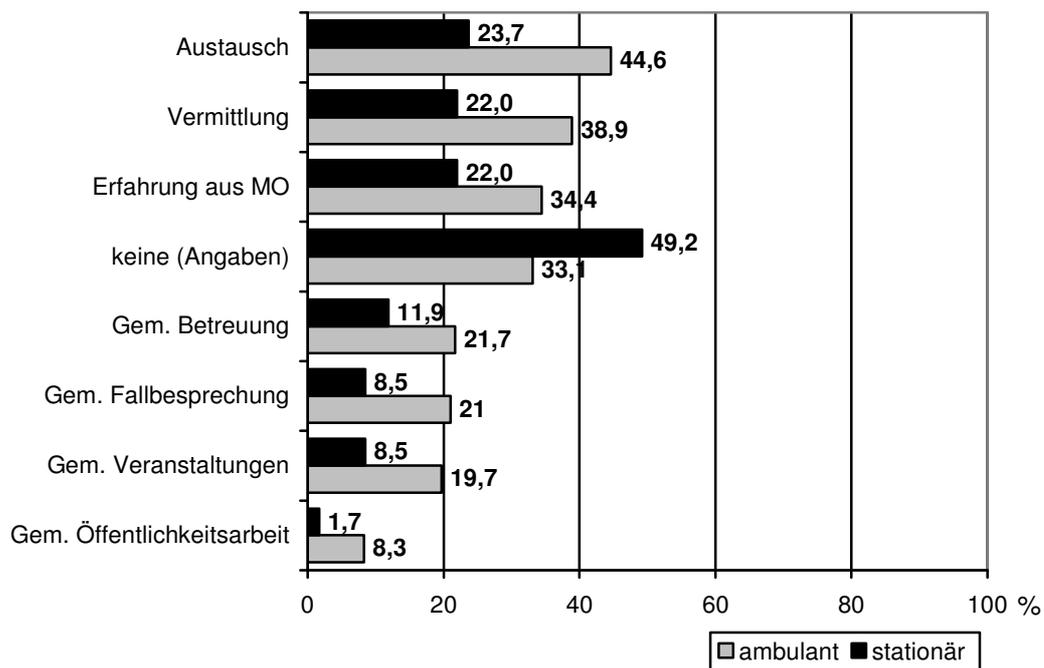
	ambulant (N = 157) in %	stationär (N = 59) in %	Gesamt (N = 216) in %
ohne (Angaben)	31,8	52,5	37,5
mit Angaben zu Kooperation	68,2	47,5	62,5
Anzahl der Kooperationen, davon:	221	47	268
<i>fallbezogen</i>	63,3	80,9	66,4
<i>beides</i>	21,3	10,6	19,4
<i>institutionell</i>	15,4	8,5	14,2

Der Großteil der Kooperationen ist laut Auskunft der Einrichtungen rein dem fallbezogenen Austausch gewidmet (66,4 %; vor allem im stationären Bereich mit 80,9 %). Weitere 19,4 % der Kooperationen mit Institutionen aus dem Migrationsbereich betreffen sowohl fallbezogene als auch institutionelle Aspekte (im ambulanten Bereich: 21,3 %, im stationären Bereich: 10,6 %). Bei lediglich 14,2 % der Kooperationen ist die Zusammenarbeit rein institutionell ausgerichtet (ambulant: 15,4 %, stationär: 8,5 %).

Wie wird eine Verbindlichkeit der Absprachen sichergestellt? Nur neun ambulante und eine stationäre Einrichtung berichten, dass sie Kooperationen (auch) schriftlich vereinbart und niedergelegt haben (insgesamt 4,6 %).

Betrachtet man die Art der Kooperation genauer, ergibt sich folgendes Bild:

Abb. 13: Art der Kooperation, Angaben in Prozent (Mehrfachnennung),  
N = 216 Einrichtungen



Informationen zur Art dieser Kooperationen liegen lediglich von rund zwei Drittel der ambulanten und rund der Hälfte der stationären Einrichtungen vor. Insgesamt handelt es sich bei den genannten Kooperationen vor allem um (fachlichen) Austausch, Zuweisungen/Vermittlungen von KlientInnen und Rückgriff auf Erfahrungen aus Migrant\*innenorganisationen u.ä.

Von gemeinsamen Betreuungsprozessen sowie gemeinsamen Fallbesprechungen berichten nur wenige Einrichtungen: Lediglich von 22 ambulanten bzw. 23 stationären Einrichtungen liegen Angaben zur Anzahl der gemeinsamen Fallbesprechungen und gemeinsamen Betreuungsprozesse vor. Im stationären Bereich wird die Betreuung nur in Einzelfällen mit anderen abgestimmt (maximal drei Fälle im Jahr 2010), während im ambulanten Bereich von bis zu 30 gemeinsam bearbeiteten Fällen in 2010 berichtet wird.

16,7 % der Befragten haben schon einmal gemeinsame Veranstaltungen mit Migrant\*innenorganisationen oder Institutionen aus diesem Bereich durchgeführt (19,7 %, ambulant: 29,5 %, stationär: 8,5 %). 6,5 % haben gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit betrieben (ambulant: 8,3 %, stationär: 1,7 %).

Die Zusammenarbeit wird seitens der Einrichtungen vorwiegend – vor allem in der Einzelfallarbeit – als positiv bewertet. Gleichwohl wird vereinzelt hervorgehoben, dass Kooperation personengebunden und zeitintensiv ist.

**In Kürze:**

Lediglich etwa ein Fünftel der befragten Einrichtungen betreibt im Hinblick auf KlientInnen mit Migrationshintergrund eine zielgruppenorientierte Öffentlichkeitsarbeit. In entsprechenden Settings informieren zwar 21 % der ambulanten (hier vor allem im Präventionsbereich), aber lediglich 12 % der stationären Einrichtungen – vor allem in Form von Aushängen/Flyern oder durch Infoveranstaltungen in Migrantengemeinschaften. Während 30 % der stationären Einrichtungen im Rahmen der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit auch über ein kulturspezifisches Angebot/Profil informiert, erwähnen dies lediglich knapp 17 % der ambulanten Angebote.

Schaut man auf die Vernetzung der Einrichtungen, so zeigt sich, dass knapp ein Drittel an Gremien zum Thema Migration teilnimmt, wobei rd. 17 % der Einrichtungen einen nicht suchtspezifischen AK zum Thema Migration/Integration/Flüchtlingsarbeit bzw. interkultureller Öffnung besuchen (größere Anteile im ambulanten Bereich) und rd. 13 % einen spezifischen AK Migration und Sucht (größere Anteile im stationären Bereich) – vorwiegend den Arbeitskreis des LWL.

63 % der Einrichtungen geben über Gremienarbeit hinaus konkrete Kooperationen mit Migrantenorganisationen/-diensten, fremdsprachlichen ÄrztInnen oder Einrichtungen aus dem Bereich Migration/Zuwanderung an. Einrichtungen aus dem ambulanten Bereich sind hier engagierter, v.a. in Bezug auf Zusammenarbeit mit Migrationsdiensten.

Insgesamt scheinen die ambulanten Einrichtungen Vernetzung aktiver zu gestalten als die stationären Angebote, wobei Kooperation überall weniger systematisch bzw. institutionell (oder gar schriftlich) verankert, sondern vorwiegend fallbezogen, stattfindet.

**3.8 (Weiter-)Entwicklungsbedarf aus Sicht der Befragten**

Neben den Fragen zu Ausstattung, Ausrichtung und Kompetenzen im Bereich kultursensibles bzw. transkulturelles Arbeiten wurden die angeschriebenen Einrichtungen auch zu ihrer Einschätzung des entsprechenden Bedarfs gefragt. Dabei wurde zunächst ganz grundsätzlich erfragt, ob die Einrichtungen überhaupt einen Bedarf für transkulturelle Suchtprävention und -hilfe sehen. Tab. 20 zeigt das Ergebnis:

Tab. 20: *Sehen Sie generell Bedarf für eine transkulturelle Suchtprävention bzw. Suchthilfe? Angaben in Prozent*

	ambulant (N = 157) in %	stationär (N = 59) in %	Gesamt (N = 216) in %
ja	70,7	79,7	73,1
nein	22,3	11,9	19,4
keine Angabe	7,0	8,5	7,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Die Befragungsergebnisse weisen auf, dass v.a. die konzeptionelle Auseinandersetzung mit transkultureller Arbeit derzeit eher gering ausgeprägt ist. Gleichwohl sehen knapp drei Viertel der Einrichtungen (im stationären Bereich sogar knapp 80 %) Bedarf für eine transkulturelle Suchtprävention bzw. Suchthilfe. Diese Einschätzung entspricht in etwa der, die Santel et al. (2007) in ihrer Untersuchung für Westfalen-Lippe ermittelten. Damals wurde separat nach Bedarfseinschätzungen für den ambulanten, den stationären und

den komplementären Bereich gefragt, wobei im komplementären (gefolgt vom ambulanten) Bereich die meisten Bedarfe gesehen wurden.

Eine Detailanalyse zeigt, dass Einrichtungen mit einem größeren Anteil von KlientInnen mit Migrationshintergrund sogar öfter Bedarf für eine transkulturelle Suchtprävention bzw. Suchthilfe reklamieren, obwohl die Zielgruppe in der eigenen Einrichtung ja bereits (und z.T. überproportional) erreicht wird. Dies unterstreicht, dass es bei transkultureller Kompetenz nicht nur um die Senkung von Zugangsbarrieren zum Erreichen von Hilfeeinrichtungen geht (Zugangsbarrieren erster Ordnung), sondern auch um die adäquate anschließende Behandlung und Betreuung (Zugangsbarrieren zweiter Ordnung; vgl. Czycholl, 2011).

Viele Einrichtungen beschreiben (dennoch) Zugangsbarrieren für bzw. eine erschwerte Erreichbarkeit von KlientInnen mit Migrationshintergrund und verweisen dabei vor allem auf Sprachschwierigkeiten der Zielgruppe bzw. mangelnde Sprachkompetenzen der Fachkräfte (46 Nennungen). Darüber hinaus problematisieren eine Reihe von Einrichtungen Unterschiede im Sucht- und Behandlungsverständnis sowie hemmende Faktoren anderer kultureller Aspekte (z.B. Rolle der Familie; 31 Nennungen).

Auch wird durchaus selbstkritisch bemerkt, dass Fachkräfte oft zu wenig über die kulturellen Hintergründe verschiedener KlientInnengruppen Bescheid wissen bzw. dass man die Konzepte des deutschen Suchthilfesystems in diesem Zusammenhang ggf. überdenken und anpassen müsse – im Sinne einer transkulturellen/interkulturellen Öffnung. Deshalb werden gezielte (kostenlose) Fortbildungen für die Beschäftigten in der Suchthilfe gewünscht.

Ein Gutteil der Befragten regt zudem eine stärkere Kooperation und Vernetzung mit MigrantInnengruppen bzw. entsprechenden Schlüsselpersonen an, um Zugangsbarrieren abzubauen und Zugänge zu schaffen. Auch mehr niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Hilfen in zielgruppennahen Settings werden als notwendig erachtet. Darüber hinaus werden mehrsprachige Materialien als konkrete Unterstützung gewünscht.

Neben der Notwendigkeit in entsprechenden Settings bzw. Communities vermehrt/gezielt Information über das Suchthilfesystem und Prävention zu platzieren bzw. durchzuführen, wird vereinzelt auch auf das Erfordernis von Bedarfsermittlungen (auch im Rahmen von mehr Forschung) verwiesen.

Viele Einrichtungen weisen darauf hin, dass ein großes Problem in mangelnden zeitlichen und personellen sowie knappen finanziellen Ressourcen bestehe. Hier wird betont, dass mehr Personal (v.a. auch mehrsprachiges) und damit mehr finanzielle Mittel und eine gesicherte Finanzierung von Nöten wären, um eine kultursensible Ausrichtung der Arbeit gewährleisten zu können. Generell erwarten die meisten TeilnehmerInnen vor allem von einer Einstellung von Fachkräften mit eigener Zuwanderungsgeschichte (mehr) Möglichkeiten, heimat- oder zweisprachige Angebote vorhalten und die MigrantInnen erreichen zu können. Eine entsprechende Personalpolitik ist – obwohl z.T. gebunden an finanzielle Ressourcen, aber auch unabhängig davon – Aufgabe der Träger. Und so wünschen sich einige Einrichtungen auch explizit eine stärkere Sensibilisierung der Träger für die Thematik.

Einige Einrichtungen weisen darauf hin, dass es gut wäre, aus Best Practice lernen zu können und nicht „das Rad immer wieder neu erfinden“ zu müssen. Dafür wird der Austausch mit entsprechenden ExpertInnen und erfahrenen Fachkräften/Einrichtungen vorgeschlagen.

Vereinzelt berichten die Einrichtungen, dass die Beantwortung des Fragebogens für sie ein Anstoß zur Auseinandersetzung mit der Thematik war.

## 4 Bilanz und Empfehlungen

Die Befragung der Suchthilfe- und Suchtpräventionseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen war einerseits eine Bestandsaufnahme von Ansätzen und Kompetenzen in Hinblick auf kultursensible Ausrichtung der Hilfen und sollte andererseits entsprechende Bedarfe identifizieren. Dafür wurden die Einrichtungen zum einen nach ihrem Personal (Zuwanderungsgeschichte, Sprachkenntnisse, interkulturelle Kompetenzen), nach Konzepten und Teamprozessen (Reflexion), nach Ausstattung und Angebot, nach Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung sowie nach verschiedenen Qualitätssicherungsaspekten gefragt. Zum anderen wurde die Zusammensetzung der Klientel (Zuwanderungsgeschichte, Herkunft) erhoben sowie Einschätzungen zum Bedarf für kultursensibles Arbeiten.

Der zögerliche Rücklauf von schließlich etwa der Hälfte der angeschriebenen Einrichtungen sowie das z.T. kurz angebundene, wenig ausführliche Antwortverhalten vieler Einrichtungen deuten auf ein insgesamt eher schwaches Interesse an der Thematik hin. Die verschiedenen angeschriebenen Arten von Einrichtungen haben sich in einem vergleichbaren Maß an der Befragung beteiligt, sodass sie die Gesamtheit der Suchthilfe in NRW wohl recht gut widerspiegeln. Allerdings ist zu vermuten und so lauteten auch einige Absagen, dass sich eher jene Einrichtungen an der Befragung beteiligt haben, die Berührungspunkte zur Thematik haben, während unter den Nicht-Teilnehmenden eher solche sein dürften, die keine oder kaum Klientel mit Zuwanderungsgeschichte haben.

### 4.1 Bilanz

An der Bestandsaufnahme zu transkulturellen Kompetenzen in der Suchthilfe in NRW haben sich insgesamt 216 Einrichtungen beteiligt, die über (mindestens) 260 Angebote berichteten. 157 Einrichtungen stammen aus dem ambulanten und 59 aus dem stationären Bereich. Etwa 80 % der Einrichtungen konnten Angaben zum Migrationsstatus der Klientel machen, davon weit mehr als ein Drittel geschätzt. Dieses Ergebnis verweist auf eine mangelhafte Erfassung des Migrationsaspekts in der KlientInnenendokumentation und damit auf eine unzureichende Planungsgrundlage.

Im Mittel werden in den Einrichtungen, die über Daten zum Migrationsstatus verfügen, etwa 20 % **KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte** betreut, wobei die Anteile in den unterschiedlichen Einrichtungsarten stark variieren: In Beratungsstellen werden durchschnittlich 17 % MigrantInnen erreicht und damit weniger als im Bevölkerungsschnitt. In stationären Einrichtungen werden mehr MigrantInnen behandelt, in Entgiftungseinrichtungen sogar durchschnittlich knapp 30 %. Auch innerhalb der Versorgungsbereiche zeigen sich große Unterschiede: Während einige Einrichtungen eher ausnahmsweise von Menschen mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen werden, nimmt diese KlientInnengruppe in anderen Angeboten, vor allem in Kliniken, z.T. deutlich über die Hälfte der Gesamtklientel ein. Auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt sich also die Erfahrung anderer Studien, wonach MigrantInnen eher medizinische Versorgungsangebote nutzen als ambulante und beratungsorientierte Angebote. Die Klientel mit Zuwanderungsgeschichte stammt – ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung mit Migrationshintergrund – vor allem aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion, aus der Türkei und aus Polen.

Eine bedeutende Rolle für die Erreichung von MigrantInnen kommt **Fachkräften mit Migrationshintergrund** zu, u.a. wegen ihrer Sprachkompetenzen. Etwas mehr als ein Drittel der befragten Einrichtungen beschäftigen Fachpersonal mit Zuwanderungsgeschichte; darunter deutlich mehr stationäre als ambulante Einrichtungen. Durch diese Fachkräfte kann in vielen, v.a. in stationären, Einrichtungen Beratung in verschiedenen

Sprachen (vorwiegend russisch und polnisch, jedoch seltener türkisch) angeboten werden. Neben der Sprache stellen Hintergrundwissen zu anderen Kulturen bzw. interkulturelle Kompetenz wichtige Schlüsselqualifikationen für die Arbeit mit MigrantInnen dar. Allerdings berichten die Einrichtung kaum über entsprechende Fortbildungen und Qualifizierungen. Hier besteht (auch nach Meinung vieler Befragter) ebenso Nachholbedarf wie bei der gezielten Personalentwicklung hin zur Einbindung von mehr Menschen mit eigener Zuwanderungsgeschichte und mit mehr Sprachkompetenz.

Kaum eine Einrichtung hat kultursensible Ansätze in **Leitbild oder Konzeption** verankert und auch an den Angaben bzgl. strukturierter Reflexionsprozesse im Team und hinsichtlich der Ausrichtung von Qualitätssicherung zeigt sich, dass die strukturelle und die konzeptionelle Verankerung der Thematik in der Suchthilfe in NRW wenig verbreitet ist. Dies wird dadurch bestätigt, dass lediglich ein Zehntel der Einrichtungen **Beauftragte für Migration/Diversity** o.ä. bestellt hat. Dies erscheint umso bedauerlicher, da Detailanalysen zeigen konnten, dass vor allem mit der strukturellen Verankerung des Themas tatsächlich mehr Umsetzung von Kultursensibilität und Erreichung von KlientInnen mit Migrationsgeschichte einhergehen.

Die Einrichtungen schilderten, welche **fremdsprachigen (Informations-)Materialien** und Kommunikationskanäle eingesetzt werden, wie Rücksicht auf kulturspezifische Besonderheiten (Verpflegung, Feiertage) genommen und die Zielgruppe in den Einrichtungen aufgenommen wird. Und während, vorwiegend im ambulanten Bereich, einige fremdsprachige Materialien von DHS und BZgA ausliegen, so haben doch nur wenige Einrichtungen die eigenen Materialien, Formulare und Informationen zum Angebot in die Herkunftssprachen ihrer Klientel mit Migrationshintergrund übersetzt. Es gibt nahezu keine Vorstellungen/Erläuterungen des Angebots oder Hinweisschilder in anderen Sprachen als deutsch, ebenso ist es bei den Ansagen auf den Anrufbeantwortern, der Gestaltung der Website u.ä. Hier zeigen sich Möglichkeiten, Zugangsbarrieren von MigrantInnen wie Informationsdefizite und z.T. vorhandene Sprachprobleme (vgl. z.B. Razum, Zeeb, Meesmann u.a., 2008; Gaitanides, 2010) mit begrenztem Aufwand zu senken.

Angesichts des geringen Aufwands für derartige Maßnahmen verwundert es, dass lediglich nicht ganz zwei Drittel der Befragten auf eine kultursensible Verpflegung achten und nur ein Viertel bei der Planung von Aktivitäten Rücksicht auf nicht-deutsche bzw. nicht-christliche Feiertage nimmt. Auch hier zeigen sich stationäre Einrichtungen, insbesondere größere, besser aufgestellt als ambulante Angebote. Ambulante Einrichtungen beziehen hingegen etwas öfter (zu einem Drittel) Ausstattungselemente mit ein, die KlientInnen mit Migrationshintergrund eine freundliche Aufnahme signalisieren sollen: z.B. einen Samowar und fremdsprachige Literatur, Magazine, Informationsmaterialien o.ä. im Wartebereich oder servieren Tee zur Begrüßung.

Insgesamt scheinen sich die befragten stationären Einrichtungen etwas mehr auf ihre KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte einzustellen. Dies kann einerseits als Reaktion auf größere Anteile dieser Klientel interpretiert werden, könnte andererseits aber auch als eine Ursache dafür gesehen werden (Senkung von Zugangsbarrieren).

Ambulante Einrichtungen **kooperieren** jedoch etwas öfter als stationäre Einrichtungen mit migrationsbezogenen Hilfen und Migrantenorganisationen und zeigen sich insgesamt etwas breiter vernetzt. Generell wird jedoch deutlich, dass im Hinblick auf Übergänge zwischen verschiedenen Beratungs- und Behandlungselementen noch Entwicklungsbedarf besteht.

Die Ergebnisse der Befragung unterstreichen, dass personelle oder konzeptionelle Einbindung der Thematik eine sensiblere Ausrichtung mit sich bringen und fördern (können). Besonders wirkungsvoll erscheinen der Einbezug von Fachkräften mit Zuwanderungsge-

schichte und die strukturelle Verankerung kultursensibler Ansätze über der Fixierung entsprechender Ziele, in verschiedenen Aspekte der Arbeit und in der Qualitätssicherung – notwendige Bedingung ist dabei, kultursensibles oder transkulturelles Arbeiten als Leitungsaufgabe zu definieren und in den Prozess einer umfassenden Organisationsentwicklung einzubinden.

Und obgleich ein Gutteil der Einrichtungen auch KlientInnen mit Migrationshintergrund erreicht, darunter einige sogar in weit überdurchschnittlichem Ausmaß, sehen die befragten Einrichtungen – und hier insbesondere jene mit höheren Anteilen von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte – großen **Bedarf nach einer (Weiter-)Entwicklung** kultursensibler Arbeitsansätze. Die Einrichtungen wünschen sich an erster Stelle mehr Personal, insbesondere mehr Fachkräfte mit eigener Zuwanderungsgeschichte bzw. mit entsprechenden Sprachkenntnissen, aber auch eine stärkere Sensibilisierung ihres Trägers für das Thema. Angeregt werden Fortbildungen und Transfer von Best-Practice-Erfahrungen aus der Praxis.

### 4.2 Empfehlungen

Angesichts der mit den jüngeren Jahrgängen ansteigenden Anteile von EinwohnerInnen, die über eine eigene oder familiäre Zuwanderungsgeschichte verfügen, stehen (auch) Suchtprävention und Suchthilfe, wie die gesundheitliche Versorgung generell, vor der Aufgabe, dieser Zielgruppe gerecht zu werden und ihr adäquate Angebote zu unterbreiten. Die vorliegende Bestandsaufnahme in der Suchthilfe in NRW bestätigt, dass MigrantInnen aktuell nicht überall entsprechend ihres Anteils an der Bevölkerung erreicht und nur begrenzt kultursensibel beraten und behandelt werden.

In der Fachdiskussion wird, nachdem es längere Zeit um die „interkulturelle Öffnung“ der Suchthilfe ging, inzwischen zunehmend der „transkulturelle Ansatz“ favorisiert. Um diesen umzusetzen, reicht es jedoch nicht, Kenntnisse und Sprachkompetenzen aufzubauen und Materialien in mehreren Sprachen vorzuhalten. Darüber hinaus ist auch die Entwicklung einer anderen Haltung notwendig. Es geht um die „Auseinandersetzung mit den eigenen unhinterfragten Wahrnehmungs-, Deutungs- und Verhaltensmustern“ (Gaitanides, 2009) und die Bereitschaft mit „Anteil nehmender und wohlwollender Neugier“ (vgl. Cecchin, 1988) in den Dialog mit Menschen anderer Herkunft – genauso wie mit Menschen (vermeintlich) gleicher Herkunft – einzutreten.

Im Folgenden sollen nun Empfehlungen formuliert werden, die sich aus den Ergebnissen der Bestandsaufnahme und mit Blick auf die Fachdiskussion ableiten lassen. Sie richten sich an Verantwortliche in Politik und Verwaltung sowie – schwerpunktmäßig – an die Träger und Einrichtungen. Übergeordnetes Ziel der Empfehlungen ist, Menschen mit Zuwanderungsgeschichte einen gleichberechtigten Zugang zu den vorhandenen Strukturen zu ermöglichen und nicht, eine parallele Versorgung aufzubauen. Dabei sind zweierlei Arten von Zugangshürden in den Blick zu nehmen: Zum einen geht es um eine bessere Erreichung der Klientel mit Migrationshintergrund und zum anderen um eine veränderte, adäquate(re), zielgruppenspezifische(re) Interventionsgestaltung, um die aktuell noch unzureichenden Behandlungserfolge für diese Zielgruppe zu verbessern.

#### **Empfehlung 1: Politische Schwerpunktsetzung**

Die Autorinnen plädieren dafür, eine stärkere Öffnung der Suchthilfe für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zum einen und eine zielgruppenspezifisch adäquate Prävention,

Beratung, Betreuung und Behandlung zum anderen explizit in die Zielsetzung der Landes-Suchtpolitik aufzunehmen. Angesichts der Bevölkerungsentwicklung sollte dies als Schwerpunktthema verfolgt werden. Dafür sollten Planungsgrundlagen erarbeitet und Basisdaten bereitgestellt sowie die Praxis bei der Umsetzung unterstützt werden (s.u.).

Hilfreich wäre zudem, wenn Kosten- und Leistungsträger ihre Zuwendung generell mit den definierten Zielen oder Leitlinien bzgl. transkultureller Arbeit verknüpfen und deren tatsächliche Umsetzung kontrollieren würden. Auch könnten Träger, die nachweislich transkulturell arbeiten oder Kooperationsprojekte mit Migrant\*innenorganisationen, bevorzugt gefördert werden.

## **Empfehlung 2: Bestandsaufnahme der Bedarfe aus Sicht der Betroffenen**

Inzwischen wurde in mehreren Untersuchungen die Ausstattung und die Ausrichtungen des Hilfesystems untersucht und dabei, wie auch in dieser Studie, verschiedene Ausprägungsgrade und vor allem Entwicklungsbedarfe in der Umsetzung transkultureller Arbeit festgestellt. Einige Untersuchungen widmen sich auch der Identifizierung von Zugangsbarrieren, auf Seiten der Betroffenen wie auf Seiten der Angebote. Selten jedoch werden die Betroffenen selbst befragt, vielmehr werden – quasi stellvertretend für sie – Meinungen von Expert\*innen unterschiedlicher Art eingeholt. Im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem“ wurde am Berliner Standort eine Befragung von Jugendlichen mit Suchtproblemen durchgeführt. Diese eher explorativ angelegte Erhebung lieferte, ohne Anspruch auf Repräsentativität, aber doch einige Hinweise auf Aspekte, die Betroffenen selbst wichtig sind. Den Jugendlichen war es weniger wichtig, in der Sprache ihrer Familie/Herkunft beraten zu werden – wohl aber war es von Bedeutung, dass Fachkräfte ihre Herkunftskultur gut kennen und sie respektieren. Zudem wünschten sie sich eine freundliche(re) Aufnahme in die Einrichtungen, z.B. eine Begrüßung mit einem Glas Tee und einer offene(re)n-abwartenden Gesprächseröffnung, in der nicht sofort das Problem in den Mittelpunkt gestellt wird. Hinweise aus mehreren Standorten im o.g. Modellprogramm und andernorts verweisen auf die Bedeutung von aufsuchender Arbeit, von Hausbesuchen, die Einbeziehung von Familie sowie eine flexiblere Auffassung von „Zuständigkeit“.

Suchthilfe kann sich nur dann bedarfsgerechter auf Menschen mit Zuwanderungsgeschichte einstellen, wenn sie die Zugangshürden bzw. die potentiell schwellensenkenden Signale, Merkmale, Maßnahmen etc., kennt, die den Zugang zu Hilfeangeboten aus Betroffenen\*sicht erleichtern können. Mit Blick auf den bestehenden Mangel an genauen Informationen aus Betroffenen\*sicht wird deshalb an erster Stelle eine landesweite Bestandsaufnahme angeraten. Sinnvoll erscheint eine qualitative Studie in verschiedenen Migrant\*innenmilieus und unter Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund. Zentrale Untersuchungsthemen sollten dabei Kenntnisse und (Vor-)Urteile über das deutsche Hilfeangebot sowie vor allem Erwartungen/Wünsche an Hilfe sein.

Die Ergebnisse einer derartigen Untersuchung sollten konkrete Anhaltspunkte für die Ausrichtung und Gestaltung des Suchthilfeangebots liefern, ggf. unter Berücksichtigung von Unterschieden in bestimmten Subgruppen von Betroffenen (nach Alter, Geschlecht, eigener oder familiärer Betroffenheit und Herkunft).

### **Empfehlung 3: Bündelung und Transfer von Know-How und Best-Practice**

Die dritte Empfehlung gilt ebenfalls einer landesweiten Aufgabe: Es erscheint sinnvoll, all jene Aktivitäten und Maßnahmen zentral aufzubereiten und zu bündeln, die dazu beitragen können, Zugangsschwellen zu senken und Hilfe passgenauer zu gestalten.

Hierzu sollten zum einen die Ergebnisse der o.g. Bestandsaufnahme mit Blick auf konkrete Anregungen für das Hilfesystem ausgewertet werden. Und zum anderen sollten Informationen über Hilfen, die sich in besonderer Weise (auch) an MigrantInnen richten, zusammengetragen werden. Hier gilt es, auch und gerade über den Suchtbereich hinaus Angebote der allgemeinen Gesundheitsversorgung in den Blick zu nehmen.

Schließlich sollten Best-Practice-Erfahrungen systematisch gesammelt und alles so aufbereitet werden, dass die Anregungen und Hinweise daraus allen interessierten Trägern und Einrichtungen zugänglich sind. Die Sammlungen könnten durch die Erarbeitung bisher nicht vorhandener Materialien ergänzt und vervollständigt werden, sodass schließlich eine umfassende **Handreichung** für Suchthilfeeinrichtungen oder ein **webbasiertes Fachkräfte-Portal** zur Verfügung stünde, in dem hilfreiche Hinweise sowie Materialien, Instrumente u.ä. in verschiedenen Sprachen eingestellt und laufend aktualisiert würden.

Von noch größerem Nutzen für die Praxis wäre ein zusätzliches **Trainingsprogramm** für Suchthilfeeinrichtungen. Basierend auf den zusammengetragenen Erfahrungen und dem Know-How bisher entwickelter Curricula könnte ein suchtspezifisches Programm entwickelt und angeboten werden. Mit Blick auf die Erfahrungen mit Fortbildungen und ihren Effekten, wird hier angeraten, Trainings als handlungsorientierte Inhouse-Schulungen zu konzipieren – mit Anschluss- bzw. Erweiterungsmöglichkeit in Richtung Organisationsentwicklung. Das Land könnte die Entwicklungen eines Trainingsprogramms unterstützen und für seine Nutzung durch Träger und Einrichtungen finanzielle Anreize setzen.

### **Empfehlung 4: Transkulturalität als Trägeraufgabe**

Will ein Träger transkulturelles Arbeiten einführen, wird ein strukturierter Implementierungsprozess notwendig. Die Realisierung des Ziels, MigrantInnen gleichberechtigt anzusprechen und zu behandeln, ist eine gesamtorganisatorische Aufgabe, bei der alle Ebenen und Arbeitsgebiete eines Trägers in den Blick zu nehmen sind. Es geht also um eine Entwicklung der ganzen Organisation und damit um eine Leitungsaufgabe. Die Entscheidung für die Einführung transkultureller Ansätze sollte jedoch am besten im Konsens mit den Beschäftigten getroffen werden, um keine Widerstände zu provozieren.

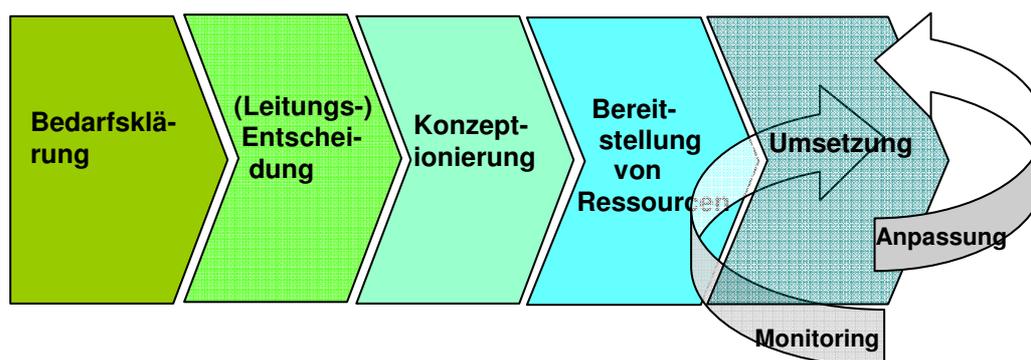
Träger müssen also zunächst einmal eine Entscheidung für die transkulturelle Öffnung und Ausrichtung ihrer Arbeit treffen. Des Weiteren müssen Träger auf Leitungsebene die Verantwortung für die Einführung kultursensibler Ansätze übernehmen und dies auch in den Führungsinstrumenten (Leitbild, Konzepte, Personalentwicklung) verankern. Dazu gehört die Setzung von Zielen wie z.B.:

- Gleicher Zugang von MigrantInnen als NutzerInnen zu allen Dienstleistungen
- Entwicklung bedarfsgerechter, lebensweltorientierter und effektiver Angebotsstrukturen
- Gleicher Zugang von MigrantInnen auf der Arbeiterebene und gleiche Karriere-chancen
- Entwicklung gleichberechtigter transkultureller Teamstrukturen und Nutzung der Synergien der Vielfalt der Problemdefinitionen und Lösungsstrategien
- Abbau „ethnischer“ Arbeitsteilung durch interkulturellen Kompetenzerwerb aller Fachkräfte (nach Gaitanides 2010, S. 24).

Die Erfahrungen bei der Einführung transkultureller Arbeit zeigen, dass damit grundlegende Aspekte der Arbeit und damit der gesamten Organisation berührt werden – ähnlich wie bei anderen die Grundlagen einer Organisation betreffenden Implementierungsprozessen (vgl. z.B. Löcherbach & Schu, 2009; Heinzen-Voß & Ludwig, 2010). Immer wieder wird versucht, ein oder zwei Fachkräfte mit Migrationshintergrund einzustellen oder Fachkräfte zu entsprechenden Fortbildungen zu senden und diesen dann die Aufgabe der (kultursensiblen) Beratung von MigrantInnen zu übertragen – aber das genügt keinesfalls.

Die folgende Abbildung illustriert das Vorgehen schematisch:

Abb. 14: Implementierung von Transkulturalität



Die Abbildung verdeutlicht, dass die Einführung von Transkulturalität den Träger vor eine Management-Aufgabe stellt, die mit Ressourcen zu belegen und nachhaltig zu verfolgen ist. Die Aufgabe von Trägern muss sich dann auf der Ebene der einzelnen Einrichtung (s.u.) fortsetzen und konkretisieren, wobei je nach Größe von Träger bzw. Einrichtungen und je nach Zuständigkeitsverteilung zwischen den beiden Ebenen die Zuordnung von Aufgaben von der hier getroffenen Aufteilung abweichen kann.

### **Empfehlung 5: Transkulturalität in den Einrichtungen**

Nach der Grundsatzentscheidung beim Träger geht es um die systematische Einführung von Transkulturalität in konkreten einzelnen und je spezifischen Einrichtungen. Dabei sind (mindestens) vier Ebenen zu berücksichtigen, zu denen im Folgenden jeweils lediglich einige Anregungen für transkulturell relevante Entwicklungen skizziert werden können.

#### ■ **Organisation und Rahmenbedingungen (strukturelle Ebene)**

Hier geht es zunächst um die Konkretisierung der Leitbild-Aussagen in der Einrichtungskonzeption, um die Bereitstellung von Ressourcen und um die Implementierung

von Verbindlichkeit, z.B. durch Ernennung eines/einer Beauftragten für Diversity o.ä., und die Aufnahme entsprechender Zielsetzungen ins Qualitätsmanagement sowie deren Controlling.<sup>12</sup>

Des Weiteren geht es um die Positionierung der Einrichtung in der Öffentlichkeit, z.B. durch gezieltes Werben an für die Zielgruppe relevanten Orten und in entsprechenden Medien – in deutscher und anderen Sprachen.

Wenig aufwendig wäre es, in jeder Einrichtung mehrsprachige Informationen vorzuhalten, die über Sucht und Suchthilfe aufklären. Hierzu liegen gute Materialien der DHS und der BZgA vor. Zudem sollten auch die eigenen Angebote mehrsprachig vorgestellt werden und Hinweisschilder (z.B. zu Öffnungszeiten), Formulare und insbesondere KlientInnenbefragungen mehrsprachig vorliegen. Auch bei Anrufbeantwortern und v.a. auf Websites sollten Botschaften in verschiedenen Sprachen inbegriffen sein.

Die Einrichtung sollte eine an die kulturellen Gewohnheiten der Hauptzielgruppen angepasste Willkommenskultur umsetzen. Elemente davon können z.B. sein: Zeitschriften in den entsprechenden Sprachen im Wartebereich, Aufstellen eines Samowars, Aufhängen einer Weltkarte, nicht-problemzentrierter Gesprächsbeginn etc.

Einrichtungen sollten mit Dolmetscherdiensten oder geschulten Sprachmittlern kooperieren, zumindest jedoch sicherstellen, dass die beim eigenen Träger vorhandenen Sprachressourcen systematisch erfasst und genutzt werden können.

Notwendig sind Instrumente und Dokumentationssysteme, die migrationsbezogene Aspekte berücksichtigen.<sup>13</sup> Diese liefern zum einen Planungsgrundlagen für die Ausrichtung der Einrichtung und Daten zur Überprüfung gesetzter Ziele. Zum anderen konkretisieren sie z.B. Standards für die Erfassung der Ist-Situation bei der Aufnahme von KlientInnen und eine Erfassung ggf. relevanter kulturspezifischer Prägungen oder Erwartungen. Weitere Instrumente, wie z.B. KlientInnenbefragungen sollten prinzipiell mehrsprachig vorgehalten werden.

### ■ Personal

Die Bedeutung der Fachkräfte und ihrer Kommunikation ist ausschlaggebend für das Gelingen von Zugang und Hilfe. Das Team einer Einrichtung ist die zentrale Instanz der Veränderung der konkreten Arbeit. „Wird eine Hilfeleistung nicht in Anspruch genommen oder ist sie wenig erfolgreich, so ist das immer auch das Ergebnis eines Interaktionsprozesses. Es gilt in erster Linie, die eigenen Anteile an der Kommunikationsstörung wahrzunehmen und zu bearbeiten“ (Gaitanides 2010, S. 22).

Kulturell gemischte Teams erleichtern MigrantInnen den Zugang zu einer Einrichtung, deshalb sollten Einrichtungen gezielt Personal mit eigener Zuwanderungsgeschichte einstellen. Die vorrangige Besetzung der nächsten freien Stelle mit einer Fachkraft mit Zuwanderungsgeschichte wäre in vielen Einrichtungen ein vergleichsweise einfacher Schritt zu mehr Heterogenität in den Teams. Dies bietet zudem die beste Gelegenheit für das Kennenlernen verschiedener Prägungen und Konzepte und einen fruchtbaren Austausch. Die MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund sind vollständig in die Teams zu integrieren (keine Sonderaufgabe MigrantInnenberatung) und ihnen sind die gleichen Aufstiegschancen zu eröffnen wie den übrigen.

---

<sup>12</sup> Ggf. ist die Funktion BeauftragteR für Diversity auch auf Trägerebene sinnvoll, ebenso kann es sich in puncto Qualitätsmanagement verhalten.

<sup>13</sup> Auch die Bereitstellung entsprechender Materialien, Dokumentationen etc. kann die Trägerebene betreffen.

Zudem muss systematisch transkulturelle Kompetenz aufgebaut werden. Dafür ist an erster Stelle das systematische Erkennen und Reflektieren der eigenen, oft unhinterfragten, Wahrnehmungs-, Deutungs- und Verhaltensmuster der Beschäftigten (aller, auch jener mit Zuwanderungsgeschichte) notwendig. Denn sonst verstellen kulturelle Klischees den Blick auf die Individualität von nicht-deutschen KlientInnen (ebenso wie auf vermeintliche „Typen“ unter der deutschen Klientel) und erschweren den Aufbau einer konstruktiven Beziehung.

Zur Entwicklung von transkultureller Kompetenz gehören kognitive und handlungsbezogene Kompetenzen (vgl. Gaitanides, 2003 – dort auch detaillierte Listen zu notwendigen Kenntnissen und Kompetenzen). Fortbildungen zum gezielten Aufbau von Know-How und zur angeleiteten Reflexion sind sinnvoll, erfahrungsgemäß erweist es sich dabei als wirkungsvoller, Inhouse-Schulungen für gesamte Teams durchzuführen und in Organisationsentwicklungsprozesse unter Beteiligung der Leitung zu integrieren, als ein oder zwei Fachkräfte zu externen Veranstaltungen zu entsenden.

Auch im Einrichtungsalltag gehört die Betrachtung kultureller Aspekte zu den regelmäßigen/gesetzten Themen bei der Betrachtung von Fällen, der Reflexion des eigenen Vorgehens und der Planung von Weiterentwicklungen des Angebots.

#### ■ **Angebote und Maßnahmen**

Die Komm-Struktur der Suchthilfe und ihre Fokussierung auf mittelschichtorientierte Beratungsansätze erschweren vielen MigrantInnen sowohl den Zugang zu Hilfe als auch, davon zu profitieren. Insbesondere ambulante Suchthilfe sollte deshalb zum einen MigrantInnen „dort abholen, wo sie stehen“ – und das – ganz wörtlich – auch räumlich: Aktiv aufsuchende Arbeit in für die Zielgruppen jeweils relevanten Settings und Hausbesuche sind wirkungsvolle Ansätze, MigrantInnen zu erreichen. Hilfreich sind z.B. ein Einbezug der Familien, adäquate Öffnungszeiten, zeitliche und örtliche Flexibilität in der Erreichbarkeit der Dienste und eine weniger eng begrenzte Definition von Zuständigkeit (mehr lebenspraktische Unterstützung).

Vielfach kann eine partizipative und den Interessen der Zielgruppen entsprechende Gestaltung von Freizeitangeboten helfen, MigrantInnen besser zu integrieren und ihre Ressourcen zu entdecken.

In der Anamnese sollte gezielt und verbindlich z.B. nach Fremdheitserfahrungen gefragt, das Suchtverständnis eruiert und die Behandlungserwartungen geklärt werden. Hilfreich sind hierzu, standardisierte Anamneseinstrumente (s.o.), die die genannten Aspekte auflisten und dazu beitragen, das Vorgehen aller Fachkräfte zu vereinheitlichen. Im Rahmen von Fallbesprechungen sollten regelhaft kulturelle Aspekte betrachtet werden.

#### ■ **Kooperation und Vernetzung**

Einrichtungen können die Zugänge zu MigrantInnen verbessern, wenn sie sich in der Region mit relevanten Organisationen vernetzen. Relevant können Organisationen sein, die im Migrationsbereich, in der Jugendhilfe oder anderen Feldern Menschen mit Migrationshintergrund betreuen. Darüber hinaus ist der Kontakt mit MigrantInnenorganisationen und Schlüsselpersonen wichtig. Vernetzungsbemühungen sollten jedoch nicht davon geprägt sein, dem Anderen etwas beibringen oder Hilfe anbieten zu wollen – im Gegenteil: Suchthilfe kann bei Begegnungen auf Augenhöhe Wichtiges über die Zielgruppenkultur lernen. Dabei ist zunächst einmal anzuerkennen, dass vie-

le Migrantenorganisationen sich vielfältig für die ihnen zugehörigen Gruppen engagieren und dabei oft viel mehr leisten als in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird.

Mit Blick auf ggf. historisch gewachsenes Misstrauen, Vorbehalte, Konkurrenzängste, Angst vor Vereinnahmung etc. erweist es sich als hilfreich für den Erfolg von Kooperation(sbemühungen), wenn ein respektvoller Umgang sichergestellt und die Kontakte/Treffen hierarchisch symmetrisch gestaltet werden. Dazu gehört auch eine Balance von Aufsuchen und Einladen, Lernwilligkeit bzgl. des Expertenwissens der Anderen etc. Förderlich ist zudem die Durchführung gemeinsamer Projekte, wobei zu beachten ist, diese von der Konzeptions- und Antragsphase an gemeinsam zu entwickeln und zu verantworten (vgl. z.B. Hunger & Metzger, 2011).

Vor Ort sollte die Versorgung (u.a.) von MigrantInnen unter Beteiligung der Betroffenen systematisch (weiter-)entwickelt werden, z.B. durch den Aufbau entsprechender Arbeitskreise.

Hier wurde nur knapp angerissen, welche Aspekte auf den verschiedenen Ebenen zu bedenken sind, darüber hinaus gibt es viele weitere sinnvolle Maßnahmen. Generell gilt: Am wirksamsten können die Ziele erreicht werden, wenn alle Ebenen in den Prozess einbezogen werden. Die übergeordneten Ziele sind dabei der bessere Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zu den Angeboten der Suchthilfe und die Verbesserung der Qualität von Maßnahmen. Hinweise aus Einrichtungen, die bereits über Erfahrungen in der transkulturellen Ausrichtung der Arbeit verfügen, verweisen zudem darauf, dass die Reflexion der eigenen kulturellen Muster, professionellen Gewohnheiten und die Ausrichtung auf transkulturell-basierte individuelle Zugänge und Betreuungen sich auch positiv auf Unterstützungsprozesse mit der deutschen Klientel auswirken.

## 5 Literatur

Cecchin, G. (1988). Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität. Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 13, 190-203.

Czycholl, D. (2011). *Kompetenznetzwerk Sucht-Selbsthilfe für Migranten aus dem Osten (KoSMOs). Aufbau eines neuen internetgestützten Selbsthilfeportals für junge Drogenuser (Exjuse)*. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Hannover: FDR.

DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2010). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Stand: 05.10.2010. Hamm: DHS.

Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber.

Gaitanides, S. (2003). Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil in der Jugend- und Sozialarbeit. *sozialmagazin* 3/2003, 42-48.

Gaitanides, S. (2010). *Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste – Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Vortrag bei der Fachtagung „Interkulturelles Lernen in Brandenburg durch Kooperation gestalten“ am 2. Juni 2010 in Potsdam. Potsdam: Regionale Arbeitsstellen für Bildung, Integration und Demokratie – RAA Brandenburg.

Hunger, U. & Metzger, S. (2011). *Kooperation mit Migrantenorganisationen*. Studie im Auftrag des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge, Münster: BaMF.

Löcherbach, P. & Schu, M. (2009). Personal- und Organisationsentwicklung. In: W.R. Wendt & P. Löcherbach (Hrsg.), *Standards und Fachlichkeit im Case Management*. Heidelberg: Economica, S. 205-236.

MGFFI – Ministerium für Generation, Familie, Frauen und Integration, Nordrhein-Westfalen (2008). *Land der neuen Integrationschancen. 1. Integrationsbericht der Landesregierung*. Düsseldorf: MGFFI.

Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P. u.a. (2008). *Migration und Gesundheit. Schwerpunktberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Salman, R. (1999). Stand und Perspektiven interkultureller Suchthilfe. In: R. Salman, S.Tuna & A. Lessing (Hrsg.), *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*, S. 11-28. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Santel, A., Puls, W. & Sarrazin, D. (2007). *Menschen mit Migrationshintergrund in den Suchthilfeeinrichtungen in Westfalen-Lippe*. Forum Sucht, Band 39. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht.

Sen, A. (2010) *Die Identitätsfalle – Warum es keinen Krieg der Kulturen gibt*. München: dtv.

Schu, M., Wünsche, T., Tossmann, P., Jonas, B., Zenker, C. & Stolle, M. (2009) *Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen*. Expertise für das Bundesgesundheitsministerium. Köln: FOGS.

Statistisches Bundesamt (2011). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2010*. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Heinzen-Voß, D. & Ludwig, K. (2010). Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen der Suchthilfe. In: Landeskoordination Integration NRW (Hrsg.) *Gender und Sucht*. Köln: LKI.

Welsch, W. (2009). Was ist eigentlich Transkulturalität? In: L. Darowska, T. Lüttenberg & C. Machold (Hrsg.), *Hochschule als transkultureller Raum? Beiträge zu Kultur, Bildung und Differenz*. Bielefeld: transcript Verlag, S. 39-66.

## 6 **Abbildungsverzeichnis**

<u>Abb.</u>	<u>Seite</u>
Abb. 1: Herkunftsland/-region der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik in Millionen, Mikrozensus 2010	1
Abb. 2: Summe aller KlientInnen im Jahr 2010 nach Einrichtungsarten in Tsd.	8
Abb. 3: Summe der KlientInnen im Jahr 2010 in Tsd.	9
Abb. 4: Anzahl der Einrichtungen mit Klientel entsprechender Herkunft unter den Top 3	12
Abb. 5: Einrichtungen mit (Angaben zu) Fachkräften und Leitung mit Zuwanderungsgeschichte bzw. Migrationshintergrund (MH)	15
Abb. 6: Einrichtungen mit Fachkräften, die 2010 migrationsrelevante Fortbildungen besucht haben und/oder über migrationsrelevante Zusatzqualifikationen verfügen	18
Abb. 7: Einrichtungen mit fremdsprachigem (Informations-)Material	22
Abb. 8: Einrichtungen mit fremdsprachigen Informationen/Materialien	23
Abb. 9: Einrichtungen mit Verpflegung; ggf. unter Rücksicht auf kulturspezifische Besonderheiten	24
Abb. 10: Aspekte, die im Rahmen der Anamnese betrachtet werden	29
Abb. 11: Ausgewählte Aspekte in Einrichtungen mit und ohne MigrationsbeauftragteN	32
Abb. 12: Kooperationspartner aus dem Bereich Migration/Zuwanderung	35
Abb. 13: Art der Kooperation	37
Abb. 14: Implementierung von Transkulturalität	45
Abb. 15: Reflexionsschritte in den Teams	58
Abb. 16: Mehrsprachige Angebote, Informationen, Hinweise etc.	59
Abb. 17: Mittelwert der KlientInnen im Jahr 2010 nach Einrichtungsarten	62
Abb. 18: Ausgewählte Aspekte in Einrichtungen mit und ohne MitarbeiterInnen mit migrationsspezifischer Zusatzausbildung und/oder Fortbildungen	67
Abb. 19: Ausgewählte Aspekte in Einrichtungen mit und ohne Erfahrungen mit der Thematik (Modellprojekte, Studien etc.)	67

**7 Tabellenverzeichnis**

Tab.	Seite
Tab. 1: Angeschriebene und beteiligte Einrichtungen und Angebote der Suchthilfe/Suchtprävention	5
Tab. 2: Rücklauf insgesamt	6
Tab. 3: Prozentanteil der Klientel mit Zuwanderungsgeschichte im Jahr 2010	10
Tab. 4: Verfügt Ihr Träger über ein Leitbild und Ihre Einrichtung/Abteilung über ein eigenes schriftliches Konzept?	13
Tab. 5: Sehen Sie mit Blick auf Leitbild oder Konzept Ergänzungs- bzw. Weiterentwicklungsbedarf im Hinblick auf die Thematik Migration bzw. kultursensible Arbeit?	14
Tab. 6: Hat sich der Anteil Beschäftigter mit Zuwanderungsgeschichte in den letzten Jahren bzw. seit Ende 2010 verändert?	16
Tab. 7: Anzahl der Einrichtungen, in denen mindestens eine Fachkraft in einer der folgenden Sprachen fließend beraten/behandeln kann	17
Tab. 8: Findet in Teambesprechungen bzw. in Supervisionen Selbstreflexion bzgl. inter- bzw. transkultureller Kompetenz statt?	20
Tab. 9: Wird das subjektive Erfahrungswissen von Beschäftigten mit Zuwanderungsgeschichte gezielt genutzt, z.B. für Reflexionsprozesse?	21
Tab. 10: Werden in der Einrichtung/Abteilung/Stelle spezifische Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungs-/Präventions-/Informationsangebote für KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte vorgehalten?	25
Tab. 11: Besteht für die KlientInnen Wahlfreiheit bezüglich des Geschlechts der/des Bezugsbetreuenden?	25
Tab. 12: Besteht für die KlientInnen Wahlfreiheit bezüglich der möglichen Beratungssprache?	26
Tab. 13: Hat die Einrichtung/Abteilung/Stelle sich schon einmal an Modellprojekten/Studien o.ä. zum Thema kulturspezifisches Arbeiten bzw. Erreichung/Versorgung von KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte beteiligt oder sich anderweitig gezielt (theoretisch) mit dem Thema auseinandergesetzt?	26
Tab. 14: Werden die betrachteten Aspekte dokumentiert?	30
Tab. 15: Gibt es eine/n Beauftragte/n für Zuwanderung/Migration/Diversity/kultursensibles Arbeiten o.ä.?	31
Tab. 16: Informieren Sie gezielt in kulturspezifischen Settings/Medien über Ihr Angebot?	33
Tab. 17: Informieren Sie im Rahmen der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit auch über ein kulturspezifisches Angebot/Profil?	34

Tab. 18:	An welchen Fachgruppen, Gremien und Arbeitskreisen zum Thema Migration nehmen Sie aktuell teil?	34
Tab. 19:	Art der Kooperationen mit Institutionen aus dem Migrationsbereich	36
Tab. 20:	Sehen Sie generell Bedarf für eine transkulturelle Suchtprävention bzw. Suchthilfe?	38
Tab. 21:	Anzahl der Fachkräfte (ohne Leitungsfunktion)	55
Tab. 22:	Anzahl der Fachkräfte (ohne Leitungsfunktion) mit Zuwanderungsgeschichte	55
Tab. 23:	Anteil der Fachkräfte (ohne Leitungsfunktion) mit Zuwanderungsgeschichte	55
Tab. 24:	Anzahl der Leitungskräfte	55
Tab. 25:	Anzahl der Leitungskräfte mit Zuwanderungsgeschichte	55
Tab. 26:	Anzahl der MitarbeiterInnen (Fachkräfte mit und ohne Leitungsfunktion) mit Zuwanderungsgeschichte	56
Tab. 27:	Anteil der MitarbeiterInnen (Fachkräfte mit und ohne Leitungsfunktion) mit Zuwanderungsgeschichte	56
Tab. 28:	Wenn offene Stellen zu besetzen sind: Wird aktiv nach MitarbeiterInnen mit Zuwanderungsgeschichte gesucht?	56
Tab. 29:	Wird der Spracherwerb von Fachkräften Ihrer Einrichtung institutionell gefördert? Angaben in Prozent	56
Tab. 30:	Anzahl der Beschäftigten in migrationsrelevanten Fortbildungen und mit migrationsrelevanten Zusatzqualifikationen	57
Tab. 31:	Anteil der Beschäftigten in migrationsrelevanten Fortbildungen und mit migrationsrelevanten Zusatzqualifikationen	57
Tab. 32:	Sind die Beschäftigten informiert über aufenthalts- und ausländerrechtliche Gegebenheiten?	57
Tab. 33:	Steht den Beschäftigten Fachliteratur zum Thema Interkulturalität, kultursensibles Arbeiten etc. zur Verfügung?	58
Tab. 34:	Kann Ihre Einrichtung/Abteilung/Stelle auf Dolmetscherdienste/SprachmittlerInnen zurückgreifen?	60
Tab. 35:	Wird in Ihrer Einrichtung/Abteilung/Stelle bei der Verpflegung Rücksicht auf kulturspezifische Besonderheiten genommen?	60
Tab. 36:	Wird in Ihrer Einrichtung/Abteilung/Stelle bei der Planung von Maßnahmen/Aktivitäten Feiertagen aus anderen Kulturen Berücksichtigung geschenkt?	60
Tab. 37:	Werden in der Ausstattung in Ihrer Einrichtung/Abteilung/Stelle anderweitig kultursensible Besonderheiten berücksichtigt/vorgehalten?	60
Tab. 38:	Suchen Sie (potentielle) Klientel in für Zuwanderergruppen spezifischen Settings auf?	61
Tab. 39:	Anzahl der KlientInnen im Jahr 2010	61

## FOGS/LWL

Tab. 40:	Nur für Einrichtungen mit (Angaben zu) KlientInnen mit Migrationshintergrund: Anteile dieser KlientInnen im Jahr 2010	62
Tab. 41:	Anteil der KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte im Jahr 2010	62
Tab. 42:	Anzahl der Angehörigen mit Zuwanderungsgeschichte im Jahr 2010	63
Tab. 43:	Anteil der Angehörigen mit Zuwanderungsgeschichte im Jahr 2010	63
Tab. 44:	Häufigste Herkunftsregion/-länder	63
Tab. 45:	Gesamtzahl der Treffen in Gremien, Fachgruppen und Arbeitskreisen zum Thema Migration pro Jahr	63
Tab. 46:	Kooperationspartner aus dem Bereich Migration/Zuwanderung	64
Tab. 47:	Art der Kooperation	64
Tab. 48:	Übermittelte Fälle im Jahr 2010	64
Tab. 49:	Anzahl Fälle mit gemeinsamer Fallbesprechungen im Jahr 2010	65
Tab. 50:	Anzahl gemeinsamer Betreuungsprozesse im Jahr 2010	65
Tab. 51:	Werden mehrsprachige KlientInnenbefragungen zur Bedarfsermittlung durchgeführt?	65
Tab. 52:	Werden Erhebungen zu transkulturellen Kompetenzen der Beschäftigten durchgeführt?	65
Tab. 53:	Hat die Einrichtung/Abteilung/Stelle oder der Träger Ziele in Bezug auf kultursensible Aspekte definiert?	66
Tab. 54:	Ist die Überprüfung dieser Ziele Gegenstand von Qualitätssicherung/Evaluation?	66
Tab. 55:	In welcher Form informieren Sie über Ihr Angebot?	66

## 8 Anhang

### Personal

Tab. 21: Anzahl der Fachkräfte (ohne Leitungsfunktion), Anzahl Einrichtungen = s. N in Klammern

ohne Angabe (N = 13)	$\Sigma$	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant (N = 149)	1.014	1	50	6,8
stationär (N = 54)	981	2	100	18,2
Gesamt (N = 203)	1.998	1	100	9,8

Tab. 22: Anzahl der Fachkräfte (ohne Leitungsfunktion) mit Zuwanderungsgeschichte, Anzahl Einrichtungen = s. N in Klammern

ohne Angabe bzw. keine Fachkräfte mit Migrationshintergrund (N = 140)	$\Sigma$	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant (N = 38)	61	1	6	1,6
stationär (N = 38)	150	2	20	3,9
Gesamt (N = 76)	211	1	20	2,8

Tab. 23: Anteil der Fachkräfte (ohne Leitungsfunktion) mit Zuwanderungsgeschichte in Prozent, Anzahl Einrichtungen = s. N in Klammern

ohne Angabe bzw. keine Fachkräfte mit Migrationshintergrund (N = 141)	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant (N = 38)	3,3	100,0	23,2
stationär (N = 37)	4,2	42,9	15,7
Gesamt (N = 75)	3,3	100,0	19,5

Tab. 24: Anzahl der Leitungskräfte, Anzahl Einrichtungen = s. N in Klammern

ohne Angabe (N = 33)	$\Sigma$	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant (N = 128)	166	1	7	1,3
stationär (N = 55)	167	1	16	3,0
Gesamt (N = 183)	333	1	16	1,8

Tab. 25: Anzahl der Leitungskräfte mit Zuwanderungsgeschichte, Anzahl Einrichtungen = s. N in Klammern

ohne Angabe bzw. keine Leitung mit Migrationshintergrund (N = 196)	$\Sigma$	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant (N = 6)	9	1	4	1,5
stationär (N = 14)	15	1	2	1,1
Gesamt (N = 20)	24	1	16	1,2

Tab. 26: Anzahl der MitarbeiterInnen (Fachkräfte mit und ohne Leitungsfunktion) mit Zuwanderungsgeschichte, Anzahl Einrichtungen = s. N in Klammern

ohne Angabe bzw. keine Fachkräfte mit Migrationshintergrund (N = 137)	$\Sigma$	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant (N = 41)	65	1	6	1,6
stationär (N = 38)	163	1	21	4,3
Gesamt (N = 79)	228	1	21	2,9

Tab. 27: Anteil der MitarbeiterInnen (Fachkräfte mit und ohne Leitungsfunktion) mit Zuwanderungsgeschichte in Prozent, Anzahl Einrichtungen = s. 2. Spalte

ohne Angabe bzw. keine Fachkräfte mit Migrationshintergrund (N = 141)	N	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant	39	3,2	50,0	18,2
stationär	36	3,7	40,0	15,0
Gesamt	75	3,2	50,0	16,6

Tab. 28: Wenn offene Stellen zu besetzen sind: Wird aktiv nach MitarbeiterInnen mit Zuwanderungsgeschichte gesucht? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
ja	17,2	11,9	15,7
nein	78,3	86,4	80,6
keine Angabe	4,5	1,7	3,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 29: Wird der Spracherwerb von Fachkräften Ihrer Einrichtung institutionell gefördert? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
ja	8,3	11,9	9,3
nein	87,3	88,1	87,5
keine Angabe	4,5	0	3,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 30: Anzahl der Beschäftigten in migrationsrelevanten Fortbildungen und mit migrationsrelevanten Zusatzqualifikationen (im Jahr 2010), Anzahl Einrichtungen = s. 2. Spalte

	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Mittelwert</b>
<i>Fortbildungen</i>				
ohne (Angaben zu) Fortbildungen	170	-	-	-
mit (Angaben zu) Fortbildungen	46	1	20	2,9
ambulant	32	1	10	2,5
stationär	14	1	20	3,6
<i>Zusatzqualifikationen</i>				
ohne (Angaben zu) Zusatzqualifikation	199	-	-	-
mit (Angaben zu) Fortbildungen	17	1	8	2,1
ambulant	13	1	3	1,7
stationär	4	1	8	3,3

Tab. 31: Anteil der Beschäftigten in migrationsrelevanten Fortbildungen und mit migrationsrelevanten Zusatzqualifikationen, Angaben in Prozent, Anzahl Einrichtungen = s. 2. Spalte

	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Mittelwert</b>
<i>Fortbildungen</i>				
ohne (Angaben zu) Fortbildungen	175	-	-	-
mit (Angaben zu) Fortbildungen	41	2,9	100,0	30,3
ambulant	28	2,9	100,0	36,7
stationär	13	3,9	46,5	16,5
<i>Zusatzqualifikationen</i>				
ohne (Angaben zu) Zusatzqualifikation	199	-	-	-
mit (Angaben zu) Fortbildungen	16	4,2	42,9	15,1
ambulant	12	4,2	42,9	16,4
stationär	4	5,9	18,6	11,1

Tab. 32: Sind die Beschäftigten informiert über aufenthalts- und ausländerrechtliche Gegebenheiten? Angaben in Prozent

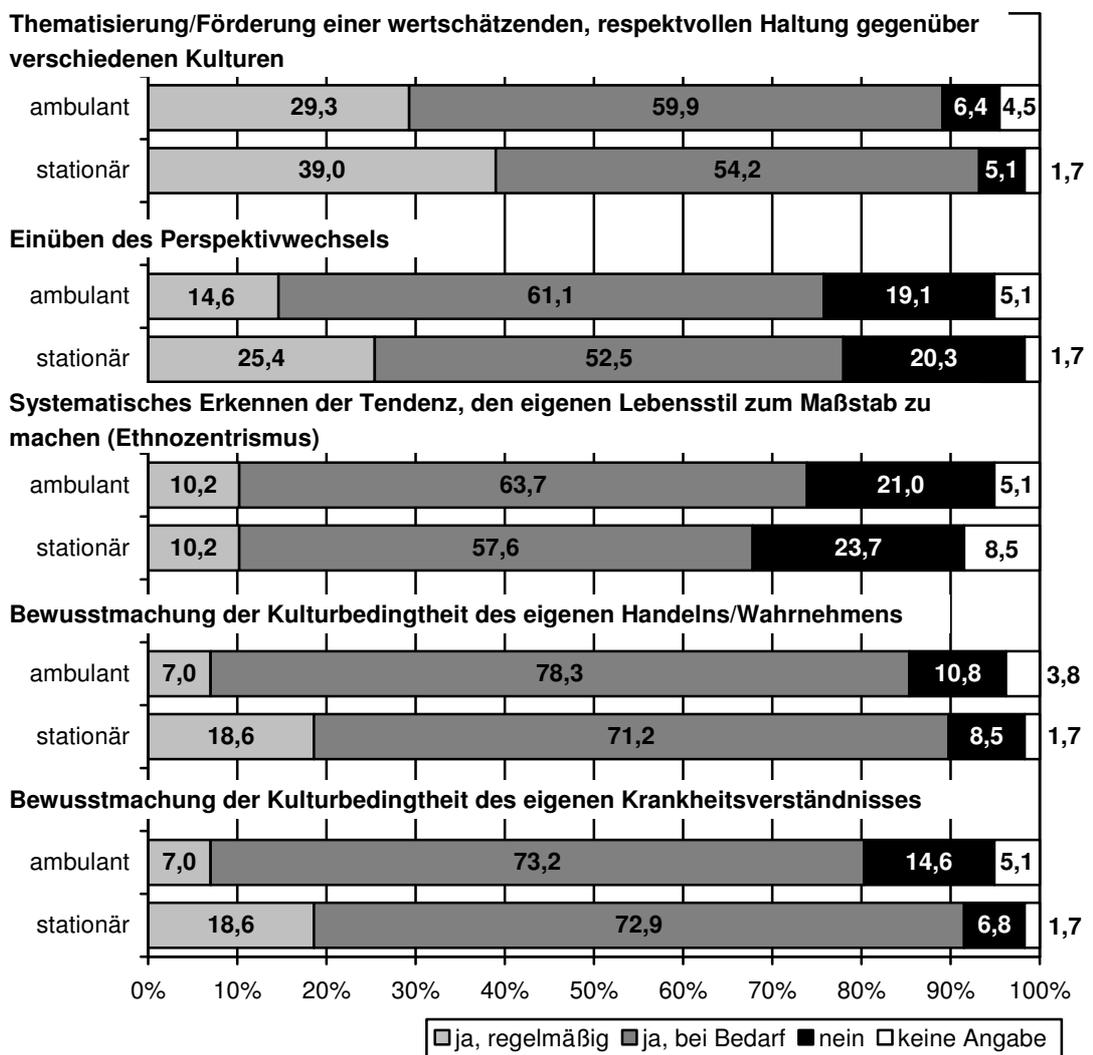
	<b>ambulant (N = 157)</b>	<b>stationär (N = 59)</b>	<b>Gesamt (N = 216)</b>
ja	61,1	62,7	61,6
nein	34,4	30,5	33,3
keine Angabe	4,5	6,8	5,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 33: Steht den Beschäftigten Fachliteratur zum Thema Interkulturalität, kultursensibles Arbeiten etc. zur Verfügung? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
ja	55,4	55,9	55,6
nein	42,7	40,7	42,1
keine Angabe	1,9	3,4	2,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

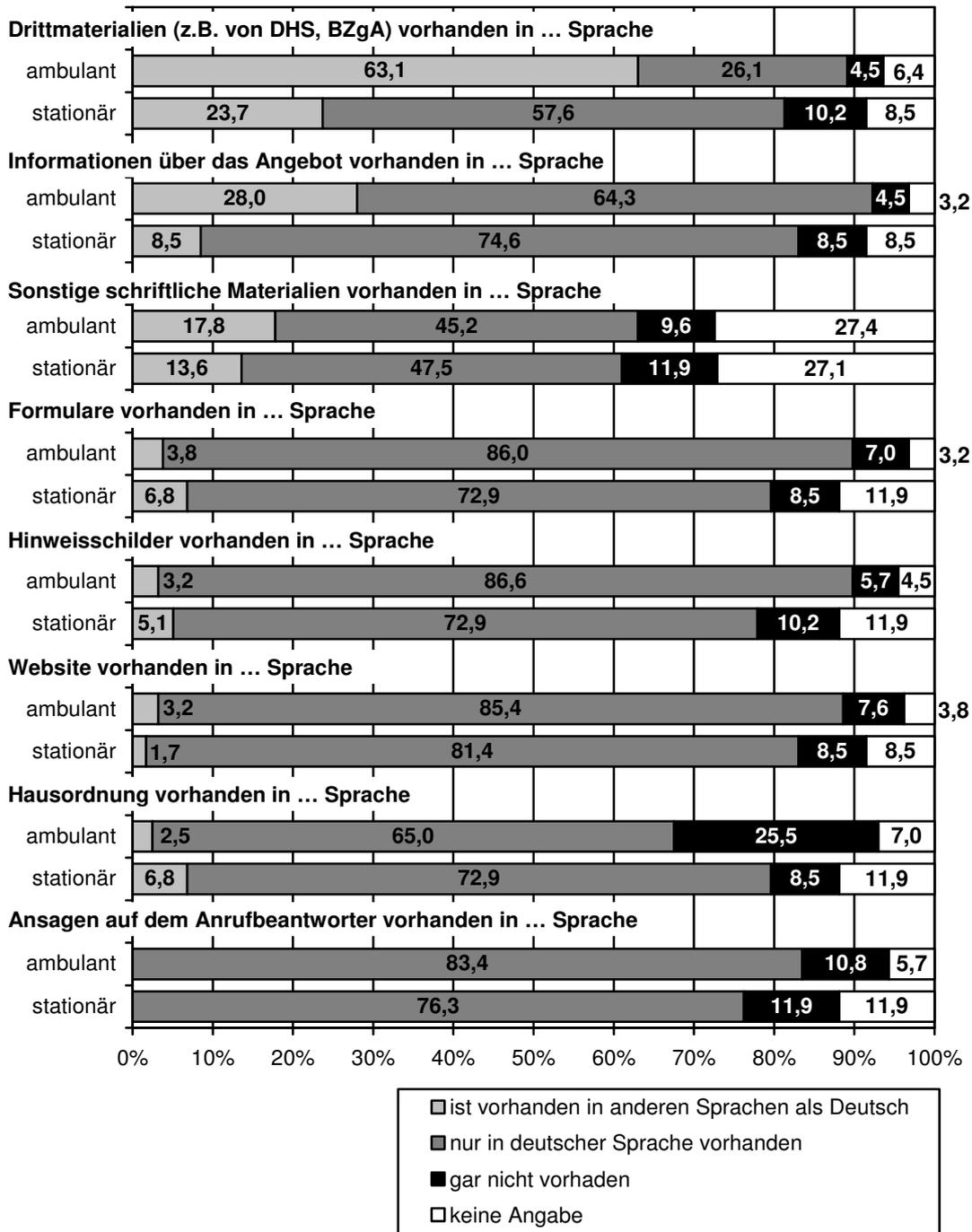
**Teamprozesse**

Abb. 15: Reflexionsschritte in den Teams, N = 157 ambulante und 59 stationäre Einrichtungen



**Kultursensible Angebote**

Abb. 16: Mehrsprachige Angebote, Informationen, Hinweise etc., N = 157 ambulante und 59 stationäre Einrichtungen



Tab. 34: Kann Ihre Einrichtung/Abteilung/Stelle auf Dolmetscherdienste/SprachmittlerInnen zurückgreifen? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
ja	66,2	49,2	61,6
nein	30,6	49,2	35,6
keine Angabe	3,2	1,7	2,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 35: Wird in Ihrer Einrichtung/Abteilung/Stelle bei der Verpflegung Rücksicht auf kulturspezifische Besonderheiten genommen (z.B. vegetarisches/schweinefleischfreies Essen)? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
ja	15,9	72,9	31,5
nur auf Sonderwunsch	8,9	16,9	11,1
nein	10,8	0,0	7,9
keine Verpflegung	59,2	10,2	45,8
keine Angabe	5,1	0,0	3,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 36: Wird in Ihrer Einrichtung/Abteilung/Stelle bei der Planung von Maßnahmen/Aktivitäten Feiertagen aus anderen Kulturen Berücksichtigung geschenkt? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
nein	83,4	50,8	74,5
ja	14,6	47,5	23,6
keine Angabe	1,9	1,7	1,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 37: Werden in der Ausstattung in Ihrer Einrichtung/Abteilung/Stelle anderweitig kultursensible Besonderheiten berücksichtigt/vorgehalten (anderssprachige Zeitschriften, Literatur, Samowar im Wartezimmer o.ä.)? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
nein	88,5	76,3	85,2
ja	10,2	23,7	13,9
keine Angabe	1,3	0,0	0,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 38: Suchen Sie (potentielle) Klientel in für Zuwanderergruppen spezifischen Settings (bspw. Jugendmigrationsdienste, Kultur- oder Jugendzentren etc.) auf? Angaben in Prozent

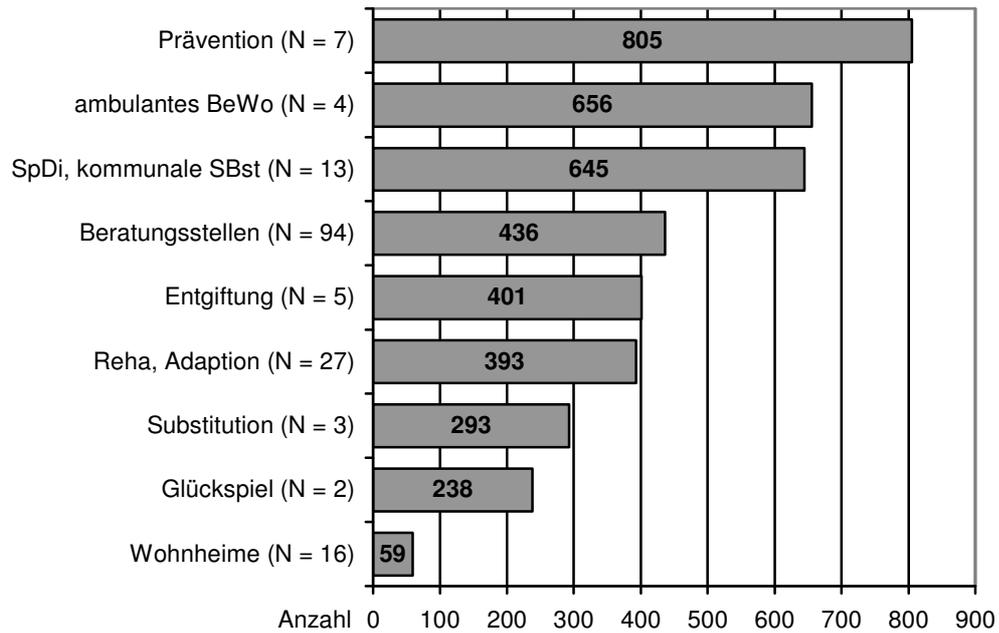
	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
nein	75,2	96,6	81,0
ja	23,6	3,4	18,1
keine Angabe	1,3	0,0	0,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0

## Klientel

Tab. 39: Anzahl der KlientInnen im Jahr 2010, Anzahl Einrichtungen = s. N in Klammern

	$\Sigma$	Min.	Max.	Mittelwert
ohne (verwertbare) Angaben (N = 42)	-	-	-	-
geschätzte Angaben (N = 64)	33.688	38	2.800	526
ambulant (N = 47)	25.715	38	2.800	547
stationär (N = 17)	7.973	43	2.200	469
genaue Angaben (N = 110)	40.167	18	3.100	365
ambulant (N = 78)	34.183	25	1.716	438
stationär (N = 32)	5.984	18	3.100	187
alle Angaben zusammen (N = 174)	73.855	18	3.100	424
ambulant (N = 125)	59.898	25	2.800	479
stationär (N = 49)	13.957	18	3.100	285

Abb. 17: Mittelwert der KlientInnen im Jahr 2010 nach Einrichtungsarten, N = 171 Einrichtungen



Tab. 40: Nur für Einrichtungen mit (Angaben zu) KlientInnen mit Migrationshintergrund (N = 171): Anteile dieser KlientInnen im Jahr 2010, Angaben in Prozent

	ambulant (N = 123)	stationär (N = 48)	Gesamt (N = 171)
unter 5 %	8,1	0,0	5,8
5 bis unter 20 %	52,0	47,9	50,9
20 bis unter 35 %	33,3	29,3	32,2
35 bis unter 50 %	3,3	18,8	7,6
50 % und mehr	3,3	4,2	3,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 41: Anteil der KlientInnen mit Zuwanderungsgeschichte im Jahr 2010, Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
keine (Angabe)	21,7	18,6	20,8
unter 5 %	6,4	0,0	4,6
5 bis unter 20 %	40,8	39,0	40,3
20 bis unter 35 %	26,1	23,7	25,5
35 bis unter 50 %	2,5	15,3	6,0
50 % und mehr	2,5	3,4	2,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 42: Anzahl der Angehörigen mit Zuwanderungsgeschichte im Jahr 2010

keine (Angaben zu) Angehörigen (N = 174)	$\Sigma$	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant (N = 37 davon 22 geschätzt )	4.070	4	800	110
stationär (N = 5, davon 1 geschätzt)	268	6	172	54
Gesamt (N = 42, davon 23 geschätzt)	4.338	4	800	103

Tab. 43: Anteil der Angehörigen mit Zuwanderungsgeschichte im Jahr 2010, in Prozent

keine (verwertbaren) Angaben (N = 177)	N	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant	34	2,9	100,0	26,8
stationär	5	12,0	66,7	29,0
Gesamt	39	2,9	100,0	27,1

Tab. 44: Häufigste Herkunftsregion/-länder (häufigste/zweithäufigste oder dritthäufigste), Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
ehemalige Sowjetunion	83,4	89,8	85,2
Türkei	75,8	74,6	75,5
Polen	60,5	71,2	63,4
arabischer/persischer Raum	19,1	18,6	19,0
ehem. Jugoslawien	16,6	10,2	14,8
Italien	15,3	1,7	11,6
Niederlande	1,9	1,7	1,9
Sonstiges	5,1	3,4	4,6

## Vernetzung

Tab. 45: Gesamtzahl der Treffen in Gremien, Fachgruppen und Arbeitskreisen zum Thema Migration pro Jahr, Anzahl Einrichtungen = s. N in Klammern

keine (Angaben) N = 153	$\Sigma$	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant (N = 43)	226	1	26	5,3
stationär (N = 20)	81	1	18	4,0
Gesamt (N = 63)	307	1	26	4,9

Tab. 46: Kooperationspartner aus dem Bereich Migration/Zuwanderung, Angaben in Prozent (Mehrfachnennung)

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
keine (Angaben zu) Kooperation im Bereich Migration	32,5	49,2	37,0
Integrations-/Migrationsdienste	31,8	5,1	24,5
migrationsspez. Beratung/Flüchtlingshilfe	22,9	10,2	19,4
fremdsprachliche Ärzte/Ärztinnen	16,6	20,3	17,6
Kliniken	15,9	13,6	15,3
Vereine/Migrantenorganisationen	13,4	3,4	10,6
andere Beratungsstellen/Hilfen	8,3	10,2	8,8
Behörden	8,9	3,4	7,4
Selbsthilfe	2,5	3,4	2,8
DolmetscherIn	1,3	1,7	1,4
Sonstiges	6,4	5,1	6,0

Tab. 47: Art der Kooperation, Angaben in Prozent (Mehrfachnennung)

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
ohne Angaben	33,1	49,2	37,5
(fachlicher) Austausch	44,6	23,7	38,9
Zuweisung/Vermittlung	38,9	22,0	34,3
Rückgriff auf Erfahrungen aus MSO	34,4	22,0	31,0
gemeinsame Betreuungsprozesse	21,7	11,9	19,0
gemeinsame Fallbesprechungen	21,0	8,5	17,6
gemeinsame Veranstaltungen	19,7	8,5	16,7
gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit	8,3	1,7	6,5
Sonstiges	1,9	5,1	2,8

Tab. 48: Übermittelte Fälle im Jahr 2010, Anzahl Einrichtungen = s. N in Klammern

keine (Angaben zu) Fälle(n) N = 176	$\Sigma$	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant (N = 35)	303	1	65	8,7
stationär (N = 5)	17	1	5	3,3
Gesamt (N = 40)	320	1	65	8,0

Tab. 49: Anzahl Fälle mit gemeinsamer Fallbesprechungen im Jahr 2010, Anzahl Einrichtungen = s. N in Klammern

keine (Angaben zu) Fälle(n) N = 194	$\Sigma$	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant (N = 19)	103	1	30	5,4
stationär (N = 3)	7	1	3	2,3
Gesamt (N = 22)	110	1	30	5,0

Tab. 50: Anzahl gemeinsamer Betreuungsprozesse im Jahr 2010, Anzahl Einrichtungen = s. N in Klammern

keine (Angaben zu) Fälle(n) N = 193	$\Sigma$	Min.	Max.	Mittelwert
ambulant (N = 20)	88	1	11	4,4
stationär (N = 3)	3	1	1	1,0
Gesamt (N = 23)	91	1	11	4,0

## Qualitätssicherung

Tab. 51: Werden mehrsprachige KlientInnenbefragungen zur Bedarfsermittlung durchgeführt? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
nein	91,1	86,4	89,8
ja	8,3	10,2	8,8
keine Angabe	0,6	3,4	1,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 52: Werden Erhebungen zu transkulturellen Kompetenzen der Beschäftigten durchgeführt? Angaben in Prozent

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
nein	89,8	76,3	86,1
ja	7,0	18,6	10,2
keine Angabe	3,2	5,1	3,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 53: *Hat die Einrichtung/Abteilung/Stelle oder der Träger Ziele in Bezug auf kultursensible Aspekte definiert? Angaben in Prozent*

	ambulant (N = 157)	stationär (N = 59)	Gesamt (N = 216)
nein	82,8	78,0	81,5
ja	13,4	16,9	14,4
keine Angabe	3,8	5,1	4,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 54: *Ist die Überprüfung dieser Ziele Gegenstand von Qualitätssicherung/Evaluation? Angaben in Prozent (N = 29 Einrichtungen)*

	ambulant	stationär	Gesamt
ja	84,2	70,0	79,3
nein	15,8	30,0	20,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 55: *In welcher Form informieren Sie über Ihr Angebot? Angaben in Prozent (N = 37 Einrichtungen, Mehrfachnennungen)*

	ambulant	stationär	Gesamt
Artikel/Werbung in fremdsprachigen Zeitschriften	16,1	33,3	18,9
Beiträge/Links in kulturspezifischen Sozialen Netzwerken oder Foren	6,5	16,7	8,1
Aushänge/Flyer in Einrichtungen bestimmter Migrantengemeinschaften	64,5	100,0	70,3
Infoveranstaltungen in Einrichtungen bestimmter Migrantengemeinschaften	64,5	50,0	62,2
Sonstiges	19,4	0,0	16,2

Abb. 18: Ausgewählte Aspekte in Einrichtungen mit und ohne MitarbeiterInnen mit migrations-spezifischer Zusatzausbildung und/oder Fortbildungen, N = 51 Einrichtungen mit und 165 Einrichtungen ohne entsprechende Qualifikationen

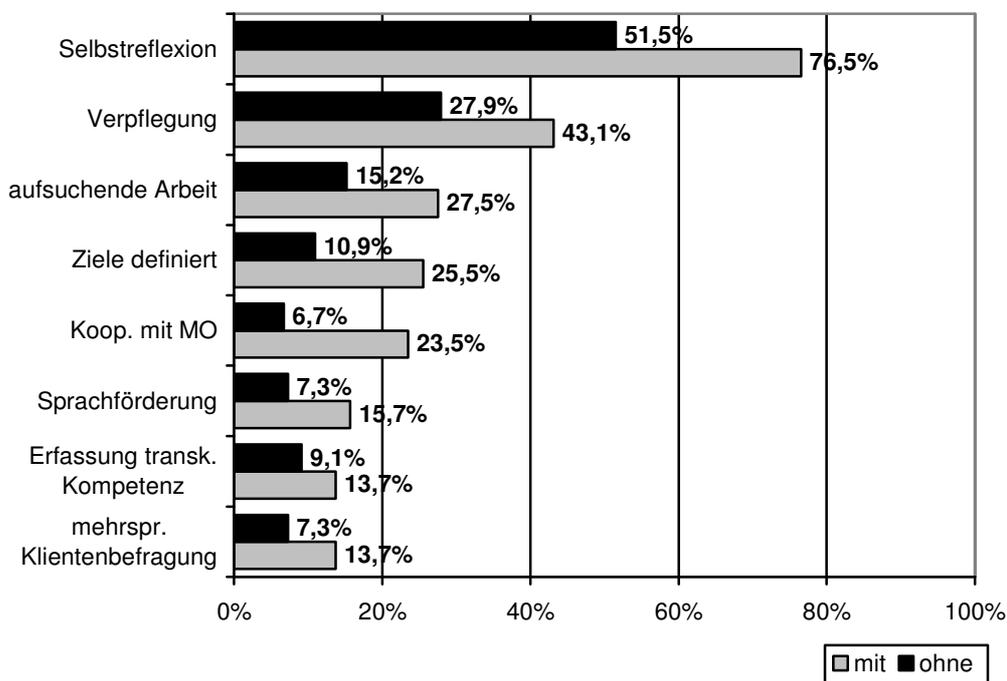
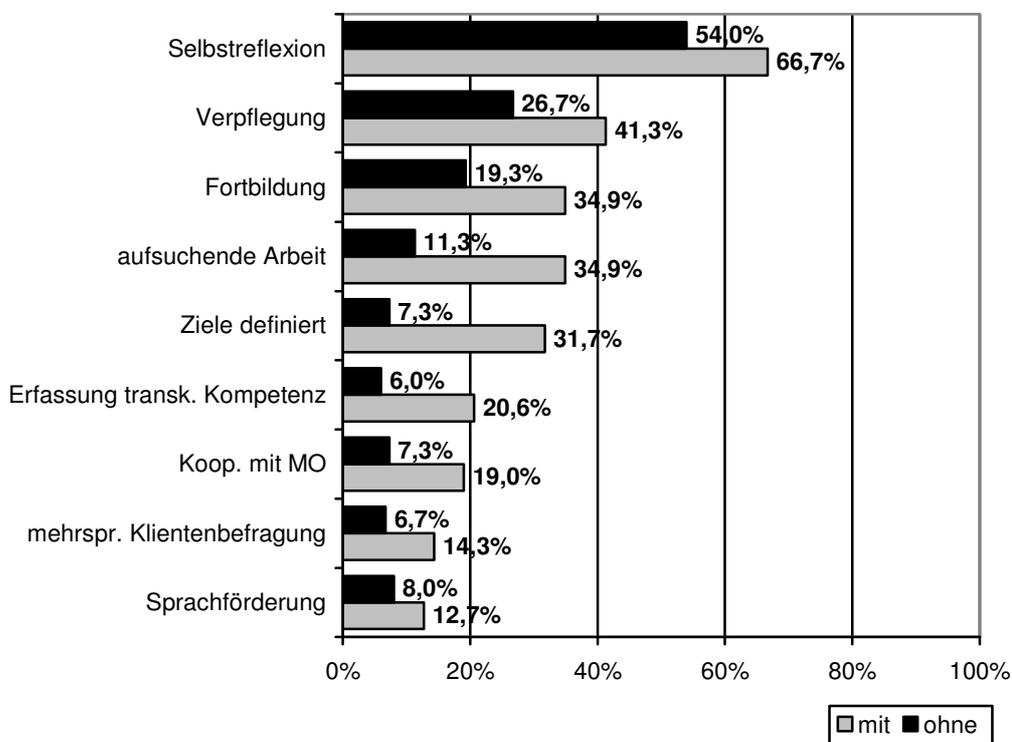


Abb. 19: Ausgewählte Aspekte in Einrichtungen mit und ohne Erfahrungen mit der Thematik (Modellprojekte, Studien etc.), N = 63 Einrichtungen mit und 150 Einrichtungen ohne entsprechende Erfahrungen



**FOGS/LWL**

