

WEGGEGEÄHRTE

Sucht-(Selbst)hilfe und Migration



KREUZBUND

Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige

Liebe Weggefährtinnen und Weggefährten!

Auferstehung und Aufstehen

Ein Pallottinerpater aus meinem Heimatort wirkt als Missionar in Südafrika. Als er auf Heimaturlaub war, erzählte er mir von einem Erlebnis in Kapstadt. Jeden Tag, wenn er durch die Straßen von Kapstadt ging, sah er einen Mann in den besten Jahren, der an die Hausmauer angelehnt auf dem Boden hockte und mit der ausgestreckten Hand um eine Gabe bat. Er konnte nicht gehen. Seine Beine waren verstümmelt. Zu oft sei er an ihm vorbeigegangen, ohne richtig zu überlegen, was es heißt, nicht aufstehen zu können, behindert zu sein.

Eines Tages wurde ihm das Lebensschicksal dieses Mannes in seiner ganzen Härte bewusst. Denn er sah, wie viele an ihm vorbeigingen, ohne ihn zu beachten. Kurzentschlossen ist er auf ihn zugegangen und hat ihn gefragt, ob er aufstehen möchte, ob er den Wunsch hätte, gehen zu können. Misstrauisch habe ihn der Behinderte gemustert. Dann aber habe er angefangen zu erzählen: „Ich hoffe immer noch auf eine Wende in meinem Leben. Sie sind der erste Passant, der mich angesprochen hat. Ansonsten bin ich mit meinem Schicksal so allein. Für viele ist es peinlich anzuhalten. Ich möchte mich zu gerne weiterbewegen können, aber niemand hilft mir dabei. Und die Gehwerkzeuge sind für mich und meine Verwandten unerschwinglich. Ich muss es wohl vergessen.“ Mein Mitbruder gab ihm die Hand und versprach ihm: „Ich werde sie zum Gehen bringen.“ Dann ging er nach Hause.

In der Sonntagsmesse sprach der Pater in der Predigt dann über das Schicksal dieses Mannes und was wir tun könnten, um ihm zu helfen. Eine spontane Kollekte brachte mehr ein als für Krücken und künstliche Beine notwendig ist. Mein Mitbruder war überrascht und freute sich sehr. Noch froher war der Mann an der Straße. Er konnte es gar nicht glauben,



Pater Ludger Zewe

dass ihm geholfen wurde. Er übte die nächsten Wochen fleißig, bis er auch ohne Hilfe gehen konnte.

Dann nahte das Osterfest. Der Pater hatte den Mann zum Hauptgottesdienst eingeladen und ihm einen Platz ganz vorn neben dem Altar gegeben. Er predigte ein zweites Mal von ihm und sagte: „Jesus ist auferstanden zu neuem Leben. Er schenkt auch uns neues Leben. Wir haben es in der Hand, dass auch für unsere Mitmenschen ein ganz neues Leben beginnt. Durch Sie hat es für unseren Freund, der neben mir sitzt, begonnen. Stehen Sie auf und zeigen Sie sich der Gemeinde, zu der sie nun gehören.“ Er stand auf und zeigte, dass er gehen konnte. Bewegende Begeisterung erfüllte die Kirche. Das, so erzählte mir mein Mitbruder, war für ihn die schönste Feier der Auferstehung.

An Ostern feiern wir das Fest der Auferstehung unseres Herrn Jesus Christus. Es ist sozusagen das höchste Fest der Christen. Leider wird es im Bewusstsein vieler Christen durch das Weihnachtsfest verdrängt. Aber das Osterfest ist das Fundament unseres Glaubens. Der Apostel Paulus schreibt dazu in seinem Brief an die Gemeinde in Korinth:

„Wenn Christus nicht auferweckt worden wäre, wäre unser Glaube nutzlos.“ Gerade durch die Auferstehung zeigt sich,

dass Gott uns nicht im Stich lässt, sondern zu uns steht. Nehmen wir doch durch die Taufe teil an Jesu Tod und Auferstehung. Der Jesuitenpater Alfred Delp drückt das so aus: Wir gehen nie allein, Gott geht alle Wege mit.“

Ein zweiter Gedanke kommt für mich dazu: In dem Wort Auferstehung entdeckte ich den Begriff „Aufstehen“. Aufstehen fällt einem nicht nur am Morgen mehr oder weniger schwer, wenn man den Schlaf beenden und aufstehen muss. Aufstehen bedeutet für mich auch, aus einer Notlage herauszufinden, um Neues beginnen zu können. So wie es bei diesem behinderten Mann der Fall war, der plötzlich wieder aufstehen und gehen kann. Dabei hatte ihm die Gemeinschaft der Pfarrgemeinde geholfen.

Aufstehen zu müssen, diese Erfahrung hat wohl jeder von uns schon einmal gemacht. Jeder wird erlebt haben, dass er oder sie am Boden lag und aufstehen musste, um einen neuen Weg durchs Leben zu finden. Da ist es gut, wenn ich jemanden habe, der mir beisteht. Für mich und meinen Glauben ist dies der Auferstandene Herr Jesus Christus, dessen Hilfe ich in meinem Leben schon des Öfteren erfahren habe.

Dabei müssen das nicht großartige Wundertaten sein. Eigentlich sind es oft ganz alltägliche Dinge, durch die für mich Jesus unter uns wirkt. Zu diesen alltäglichen Dingen gehört z. B. auch die Hilfe von meinen Mitmenschen. Und dazu zähle ich auch die Gemeinschaft im Kreuzbund. Diese Gemeinschaft ist die Hand, die stützt und unterstützt und beim Aufstehen und beim Stehenbleiben hilft. Als gläubiger Mensch behaupte ich, dass durch sie Jesus in unserem Leben wirkt und wirken kann. Auf diese Weise wird Ostern unter uns lebendig erfahrbar.

Ich wünsche allen in diesem Sinne ein gesegnetes und frohes Osterfest.

Pater Ludger Zewe, Geistlicher Beirat des Kreuzbund-Diözesanverbandes Limburg

Zu dieser Ausgabe



Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dem Schwerpunkt „Sucht-(Selbst)hilfe und Migration“ widmen wir uns einem Themenzusammenhang, der spätestens seit 2015 Brisanz erfahren hat, als vor Krieg, Gewalt, Tyrannei, Vertreibung und Armut geflüchtete Menschen nach Deutschland kamen. Wenn wir uns mit den Schicksalen und Biografien

von geflüchteten Menschen beschäftigen, finden wir immer wieder ähnliche negative Lebensereignisse, die von Traumatisierung, Entwurzelung zerrissenen Familien, Armut und Heimatlosigkeit berichten – allesamt Faktoren für die Entstehung einer Suchterkrankung.

Wir beleuchten in dieser Ausgabe des WEGGEFÄHRTE, welche Erfahrungen das Hilfesystem bei der Versorgung suchtkranker Menschen mit Migrationshintergrund gemacht hat. Dabei stellen wir auch die Frage, welches Suchtverständnis sie haben, warum sie für die Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe schwer erreichbar sind und welche Maßnahmen das ändern könnte.

Wir schauen außerdem in die 1990-er Jahre zurück, als Spätaussiedler*innen aus Russland und Flüchtlinge aus dem damaligen Jugoslawien nach Deutschland kamen. Daran wird deutlich, dass die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund immer vielfältiger wird, z.B. Alt- und Neueingewanderte, Menschen mit oder ohne eigene Migrationserfahrung, hier geborene und aufgewachsene Kinder und Enkelkinder von Eingewanderten.

Übrigens: Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes hat eine Person einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt. Das betrifft insgesamt 20,8 Millionen Menschen in Deutschland, das sind über 25 Prozent der Bevölkerung.

Die Rubrik „Aus dem Bundesverband“ fällt dieses Mal etwas kürzer aus, u.a. weil einige Veranstaltungen wegen der Corona-Pandemie gar nicht oder nur in digitaler Form stattfinden konnten. Wir hoffen aber, dass wir möglichst alle Seminare und Tagungen im Frühjahr und Sommer durchführen können – unter Umständen mit einer reduzierten Teilnehmendenzahl und selbstverständlich unter den jeweils geltenden Hygieneregeln.

Empfehlen möchten wir Ihnen auf jeden Fall die Ergebnisse einer Umfrage zu den Corona-Belastungen und -Herausforderungen an die Gruppenleitungen. (S. 2-3)

Der Kreuzbund-Chat hat sich ein Jahr nach seinem Start zu einem ausbaufähigen Kommunikationsinstrument entwickelt – inzwischen gibt es fast täglich einen Chat. Wie der Chat bisher gelaufen ist und welche Pläne es für die Zukunft gibt, erfahren Sie auf den Seiten 3-4.

Viele gute Lesemomente, neue Erkenntnisse und ein frohes Osterfest wünscht Ihnen

Ihre Gunhild Ahmann

PS. Und bitte bleiben Sie gesund!

Aus dem Inhalt

Seite

IMPULS U2

ZU DIESER AUSGABE 1

AUS DEM BUNDESVERBAND 2-5

- Umfrage bei den Gruppenleitungen zur Corona-Krise
- Rückblick und Ausblick zum Kreuzbund-Chat
- Junger Kreuzbund-Chat

IM BLICKPUNKT:

„SUCHT-(SELBST)HILFE UND MIGRATION 6-16

- Sensibel für andere Denk- und Verhaltensweisen
- Akzeptanz und Vertrauen sind der einzige Weg
- Es fehlen passgenaue Behandlungsangebote für suchtkranke Geflüchtete
- Integration beugt Sucht vor
- Polnische Anfragen beim Kreuzbund
- Ein anderer Blick auf die Sucht

HOBBY + FREIZEIT 17

PERSÖNLICHE GESCHICHTEN 18-19

AUS DEN DIÖZESANVERBÄNDEN 20-24

PASSIERT – NOTIERT 25-32

TERMINVORSCHAU / IMPRESSUM U3

Umfrage bei den Gruppenleitungen zur Corona-Krise

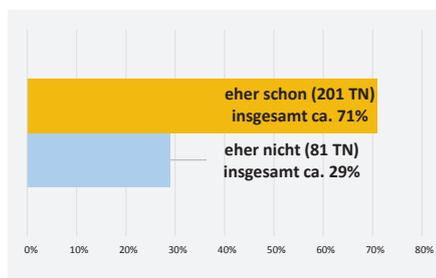
Vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2020 hat sich die Bundesgeschäftsstelle mit einem Fragebogen zu Corona-Belastungen und -Herausforderungen an die Gruppenleitungen des Kreuzbundes gewandt. Der Fragebogen orientiert sich an den subjektiven Einschätzungen der Gruppenleitungen. Es haben sich ca. 285 Gruppenleitungen beteiligt. Selbstverständlich hat die Umfrage keinen wissenschaftlichen Standard. Dennoch lassen sich deutliche Tendenzen erkennen. Die Kommentare unter den einzelnen Fragen entsprechen zum einen subjektiven Interpretationen und speisen sich zum anderen aus den schriftlichen Kommentaren einzelner Gruppenleitungen im Rahmen der Umfrage.

Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Gruppenleitungen für die Teilnahme!

1) Inwieweit machen / machten sich Ihres Erachtens Ihre Gruppenmitglieder im Zusammenhang mit der Corona-Krise Sorgen

a) ... um die eigene Gesundheit? / 282 Teilnehmende (TN)

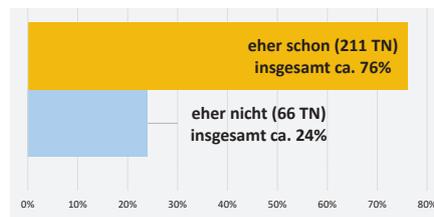
eher schon: ca. 71 % (201 TN)
eher nicht: ca. 29 % (81 TN)



*Kommentar: Ca. 2/3 der Selbsthilfgruppen-Besucher*innen machen sich nach Einschätzung der Gruppenleitungen Sorgen um die eigene Gesundheit. Ca. 1/3 ist eher weniger besorgt.*

b) ... um die Gesundheit ihrer Familie, Freunde, Weggefährten in der Selbsthilfgruppe? / 277 Teilnehmende

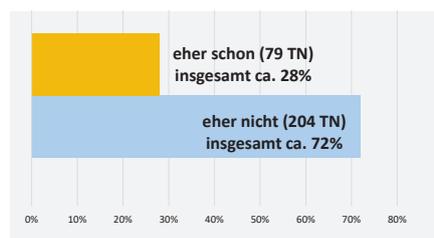
eher schon: ca. 76 % (211 TN)
eher nicht: ca. 24 % (66 TN)



*Kommentar: Etwas mehr als 2/3 der Gruppenbesucher*innen äußern sich nach Einschätzung der Gruppenleitungen besorgt um die Gesundheit der Zugehörigen. In Zusammenschau der ersten beiden Fragen wird deutlich, dass die Sorgen um andere etwas größer sind als die um sich selbst.*

c) ... um ihre finanzielle Situation? / 283 Teilnehmende

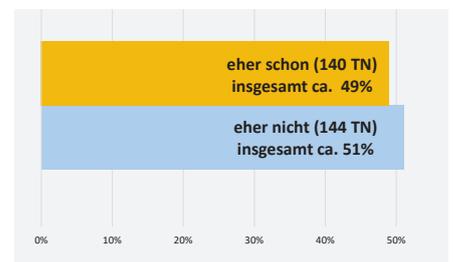
eher schon: ca. 28 % (79 TN)
eher nicht: ca. 72 % (204 TN)



*Kommentar: Ca. 2/3 der Gruppenbesucher*innen machen sich nach Einschätzung der Gruppenleitungen tendenziell weniger Sorgen um ihre finanzielle Situation. Der Altersdurchschnitt der Gruppenbesucher*innen ist eher höher; viele sind berentet, so dass die materielle Situation durch die Krise weniger berührt zu sein scheint als dies bei jüngeren Menschen der Fall ist. Jüngere Gruppenmitglieder machen sich diesbezüglich eher Sorgen. Dies wird auch aus den Rückmeldungen der Gruppenleitungen bei den Kommentaren zur Befragung deutlich.*

2) Inwieweit fühlten sich Ihres Erachtens Ihre Gruppenmitglieder in den ersten Monaten der Krise einsam? / 284 Teilnehmende

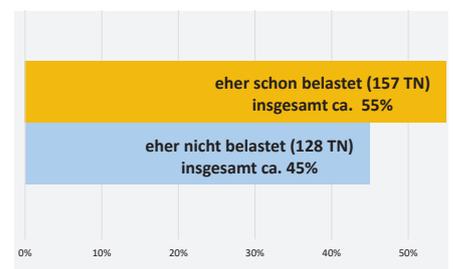
eher schon: ca. 49 % (140 TN)
eher nicht: ca. 51 % (144 TN)



*Kommentar: Fast jeder Zweite fühlte sich nach Einschätzung der Gruppenleitungen einsam. Es ist zu vermuten, dass das Gefühl der Einsamkeit bei Selbsthilfebesucher*innen etwas größer ist als beim Durchschnitt der Bevölkerung. Schließlich gibt es gute Gründe für den Besuch einer Selbsthilfgruppe.*

3.) Wie schätzen Sie Ihres Erachtens das seelische Wohlbefinden Ihrer Gruppenmitglieder seit Beginn der Coronakrise ein? / 285 Teilnehmende

eher schon belastet: ca. 55 % (157 TN)
eher nicht belastet: ca. 45 % (128 TN)

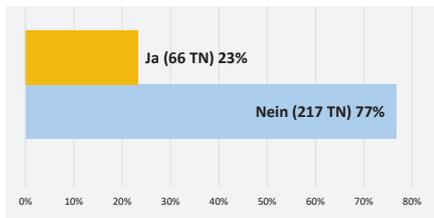


Kommentar: Nach Einschätzung der Gruppenleitungen fühlt sich etwas mehr als jeder Zweite in seinem Befinden eher belastet. Auch hier zeigt sich m.E., dass Menschen, die in einer Selbsthilfgruppe zusammenkommen, einen vergleichsweise höheren Belastungsgrad als die Durchschnittsbevölkerung haben. Wer sich mit Gleichsinn-

ten in einer Gruppe trifft, möchte etwas in seinem Leben verändern. Besonders in Corona-Zeiten ist die Gruppe ein wichtiger Halt für Suchtkranke und Angehörige.

4. Gab es ein vermehrtes Aufkommen an Rückfällen in Ihrer Gruppe seit Beginn der Coronakrise? / 283 Teilnehmende

Ja: 23 % (66 TN)
Nein: 77 % (217 TN)

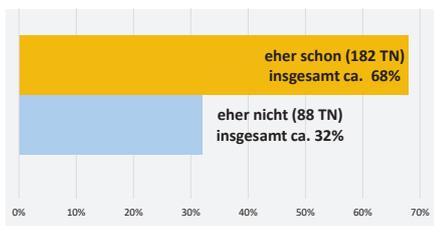


Kommentar: Fast ein Viertel der Gruppenleitungen schätzt die Zahl der Rückfälligen während der Corona-Krise höher als üblich ein. Einige Gruppenleitungen berichten von Rückfällen bei den Neuzugängen in der Gruppe.

5. Sind Sie während der Kontakteinschränkungen in Kontakt mit Ihren Gruppenmitgliedern gewesen?

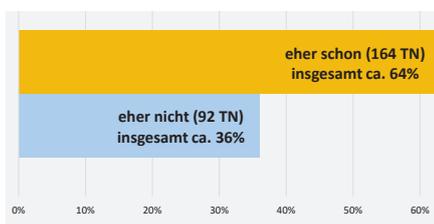
a) ... vor allem telefonisch

eher schon: ca. 68 % (182 TN)
eher nicht: ca. 32 % (88 TN)



b) ... vor allem über digitale Netzwerke

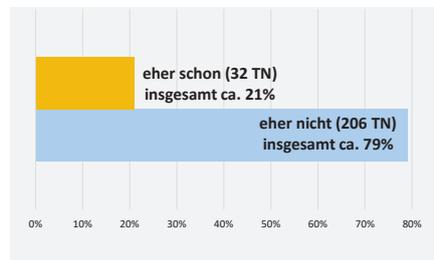
eher schon: ca. 64 % (164 TN)
eher nicht: ca. 36 % (92 TN)



Kommentar: Ca. 2/3 der Gruppenleitungen waren im telefonischem Kontakt mit den Gruppenmitgliedern. Die Anzahl der digitalen Kontakte (z.B. WhatsApp, Jitsi, Zoom u.a) liegt geringfügig darunter. Vor dem Hintergrund des höheren Durchschnittsalters vieler Gruppenleitungen ist dies eine beeindruckend hohe Anzahl. Etliche Regionalverbände und Gruppen haben die Corona-Krise zum Anlass genommen, digital „aufzurüsten“ und sich mit entsprechender Technik ausgestattet. Einige Gruppenleitungen berichten, dass die regelmäßigen digitalen Gruppentreffen besser genutzt werden als die analogen und eingeschränkten Gruppentreffen vor Ort. Viele erleben die digitalen Möglichkeiten als sehr hilfreich. Gleichwohl könne dieser Ersatz die leibhaftigen Gruppentreffen nicht ersetzen.

c) ... vor allem von Angesicht zu Angesicht, z.B. Spaziergänge mit Einzelpersonen

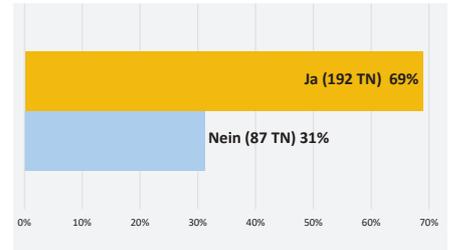
eher schon: ca. 21 % (32 TN)
eher nicht: ca. 79 % (206 TN)



*Kommentar: Die weitaus meisten Gruppenleitungen haben die Möglichkeit, sich von Angesicht zu Angesicht mit einzelnen Gruppenmitgliedern zu treffen, eher nicht genutzt. Dies kann man angesichts der Gruppengrößen auch nicht erwarten. Bleibt zu hoffen, dass ein guter Gruppenzusammenhalt vor der Corona-Zeit die Gruppenbesucher*innen motiviert hat, sich untereinander zu zweit in sicheren Kontexten miteinander zu verabreden.*

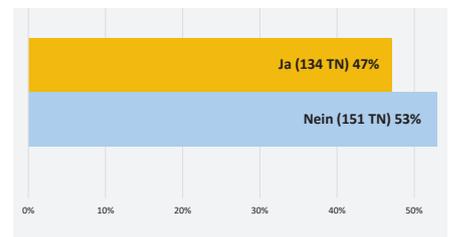
6. Haben mit den Lockerungen der Kontaktbeschränkungen alle Gruppenmitglieder wieder zur Gruppe gefunden? / 279 Teilnehmende

Ja: 69 % (192 TN)
Nein: 31 % (87 TN)



7. Gibt es Neuzugänge, nach den Lockerungen der Kontaktbeschränkungen? / 285 Teilnehmende

Ja: 47 % (134 TN)
Nein: 53 % (151 TN)



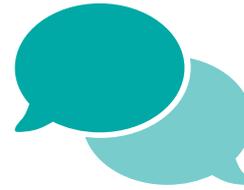
Kommentar: Die Corona-Erfordernisse und -einschränkungen bei Gruppentreffen (Teilung der Gruppen, Anmeldung, hoher Hygieneaufwand u.a.) haben bei einigen Gruppen zu einer größeren Verbindlichkeit der Gruppenmitglieder untereinander geführt. Andere hingegen beklagen, dass der Gruppenzusammenhalt abgenommen hat bzw. insbesondere ältere Gruppenmitglieder aus Angst vor Ansteckung eher wegbleiben. Die strengen Hygieneregeln führten zum Teil auch zum Gruppenverzicht.

Von den Antworten der Gruppenleitungen kann man nicht auf die Anzahl der coronabedingten Mitgliederverluste und -zugänge schließen!

Ein Blick auf die Zahlen der Mitgliederverwaltung in der Bundesgeschäftsstelle lässt allerdings vermuten, dass es eine höhere Anzahl an Mitgliederverlusten als an Neuzugängen gibt. Dies entspricht den Einschätzungen mancher Gruppenleitungen, die berichten, dass die Kontinuität der Gruppenbesuche – mitunter auch zugunsten anderer Aktivitäten – etwas abgenommen hat.

Für Rückfragen können Sie sich gerne an Marianne Holthaus, Suchtreferentin in der Bundesgeschäftsstelle, wenden: holthaus@kreuzbund.de

Rückblick und Ausblick zum Kreuzbund-Chat



Im Jahr 2020 haben 202 Chats stattgefunden, 765 Menschen haben daran teilgenommen (ohne die jeweiligen Chat-Moderatoren). Die meisten Personen waren wiederholt dabei, manche sogar fast täglich. Die Zahl der Besucher*innen je Chat reichen von null bis zehn – im Durchschnitt waren es vier Besucher*innen, darunter auch User*innen aus dem Ausland.

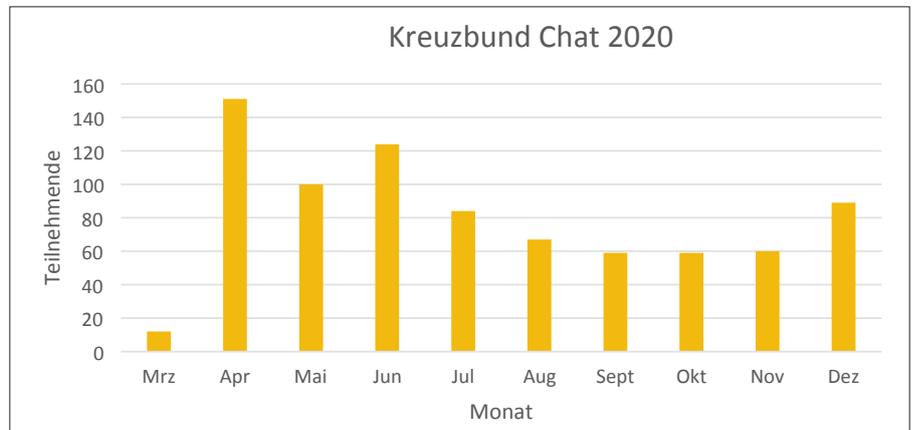
Viele Teilnehmende haben erstmalig Kontakt zur Sucht-Selbsthilfe aufgenommen, darunter auch viele jüngere Suchtkranke und Angehörige im Alter von bis zu 40 Jahren. In Corona-Lockdown-Phasen stieg die Zahl der User*innen an.

Der Kreuzbund-Chat ist seit April 2020 auf der Plattform der Caritas-Online-Beratung aktiv: www.kreuzbund.de/chat. Er ist für alle Weggefährtinnen und Weggefährten im Kreuzbund sowie für erste Kontakte von Menschen mit Suchtproblemen gedacht – alle sind willkommen!

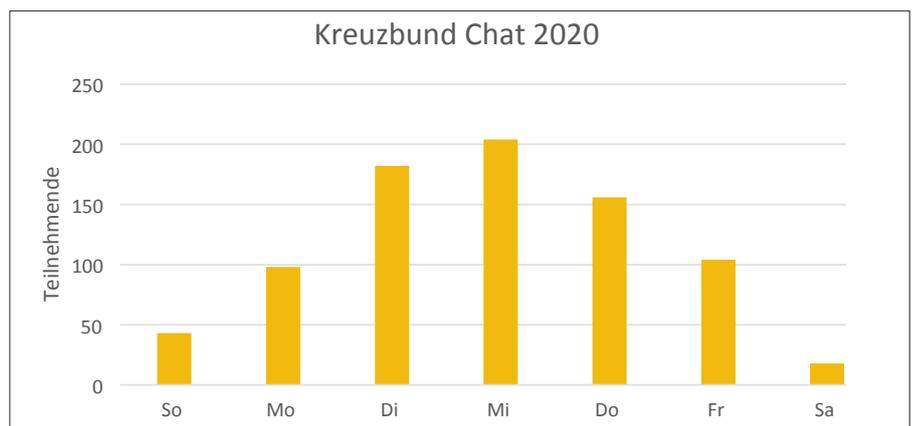
Das Angebot gewährleisten derzeit zehn Moderatorinnen und Moderatoren, in der Kreuzbund-Selbsthilfe erfahrene Frauen und Männer. Drei von ihnen bilden die Steuerungsgruppe, deren Aufgabe es ist, das Chat-Angebot zu koordinieren und sich als Ansprechpersonen für den Kreuzbund-Chat anzubieten. (Die Moderatorinnen und Moderatoren stellen sich auf www.kreuzbund.de persönlich vor.)

Die Chat-Zeiten waren 2020: montags bis freitags sowie sonntags alle 14 Tage von 19 bis 20 Uhr; donnerstags zusätzlich 11 bis 12 Uhr. Der Chat am Donnerstagabend war Angehörigen vorbehalten. An Weihnachten und Silvester gab es besondere Chat-Angebote.

Das Themenspektrum entspricht dem der Präsenz-Gruppen in der Sucht-Selbsthilfe: Betroffene/Angehörige; alle Suchtformen; alle Aspekte der Abstinenz als Prozess; Rückfall; alle Aspekte der Lebenswelt mit ihren Stressoren und Ressourcen, wie z.B. Partnerschaft/Beziehungen, Einsam-



Die Zahl der Teilnehmenden ist ermutigend: Der Startphase und dem 1. Corona-Lockdown folgte eine Sommerflaute. Mit dem 2. Lockdown und der Winterzeit stiegen die Teilnahme-Zahlen wieder an.



Der Kreuzbund-Chat wurde 2020 zur Wochenmitte hin am stärksten genutzt, um das Wochenende herum nahm die Teilnahme ab.

keit, Schulden, Trauer, Beruf, Gewalt, Selbsttötung, Sexualität etc.

Ausblick auf 2021: Für Kreuzbund-Gruppen besteht das Angebot, eigene Chat-Räume zu bekommen. Voraussichtlich in diesem Jahr wird der reine Text-Chat durch ein Video-Chat-Tool auf Jitsi-meet-Basis ergänzt werden. Seit dem 7. Februar 2021 wird zusätzlich zu den bekannten Chat-Zeiten sonntags in der Zeit von 16 bis 17 Uhr ein Chat für junge und junggebliebene Suchtkranke/Angehörige angeboten (Junger Kreuzbund). Wer sich für die Chat-Moderation interessiert, melde sich gern!

Für Fragen und Anregungen stehen zur Verfügung:

Steuerungsgruppe:
Roland Männer, vorsitzender@kreuzbund-dv-rottenburg.de

Joachim Heine, jheine@gmx.de

Marie Bischoff, bischoffmarie@outlook.de

Michael Tremmel, Referent,
Kreuzbund e.V. Bundesverband,
tremmel@kreuzbund.de

Marianne Holthaus, Referentin,
Kreuzbund e.V. Bundesverband,
holthaus@kreuzbund.de

Junger Kreuzbund-Chat

Mein Name ist Reinhard Petz, ich gehöre zum Team der Moderatoren im Kreuzbund-Chat. Durch meine Alkoholkrankheit lernte ich vor vielen Jahren den Kreuzbund kennen und schätzen. Für mich persönlich gilt: Ohne Kreuzbund geht es nicht. Mit der Zeit entwickelte sich der Kreuzbund auch mehr und mehr zu meinem Hobby. Viele Aufgaben habe ich seitdem kennengelernt und übernommen.



Reinhard Petz

Im Diözesanverband Aachen, genauer im Kreis Heinsberg, war ich jederzeit im Kreuzbund willkommen. Dafür bin ich sehr dankbar, denn mir wurde dadurch geholfen, eine zufriedene abstinente Lebensweise aufzubauen.

In meiner letzten Entgiftung im Jahr 2014 lernte ich eine junge Frau kennen, mit der ich ins Gespräch kam. Beide hatten wir den gleichen Gedanken, eine Selbsthilfegruppe für jüngere Suchtkranke zu besuchen, denn für junge Suchtkranke gibt es zu wenig Angebote.

Vier Jahre später eröffneten wir beide den Gesprächskreis „Phönix“ für junge Suchtkranke in Hückelhoven. Dank des

SFZ (Selbsthilfe- & Freiwilligen-Zentrum im Kreis Heinsberg) und der Caritas-Beratungsstelle, die uns die Räumlichkeiten zur Verfügung stellte, beantragten wir ein Jahr später unseren Gruppenstatus. Wir stellten uns die Frage: Weshalb sollen junge Suchtkranke gleichfalls unseren langen Weg gehen müssen?

Damals fragten wir im Gesprächskreis, der überwiegend von Frauen und allein-erziehenden Müttern besucht wurde, wann denn die beste Zeit für ein Gruppenangebot sei. Hier kamen wir schnell zu der Antwort, dass es am Wochenende emotional am schwersten ist. Freunde

und Bekannte in der Altersgruppe gehen feiern, und wir müssen zu Hause bleiben... Fortan trafen wir uns jeweils am Sonntag zur Selbsthilfegruppe.

Dieser Gedanke wird jetzt vom Kreuzbund-Bundesverband übernommen. In der Sitzung der Steuerungsgruppe und der Moderatoren des Kreuzbund-Chats am 23. Januar 2021 verfestigte sich die Idee, auch für junge Suchtkranke einen Chat anzubieten.

Der Kreuzbund-Chat ist eine große Hilfe, um Hemmschwellen überwinden zu können. Jeder von uns erinnert sich, wie schwer es war, die Tür zur Gruppe das erste Mal zu durchschreiten. Auch heute gibt es das Schamgefühl immer noch. Durch unseren Kreuzbund-Chat haben nun Menschen eine erste (anonyme) Tür, um zum ersten Mal Kreuzbund-Gruppen-Luft zu schnuppern. Hier können Hemmungen fallen und den Weg in eine Präsenz-Gruppe ebnen.

Aus diesen Gründen findet nun seit dem 7. Februar 2021 wöchentlich ein Kreuzbund-Chat für junge Suchtkranke statt, und zwar jeden Sonntag von 16 bis 17 Uhr. Eingeladen sind alle Suchtkranken und Angehörigen, die jung sind oder sich jung fühlen.

An dieser Stelle noch eine Bitte an unsere Kreuzbündler: Helft bitte mit in den Chats, den neuen Besuchern den Schritt zu einer realen Gruppe so leicht wie möglich zu machen. Es gibt leider gegen die Sucht keine Impfung und auch kein Medikament, das Suchtkranke gesunden lässt. Sucht ist und bleibt eine tödliche Erkrankung. Ist es nicht unsere Aufgabe, denen die Hand zu reichen, die sich gleichfalls nach einem Leben in Zufriedenheit sehnen?

Und zwar nach dem Motto: Gemeinsam Sucht überwinden.

Reinhard Petz (54), Beauftragter für Öffentlichkeitsarbeit im DV Aachen



Junger Kreuzbund Hückelhoven

Sensibel für andere Denk- und Verhaltensweisen

Menschen mit Migrationshintergrund stellen inzwischen fast 25 Prozent der Bevölkerung dar, es gibt allerdings bisher nur wenig verlässliche Daten, wie viele von einer Suchterkrankung betroffen sind und wie gut sie von Suchthilfeeinrichtungen erreicht werden. Untersuchungen verweisen darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Suchthilfeeinrichtungen eher unterrepräsentiert sind. Gunhild Ahmann hat sich mit Dr. Daniela Ruf, Referentin für Sucht-Selbsthilfe und Suchthilfe im Referat Teilhabe und Gesundheit im Deutschen Caritasverband (DCV), darüber unterhalten, wie die Versorgungssituation verbessert werden kann.

WEGGEFÄHRTE: Viele Einrichtungen der Suchthilfe haben in den 90er-Jahren in der Folge des Jugoslawienkrieges und durch den Zugang vieler Spätaussiedler*innen spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund entwickelt. Was hat sich seitdem geändert? Reichen diese Angebote noch aus?

Dr. Daniela Ruf: Es war tatsächlich so, dass aufgrund des hohen Bedarfs spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund entstanden. In Suchtberatungsstellen, psychiatrischen Ambulanzen und Suchtkliniken wurden teilweise Mitarbeitende mit Migrationshintergrund und fremdsprachlichen Kenntnissen eingestellt, und einige Fachkliniken boten muttersprachliche Therapiegruppen an. Darüber hinaus wurden Infomaterialien in verschiedenen Sprachen entwickelt. Teilweise gab und gibt es Kooperationen zwischen Suchtberatern und muttersprachlichen Ärzten, Vereinen, Kulturgemeinschaften und Missionen. Aber diese Angebote reichten weder damals noch heute.

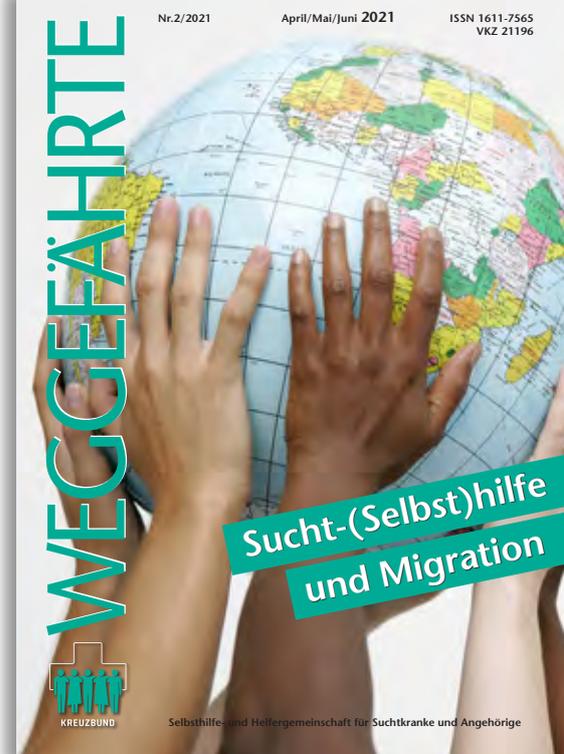


Dr. Daniela Ruf

Grundsätzlich ist zu beachten, dass Menschen mit Migrationshintergrund keine homogene Gruppe sind. Und es macht natürlich auch einen Unterschied, ob ich hier geboren bin oder seit 30 Jahren in Deutschland lebe und die Sprache spreche – oder ob ich aus einem Bürgerkriegsland stamme und auf einem langen gefährlichen Fluchtweg erst vor kurzem nach Deutschland gekommen bin.

Durch die Flüchtlingskrise hat das Thema also noch eine weitere Dimension erhalten. Die Geflüchteten sind unter anderen Umständen gekommen. Im Gegensatz zu den russischen Spätaussiedler*innen stammen viele von ihnen aus islamischen Ländern. Viele Geflüchtete sind junge Männer im Alter von 18 bis 25 Jahren, eine ohnehin vulnerable (verletzliche / gefährdete) Gruppe für Suchtmittelmissbrauch. Teilweise sind Geflüchtete traumatisiert, ihr Aufenthaltsstatus ist nicht geklärt, die Zukunftsperspektive unsicher. Außerdem haben sie Langeweile in den Flüchtlingsunterkünften, ihnen fehlen eine Beschäftigung und eine Tagesstruktur. Häufig stehen nicht Suchtprobleme, sondern zunächst Alltagsschwierigkeiten und deren Bewältigung im Vordergrund.

Wie beeinflusst ein anderer kultureller Hintergrund das Verständnis von einer Suchterkrankung?



Werte, Normen, gesellschaftliche Strukturen und persönliche Erfahrungen spielen eine wichtige Rolle bei Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit – und auch beim Umgang mit dem Thema Sucht. Diese Lebensbereiche werden in anderen Kulturen meist innerhalb der Familie geklärt und möglichst nicht nach außen getragen. In ihren nachbarschaftlichen Netzwerken oder Migrantenselbstorganisationen spielen gesundheitliche Themen meist eher eine untergeordnete Rolle.

Menschen aus islamischen Ländern sind damit vertraut, dass Alkohol in ihrem Herkunftsland verboten ist, hier ist er dagegen überall leicht verfügbar. Bei Cannabis ist es genau umgekehrt. Opiode sind in anderen Ländern teilweise sehr einfach zugänglich. Es besteht eine andere Verschreibungspraxis als in Deutschland. Sie werden daher als Medikation gesehen und nicht mit Sucht assoziiert. Teilweise versuchen Geflüchtete natürlich auch, traumatische Erlebnisse mit Suchtmittelkonsum zu bewältigen.

Menschen mit Migrationshintergrund sehen Erkrankungen oft als Schicksal oder als Strafe Gottes. Sie sehen auch Sucht meist nicht als Krankheit, sie kennen unser bio-psycho-soziales Erklärungsmodell nicht und sind eher somatisch orientiert – psychische Beschwerden werden körperlich ausgedrückt, z.B. über Schmerzausprägungen. Sucht ist auch oft mit Willensschwäche assoziiert und ist in den

Herkunftsländern noch stärker stigmatisiert als bei uns. Sucht gilt als selbst verschuldet und Verletzung der Ehre der Familie.

Erkrankungen werden oft als von außen kommend betrachtet, daher erwartet man auch Hilfe von außen, statt selbst Verantwortung zu übernehmen; es wird nicht angenommen, dass das eigene Verhalten Einfluss hat, Selbstheilungskräfte werden seltener wahrgenommen. Autoritäten wie Ärzte oder auch Geistliche, teilweise auch Heiler, haben für sie eine große Bedeutung, was auch respektiert werden sollte.

Sind Menschen mit Migrationshintergrund stärker suchtgefährdet? Hängt die Suchterkrankung mit den schwierigen Lebensumständen zusammen, also mit fehlenden Zukunftsperspektiven und mangelnder Integration?

Es gibt für die Entwicklung einer Suchterkrankung nicht nur einen Grund, es spielen immer verschiedene Faktoren eine Rolle. Und bei Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Geflüchteten kommen Faktoren wie die Migrations- und Fluchterfahrung dazu: Sie haben alles zurückgelassen, kennen hier niemanden, sprechen die Sprache nicht, fühlen sich fremd und werden teilweise ausgegrenzt. Oft sind ihre Wohnverhältnisse prekär oder es gibt finanzielle Probleme.

Gerade bei Geflüchteten kommen u.a. auch traumatische Erfahrungen im Herkunftsland oder auf der Flucht dazu. All das kann das Risiko für eine Suchterkrankung erhöhen, der Konsum von Suchtmitteln wird Teil einer Bewältigungsstrategie.

Grundsätzlich gilt, dass Menschen teilweise schon in ihrem Herkunftsland unter Suchtproblemen leiden und andere sie während der Flucht oder erst hier entwickeln. Vor allem Menschen aus muslimisch geprägten Ländern entdecken den Alkohol oft erst in Deutschland. Vielen geflüchteten Menschen fehlt auch das Problembewusstsein; sie bringen den Konsum von Suchtmitteln nicht mit einer Gesundheitsschädigung und einer möglichen Abhängigkeit in Verbindung.

Gibt es in Bezug auf die Suchtgefährdung Unterschiede zwischen geflüchteten Männern und Frauen?

Die Unterschiede sind nicht migrationspezifisch. Wie auch bei uns konsumieren geflüchtete Frauen eher Medikamente, sie haben häufig Gewalterfahrungen gemacht, die sie durch Medikamente verdrängen wollen.

Männer konsumieren eher Alkohol. Bei Geflüchteten treten am häufigsten Probleme mit Cannabis und Opiaten auf, und gerade bei Jüngeren sind auch Werten, Automaten- bzw. Glücksspielsucht ein Problem.

An Männer wird in patriarchalisch ausgerichteten Gesellschaften der Anspruch gestellt, dass sie ihre Familie zu versorgen haben. Sie leiden besonders darunter, dass das hier schwierig ist, sie diese Rolle nicht mehr erfüllen können und sich nicht „als Mann beweisen können“.

Warum kommen suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund nur selten in der Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe an?

Das hat verschiedene Gründe: Sie kennen unser Gesundheits- und Hilfesystem zu wenig. Hier brauchen wir mehr muttersprachliche Information, Aufklärung und niedrigschwellige Zugänge, weg von der Komm-Struktur, hin zu aufsuchenden Angeboten. Um sie zu erreichen, sollten Orte aufgesucht werden, an denen sie sind, z. B. Sprachkurse, Elternabende, Migrantenselbstorganisationen, Flüchtlingsunterkünfte u. Ä.

Außerdem haben sie häufig keine guten Erfahrungen mit Institutionen gemacht, stehen ihnen also skeptisch bis ablehnend gegenüber. Dazu kommen Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, Scham und Angst spielen auch eine Rolle; Hilfesuchen wird als Schwäche angesehen. Manchmal fehlt auch die entsprechende Mobilität, um Angebote wahrnehmen zu können.

Selbsthilfe ist ihnen oft fremd, zumindest in der Weise, wie wir sie kennen, in einigen Sprachen gibt es nicht einmal einen Begriff dafür. Teilweise wird sie auch

negativ beurteilt, denn Menschen, die genug Geld haben, können sich aus ihrer Sicht doch professionelle Hilfe leisten. Selbsthilfe wird als nicht hilfreich oder gar „Kaffeekränzchen“ wahrgenommen. Unter diesen Voraussetzungen hat es die Selbsthilfe natürlich schwer. Es muss im Grunde erst erklärt werden, was Selbsthilfe überhaupt ist und welche wertvolle Unterstützung sie bieten kann. Wobei es Menschen aus anderen Kulturen teilweise auch sehr schwer fällt, mit anderen, und dann auch noch außerhalb der Familie, über ihre Probleme und Gefühle zu sprechen.

Grundsätzlich ist gegenseitige Unterstützung z.B. im türkischen und arabischen Raum allerdings oft stärker verankert als in unserer Gesellschaft, beispielsweise ist Nachbarschaftshilfe weit verbreitet, und es gibt Migrantenselbstorganisationen, aber eben nicht zu den Themen Gesundheit und Sucht. Der Einstieg in das Thema Sucht sollte also über ein anderes Thema versucht werden. Daran könnte die Selbsthilfe dann anknüpfen, um ihr Angebot bekannt zu machen.

Weiterhin erschwerend ist, wenn es keinen Anspruch auf Behandlung gibt und Bewilligungen fehlen oder der Aufenthaltsstatus ungeklärt ist.

Was können die professionelle Suchthilfe und die Sucht-Selbsthilfe tun, um Menschen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen? Welchen Unterstützungsbedarf haben sie?

Grundsätzlich ist es auch hier wichtig zu differenzieren. Wenn ausreichend gute Deutschkenntnisse vorhanden sind, sollte eine Integration in bestehende Angebote angestrebt werden. Wo dies an Grenzen stößt, sollten spezifische bzw. muttersprachliche Angebote gemacht werden in Beratung, Behandlung und Selbsthilfe.

Dabei ist es zunächst wichtig, dass die Angebote den Menschen überhaupt bekannt werden, hier spielt oft Mund-zu-Mund Propaganda eine wichtige Rolle, d.h. man sollte mit Multiplikatoren aus



den Migranten-Communities (key persons), Kulturvereinen, Gemeinden und Migrantenselbstorganisationen zusammenarbeiten und dort die Angebote bekannt machen. Offenheit, Toleranz, erlebbare Willkommenskultur oder auch Kleinigkeiten wie „Wegweiser“ in verschiedenen Sprachen sind wichtig, um Menschen den Zugang zu Hilfeangeboten zu erleichtern. Wichtig ist auch, ein Verständnis davon zu vermitteln, wie Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe in Deutschland funktionieren. Oft spielt die Familie in anderen Kulturen eine sehr zentrale Rolle und sollte einbezogen werden.

Mitarbeitende mit Migrationshintergrund in Suchtberatungsstellen, Kliniken und Selbsthilfe sind wünschenswert, aber in erster Linie brauchen wir Menschen mit Offenheit und interkultureller Kompetenz – denn wie Menschen mit Migrationshintergrund das Thema Sucht sehen, welche Behandlungsansätze sie kennen und welche Erwartungen sie haben, kann man sich erzählen lassen. Häufig sind es nur kleine Gesten, die uns nicht bewusst sind, aber ganz unterschiedlich gedeutet werden und zu Missverständnissen führen können. Die berufliche Suchthilfe und die Sucht-Selbsthilfe sollten sensibler werden für kulturelle Unterschiede und die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund – die Begegnung mit Menschen aus anderen Kulturen kann

auch für die Helfenden eine große Bereicherung sein.

Die Mitarbeitenden in den Suchthilfe-Einrichtungen und Selbsthilfe-Gruppen brauchen Unterstützung, um Menschen mit Migrationshintergrund erreichen und verstehen zu können. Es braucht kostenfreie Zugangsmöglichkeiten zu Sprach- und Kulturmittlern, Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz, Austausch und Kooperationsmöglichkeiten. Dabei ist eine enge und gute Zusammenarbeit von beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe sehr hilfreich.

Wenn Geflüchtete in einer Gruppe sind, sollten sie vor allem dabei begleitet werden, in Deutschland Fuß zu fassen. Hilfe im Alltag steht im Vordergrund. Es geht also nicht vordringlich und ausschließlich um das Thema Sucht, sondern um Alltagsbewältigung.

Außerdem ist bei Selbsthilfegruppen zu beachten, dass Männer und Frauen nicht in allen Kulturen zusammen in einer Gruppe sein können. Es sollte auch flexibel nach Lösungen gesucht werden, wenn beispielsweise Kinderbetreuung fehlt oder gerade andere Anliegen, wie Behördengänge im Vordergrund stehen. Beachtet werden sollte auch, dass in anderen Kulturen oft eher ein Zeitraum zum Ankommen bei einem Termin als eine feste Uhrzeit üblich ist. Gemeinsames Essen oder gemeinsam etwas zu tun, nähen, Walken, ... und nebenher zu sprechen,

fällt ihnen leichter, als direkt in einer Runde über persönliche Dinge zu sprechen.

Betroffene Menschen mit Migrationshintergrund können als Multiplikatoren wirken und in ihrem Umfeld auf Selbsthilfeangebote aufmerksam machen oder eine Gruppenleitung übernehmen. Vielleicht können auch neue Formate ausprobiert werden, z.B. durch Gastgeber moderierte kleine Gesprächsrunden in verschiedenen Sprachen zu Familie, Gesundheit und Integration.

Auch der Lotsenansatz bzw. Patenschaften könnten sehr vielversprechend sein, weil ein 1:1 Kontakt den Weg in das Hilfesystem oder eine Gruppe erleichtern kann.

Online-Angebote, die von überall genutzt werden können, sollten vermehrt entwickelt werden. Oft gibt es nicht genug Menschen mit demselben Hintergrund für eine Selbsthilfegruppe vor Ort oder keine Sprachkompetenzen für eine Beratung – hier könnten muttersprachliche Online-Beratung oder auch Selbsthilfe-Chats eine wichtige Hilfe sein.

Weitere Informationen:

Dr. Daniela Ruf
 Referat Teilhabe und Gesundheit
 Deutscher Caritasverband e.V.
 Karlstr. 40, 79104 Freiburg
 Tel. 0761 / 200-369
 E-Mail: daniela.ruf@caritas.de <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/sucht/migration-und-sucht>



Akzeptanz und Vertrauen sind der einzige Weg

Gosia Kubinski kam im Alter von 21 Jahren von Polen nach Deutschland, hat also einen Migrationshintergrund. Als Suchtreferentin beim SKM Köln – Sozialdienst Katholischer Männer e.V. - arbeitet sie im Reha-Zentrum Lindenthal, einer Einrichtung für suchtkranke Menschen, die eine Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen haben und ohne Suchtmittel leben wol-

len. Gunhild Ahmann hat sich mit ihr über ihre Erfahrungen mit suchtkranken Menschen aus anderen Ländern unterhalten.

WEGGEFÄHRTE: Welche Menschen mit Migrationshintergrund sind besonders suchtgefährdet – in Bezug auf ihre Herkunftsländer, ihre Kultur und Religion?

Gosia Kubinski: Aus meiner Erfahrung kann ich sagen, dass die sogenannten Deutsch-Russen, die vor allem in den 1990er Jahren nach Deutschland gekommen sind, besonders suchtgefährdet sind. Hier machen sich die kulturellen Unterschiede besonders bemerkbar: Sie lernen schon als Kinder, dass Alkoholkonsum zum Alltag gehört, und solange man noch arbeiten kann und sonstigen Pflich-

ten nachgehen kann, sehen sie keinen Handlungsbedarf. Diese Strategie der Verharmlosung ist bei den Deutsch-Russen weit verbreitet.

Geflüchtete Menschen aus Syrien haben dagegen in ihrem Heimatland kaum Berührungspunkte mit Alkohol. In afrikanischen Ländern ist THC-Gebrauch weit verbreitet. Ich habe einen jungen Afrikaner kennen gelernt, der in Deutschland auf Heroin umgestiegen ist. Er war erstaunt darüber, wie einfach er sich die Droge besorgen konnte. Er fand das spannend und cool und hat die Gefahr unterschätzt, wie schnell Heroin abhängig machen kann. Das deutsche Rechtssystem, in dem der Konsum von illegalen Drogen unter bestimmten Bedingungen straffrei bleibt, aber nicht der Kauf, war für ihn nicht nachvollziehbar. Das ist auch aus meiner Sicht widersprüchlich und nicht konsequent.

Wie viele geflüchtete Menschen konsumieren Suchtmittel bereits in ihren Herkunftsländern? Wie wirken sich ungünstige Lebensumstände in Deutschland aus?

Vor allem für junge Männer zwischen 20 und 30 Jahren wirkt sich das Arbeitsverbot sehr negativ aus. Sie werden in den Flüchtlingsseinrichtungen zwar versorgt, aber haben kaum Möglichkeiten, sich sinnvoll zu beschäftigen. Für ihre berufliche und soziale Integration wird zu wenig getan. Die bestehenden Maßnahmen sind oft zu wenig durchdacht und unstrukturiert, häufig beruhen sie überwiegend auf ehrenamtlichem Engagement. In Familienzentren können Kinder erreicht werden, um sie vor der Sucht zu bewahren, aber für junge geflüchtete Männer gibt es eindeutig zu wenig spezifische Angebote zur Suchtvorbeugung. Manche konsumieren nicht nur illegale Drogen, sondern kommen auch in Kontakt zu Dealern und handeln dann selbst mit Drogen.

Welche Ressourcen haben suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund, um sich aus der Abhängigkeit zu befreien – sich also selbst zu heilen?

Insgesamt ist das Thema „Selbstheilung“ bisher nur wenig erforscht, und zwar in



Gosia Kubinski

allen Bevölkerungsgruppen. Geflüchtete Menschen müssen sich enorm anstrengen, um die Unterschiede in fast allen Lebensbereichen zwischen ihrem Herkunftsland und Deutschland zu verstehen und zu bewältigen. Natürlich haben auch Menschen mit Migrationshintergrund Kräfte und Fähigkeiten, genau wie alle Menschen, aber es fehlen ihnen häufig die Möglichkeiten und die Unterstützung. Ihre Lebensumstände sind schwierig, z.B. in Bezug auf ihre Bleibeperspektive und ihre Wohnsituation.

Wie können suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund vom Hilfesystem erreicht werden? Was ist zu tun?

Je niedrigschwelliger die Hilfeangebote sind, umso mehr Menschen werden erreicht. Aber das bestehende Angebot von niedrigschwelligen Kontakt- und Beratungsstellen reicht allein nicht aus, denn wenn die Betroffenen dort ankommen, ist es häufig schon zu spät. Es wäre sinnvoll, die Prävention zu verstärken.

Eine große Hürde ist dabei das Sprachproblem. Wir brauchen in den Einrichtungen mehr Muttersprachler*innen und Dolmetscher*innen, das ist das A & O. Wir sollten präventiv informieren und dort andocken, wo die Flüchtlinge sind, z.B. in den Flüchtlingsheimen, also aufsuchende Arbeit leisten und regelmäßige Kontakte herstellen. Im Mittelpunkt sollte die Beziehungsarbeit stehen, es geht darum, präsent zu sein, Vertrauen aufzubauen und die Menschen möglichst frühzeitig zu erreichen. Die klassische Flüchtlingshilfe reicht dafür auf jeden Fall nicht aus.

Können suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund in den bestehenden Suchthilfeeinrichtungen aufgefangen werden? Was ist dabei zu beachten?

Es beginnt immer damit zu informieren, eine wichtige Voraussetzung für eine gelungene Integration. Und Integration bedeutet nicht, die eigene Kultur aufzugeben und kulturelle Unterschiede zu ignorieren. Es braucht viel Verständnis und Toleranz auf beiden Seiten, die jeweils andere Kultur nicht zu bewerten und zu verurteilen, sondern einfach die Unterschiede zu akzeptieren.

Was ist darüber hinaus notwendig, um Menschen mit Migrationshintergrund vor psychischen Krankheiten zu bewahren? Welchen Unterstützungsbedarf haben sie?

Jede Flucht hat eine Vorgeschichte. In vielen Ländern ist es sogar verboten und strafbar zu flüchten. Viele geflüchtete Menschen haben während ihrer Flucht Traumatisches erlebt. Um diese Belastungen zu verdrängen, greifen sie unter Umständen zu Suchtmitteln. Das ist für sie deutlich einfacher, als mit jemandem darüber zu sprechen.

Manchmal ist es aber auch umgekehrt, d.h. aufgrund von Drogenkonsum stellen sich psychische Auffälligkeiten ein. Wir sollten dabei berücksichtigen, dass nicht alle Menschen, die Suchtmittel konsumieren, eine Psychose oder eine andere psychische Krankheit entwickeln – das hängt nicht mit der Herkunft bzw. Migrationsgeschichte zusammen. Grundsätzlich ist es schwierig, jemanden vor der Sucht zu bewahren, das braucht viel Vertrauen und belastbare Beziehungen.

Weitere Informationen:

Gosia Kubinski, Nachsorgereferentin
Reha-Zentrum Lindenthal
SKM Köln –
Sozialdienst Katholischer Männer e.V.
Simarplatz 21-22, 50825 Köln
Tel. 0221 / 64 055 91
E-Mail: gosia.kubinski@skm-koeln.de
www.skm-koeln.de



Es fehlen passende Behandlungsangebote für suchtkranke Geflüchtete

Geflüchtete Menschen mit einer Suchterkrankung werden in Deutschland nur unzureichend versorgt. Für diese Gruppe gibt es zu wenig passende Angebote. Das ist Ausgangspunkt des Projekts PREPARE, an dem mehrere Universitäten beteiligt sind. Ziel ist es, Suchtproblemen bei Menschen mit Fluchthintergrund vorzubeugen und sie angemessen zu behandeln.



Prof. Dr. Ingo Schäfer

Das Projekt hat im Frühjahr 2019 begonnen und läuft insgesamt fünf Jahre.

Das Bundesforschungsministerium finanziert es im Rahmen der Förderinitiative zur psychischen Gesundheit geflüchteter Menschen. Gunhild Ahmann hat sich mit Prof. Dr. Ingo Schäfer unterhalten, Koordinator des Projekts am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg.

WEGGEFÄHRTE: Was ist der Hintergrund des Verbundprojekts PREPARE? Aus welchen verschiedenen Teilprojekten setzt es sich zusammen? Und welche Zielgruppen hat es?

Prof. Dr. Ingo Schäfer: Hintergrund ist die unzureichende Versorgung suchtkranker geflüchteter Menschen in Deutschland. Für diese Gruppe gibt es ganz offensichtlich zu wenig passende Angebote.

Das Verbundprojekt besteht aus fünf Teilprojekten:

- Das erste Teilprojekt beschäftigt sich mit dem Ausmaß des Problems. Dazu gibt es bisher keine belastbaren Zahlen. Außerdem werden Erkenntnisse zu möglichen Untergruppen mit speziellen Bedarfen sowie zu den Bedarfen des Hilfesystems im Umgang damit gesammelt. Auch Beispiele guter Praxis werden hier herausgearbeitet.

- Im zweiten Teil geht es um das Erkennen von Suchterkrankungen bei Flüchtlingen, hier fehlt es im Hilfesystem an Zugängen zu einer kultursensiblen Diagnostik. Die bereits vorhandenen Instrumente sollen an die Bedarfe von geflüchteten Menschen angepasst werden.

- Im dritten Teil soll eine kultursensible Smartphone-App zur Prävention von problematischem Alkohol- und Cannabiskonsum und Förderung der psychischen Gesundheit entwickelt werden.

- Im vierten Teil soll ein Behandlungsprogramm für geflüchtete Menschen mit psychischen Belastungen nach traumatischen Erfahrungen und Suchtproblemen entwickelt und evaluiert werden. Das kultursensitive stabilisierende Gruppenprogramm wird in sechs Metropolregionen angeboten (siehe Faltblatt rechts). Hier arbeiten wir mit regionalen Trägern der Suchthilfe zusammen, also sehr praxisorientiert. Das ist der größte Bestandteil des Projekts. Ziel ist es, dass die regionalen Träger möglichst bald passgenaue Angebote bereitstellen. Es wird erwartet, dass sich positive Effekte der Intervention sowohl auf den Substanzkonsum als auch auf Symptome psychischer Belastung ergeben.

- Parallel wird in Zusammenarbeit mit der Deutschen Hauptstelle für Sucht-

fragen e.V. (DHS) eine Internetplattform aufgebaut, die Ressourcen zur Beratung und Behandlung von Geflüchteten bereitstellt.

Welche Erkenntnisse liegen bisher vor? Was haben Sie herausgefunden?

Viele geflüchtete Menschen haben einen anderen kulturellen Hintergrund, sie kennen häufig nicht die „sprechende“ Medizin oder die Psychotherapie und kommen nicht unbedingt auf die Idee, eine Beratungsstelle aufzusuchen. Hinzu kommt ein anderes Verständnis von Sucht, und zwar die stärkere Stigmatisierung von Sucht, sie wird oft nicht als Krankheit, sondern als Charakterschwäche angesehen.

Darüber hinaus gibt es strukturelle Probleme in der Suchthilfe: Die Kostenübernahme für die Behandlung von Geflüchteten ist in manchen Bereichen unklar, es fehlen Sprachmittler*innen, und die Mitarbeitenden haben zum Teil Probleme mit Menschen aus anderen Kulturen. Das sind alles Hindernisse für passende Hilfeangebote.

Wie viele geflüchtete Menschen sind suchtkrank? Gibt es dazu belastbare Zahlen und Statistiken?

Detaillierte Zahlen liegen dazu leider nicht vor, aber klar ist, Geflüchtete haben ein überdurchschnittliches Risiko suchtkrank zu werden. Das ist u.a. auf fehlende Ressourcen und psychische Belastungen zurückzuführen, bedenkt man die Gründe für die Flucht - vielfach Krieg und Vertreibung. Das wird verstärkt durch zusätzliche Stressoren in Deutschland: eine ungewisse Zukunft, eine unsichere Bleibeperspektive, häufige Wohnsitzwechsel.

Außerdem sind Suchtmittel in Deutschland fast überall und ständig verfügbar und in Griffnähe.

Welche Suchtmittel konsumieren sie? Haben sie schon in ihren Herkunftsländern konsumiert? Welche Personengruppen mit Fluchterfahrungen sind besonders suchtgefährdet im Hinblick auf Herkunftsländer, Kultur und Religion?

Sie konsumieren dieselben Substanzen wie Personen ohne Fluchthintergrund, etwa Alkohol, Cannabis und Opiate, teilweise bereits in den Herkunftsländern. Im Iran und in Afghanistan gibt es z.B. zahlreiche Opiatabhängige, dort wird Opium ja auch angebaut – und dann auf der Flucht weiter konsumiert. Auch Beruhigungsmittel, die vom Arzt verschrieben werden, werden teilweise missbräuchlich konsumiert.

Die Religion hat durchaus einen Einfluss auf den Suchtmittelkonsum: Der Islam ist eine Abstinenzkultur, viele Gläubige konsumieren aus religiöser Überzeugung keine Suchtmittel. Diese moralische Komponente führt dazu, dass Suchtmittelkonsum stärker geächtet wird.

Wie wirken sich ungünstige Lebensumstände in Deutschland aus, z.B. fehlende Zukunftsperspektiven und mangelnde Integration?

Das ist ein grundsätzliches Problem: Je besser die Integration gelingt, umso geringer die Belastung der geflüchteten Menschen und damit auch die Gefährdung für psychische Krankheiten und Suchtmittelabhängigkeit. Die Integration wirkt sich also in jedem Fall präventiv aus. Wir haben z.B. auch bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen beobachtet, dass sich ihr hoher Substanzgebrauch mit der Zeit von selbst reduziert, wenn Integration ge-

lingt und andere Stressfaktoren abnehmen.

Erreicht die Suchthilfe die geflüchteten suchtkranken Menschen? Brauchen sie ein eigenes Behandlungsprogramm? Was ist dabei wichtig?

Geflüchtete suchtkranke Menschen sind schwer zu erreichen, auch wegen ihrer speziellen Lebensbedingungen: Der Zugang zu Hilfen wird erschwert durch einen unsicheren Aufenthaltsstatus, wechselnde Wohnorte u.Ä.

Die Suchthilfe ist auch auf schwer zu erreichende einheimische Zielgruppen nicht immer optimal eingestellt, geschweige denn auf geflüchtete suchtkranke Menschen. Es gibt Hemmnisse auf vielen Ebenen, z.B. strittige Kostenübernahmen, kulturelle Barrieren, keinen Zugang zu Reha-Maßnahmen. Vieles davon kann nur auf politischer Ebene entschieden werden, aber wir können Empfehlungen aussprechen und Materialien zur Verfügung stellen.

Um geflüchtete suchtkranke Menschen besser zu erreichen, sind viele Fak-

toren wichtig: Zunächst sollten die Mitarbeitenden in den Flüchtlings-Unterkünften und anderen Einrichtungen besser geschult werden, um Suchtprobleme schneller zu erkennen. Dann müssen die Informationsmaterialien für die Zielgruppe entsprechend angepasst werden. Es ist eine strukturelle Herausforderung, die Suchthilfe zu befähigen, besser mit Geflüchteten zu arbeiten und passende Hilfen anzubieten, aber wir sehen hier auch viele Chancen.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Ingo Schäfer
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel: 040 / 7410 59 290
E-Mail: i.schaefer@uke.de
www.zis-hamburg.de



Informationen zum Behandlungsangebot:

Zur Entwicklung einer neuen Therapieform werden männliche Teilnehmer gesucht. Es handelt sich um eine *kostenlose* Gruppentherapie für geflüchtete Menschen. Das Angebot richtet sich an Personen, die belastende Ereignisse erlebt haben und auch Erfahrungen mit Alkohol, Drogen oder Medikamenten gemacht haben.

In der Therapie werden hilfreiche Strategien erlernt, um mit belastenden Gefühlen besser umzugehen.

Die Sitzungen werden mit *einem Dolmetscher* durchgeführt und finden an *zehn Terminen* statt. In einer Gruppe wird jeweils die gleiche Sprache gesprochen.

Die Gruppentherapie findet im Rahmen einer Studie statt. Die Teilnahme an der Studie ist *anonym* und die Daten werden *streng vertraulich* behandelt.

Falls Sie Interesse haben, melden Sie sich gerne bei uns zu einem Informationsgespräch.

Teilnahmebedingungen:

- Männlich
- Mindestalter 18 Jahre
- Fluchterfahrungen
- Belastende Erfahrungen
- Erhöhter Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum

Kontaktdaten und weitere Informationen:

تفصیل الاتصال ومزید من المعلومات:
معلومات تماس و کسب معلومات بیشتر:

Contact details and further information:

Berlin@zis-prepare.de, 0170 – 901 35 22
Bremen@zis-prepare.de, 0170 – 900 64 57
Frankfurt@zis-prepare.de, 0170 – 901 52 59
Hamburg@zis-prepare.de, 0170 – 901 48 77
Hannover@zis-prepare.de, 0170 – 811 94 83
Muenchen@zis-prepare.de, 0170 – 901 32 99

Homepage: www.zis-prepare.de

Behandlungsangebot für Geflüchtete mit belastenden Erfahrungen und Substanzkonsum

عرض العلاج على اللاجئين الذين مروا بضغطات كبيرة وتعاطوا المخدرات

طرح تدای برای پناجویانی که سابقه استفاده از مواد مخدر را داشته و یا وقایع استرسزایی را تجربه کردهاند

Treatment offer for refugees with stressful experiences and substance use

Integration beugt Sucht vor

Transkulturelle Arbeit heißt, nicht nach Unterschieden oder Defiziten der Zielgruppe zu suchen, sondern von Gemeinsamkeiten auszugehen. Auch in der Suchthilfe für Geflüchtete greift dieser Ansatz, betont Condrops e.V., ein überkonfessioneller Träger mit vielfältigen sozialen Hilfeangeboten in Bayern. Gunhild Ahmann hat sich mit Anne Lubinski, Fachreferentin für Prävention und Gesundheitsmanagement bei Condrops, über die Hilfeangebote für suchtkranke Geflüchtete unterhalten.



Anne Lubinski

WEGGEFÄHRTE: *Seit wann ist Condrops mit dem Thema „Sucht und Migration“ beschäftigt – schon seit den 90er-Jahren in der Folge des Jugoslawienkrieges und durch den Zuzug vieler Spätaussiedler*innen oder erst seit 2015?*

Anne Lubinski: Condrops beschäftigt sich schon sehr lange mit dem Thema, ich kann Ihnen keine genaue Jahreszahl nennen, aber es sind bestimmt über 30 Jahre. Zu Beginn hing es von einem stärkeren Engagement einzelner Mitarbeiter*innen ab, schon bald wurde es fachlicher Standard. Häufig hängt das mit den jeweiligen Mitarbeitenden in unseren Einrichtungen zusammen. Schon damals sind Menschen mit einer internationalen Geschichte in unsere Beratungsstellen gekommen, also schon im Vorfeld der Flüchtlingsthematik von 2015. Die Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund waren in die Gesamtstruktur von Condrops eingegliedert.

Mit der Notwendigkeit 2015 schnelle Hilfen anzubieten, entstanden dann spezifische Einrichtungen für die Zielgruppe der geflüchteten Menschen, zuerst v. a. für die Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge.

Heute haben wir mehrere zielgruppenspezifische Angebote für suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund, z.B. für junge Erwachsene und Frauen

mit Kindern, und zwar in Beratungsstellen sowie in voll- und teilstationären Einrichtungen.

Wie beeinflussen der kulturelle Hintergrund und die Religion das Verständnis von Sucht?

Die kulturellen Hintergründe der geflüchteten Menschen sind sehr vielfältig, geprägt von ihren unterschiedlichen Herkunftsländern, wie z.B. Syrien, Afghanistan und Somalia. Kultur und Religion beeinflussen das Verständnis von Sucht sehr stark und erschweren häufig den Zugang zu den betroffenen Menschen. Bestimmte Sichtweisen sind teilweise sehr stark in den Menschen verankert. Häufig ist Sucht ein Tabu-Thema, es berührt die Ehre, es darf nicht sein und deswegen wird auch nicht darüber gesprochen. In einigen Sprachen gibt es den Begriff der Abhängigkeit gar nicht, z.B. in Farsi. In einigen Ländern wird Sucht als Fluch aufgefasst, als „böser Blick“, der auf einer Person oder einer Familie liegt – und den Fluch gilt es auszutreiben. Dabei sollten wir aber bedenken, dass Sucht auch in Deutschland immer noch schambefahret ist und mit einem Stigma versehen wird.

Wie stark verbreitet sind Suchterkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund? Gibt es dazu Zahlen? Welche Suchtmittel konsumieren sie? Konsumieren sie schon in ihren Herkunftsländern oder erst hier?

Leider haben wir dazu keine belastbaren Zahlen, das wird statistisch kaum erhoben, zumindest nicht systematisch. Außerdem gehen wir von einer hohen Dunkelziffer aus. Wir machen immer wieder die Erfahrung, dass betroffene Menschen schon in ihren Herkunftsländern konsumieren. Viele beginnen aber auch erst hier mit problematischem oder riskantem Suchtmittelkonsum, weil sie mit völlig anderen schwierigen Lebensumständen konfrontiert werden. Vielfach werden ihre Hoffnungen auf ein besseres Leben enttäuscht, ihnen fehlt eine Perspektive – ein unsicherer Aufenthaltsstatus und mangelnde berufliche Möglichkeiten erschweren ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Also sind geflüchtete Menschen durch die schwierigen Lebensumstände in Deutschland, z.B. fehlende Zukunftsperspektiven und mangelnde Integration stärker suchtfährdet?

Ja, vor dem Hintergrund von traumatischen Gewalterfahrungen im Herkunftsländern oder auf der Flucht kann ein zusätzlicher Belastungsfaktor entstehen, der eine Suchtfährdung begünstigt. Dazu kommt hier in Deutschland die größere Verfügbarkeit und die ständige Berührung mit Suchtmitteln wie Alkohol. Vor allem in islamischen Ländern ist Alkohol im Alltag nicht so gegenwärtig. Auch Medikamentenmissbrauch ist ein großes Thema, viele Geflüchtete behandeln damit ihre Schlafstörungen. Dabei ist ihnen die Gefahr des missbräuchlichen Konsums gar nicht bewusst, auch bedingt durch sprachliche Barrieren. Cannabis kennen dagegen viele Flüchtlinge bereits aus ihrer Heimat.

Gibt es in Bezug auf die Suchtfährdung Unterschiede zwischen Männern und Frauen und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen?

Das ist noch nicht ausreichend erhoben. Zu vermuten ist, dass sich die Belastungsfaktoren qualitativ unterscheiden: Männer und minderjährige geflüchtete Menschen leiden z.B. unter dem Anspruch bzw.

Druck, ihre Familien (in der Heimat) ernähren zu müssen - Frauen haben häufig Gewalt- oder Vergewaltigungserfahrungen gemacht.

Grundsätzlich ist es aber erstaunlich, welche Resilienz, also welche Widerstandskraft, sie haben zur Bewältigung ihrer traumatischen Erlebnisse im Krieg oder auf der Flucht. Ein wichtiger Schutzfaktor ist dabei Stabilität in der Familie. Die Trennung von der Familie, die Ungewissheit und das Gefühl der Einsamkeit und Fremdheit sind dagegen starke Belastungsfaktoren.

Kommen suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund in der Suchtberatung oder in der Migrationsberatung an?

Ein gewisser Teil kommt an, vor allem wenn bereits ein Kontakt zu Anlaufstellen besteht und hier Brücken zur Suchthilfe gebaut werden. Hier werden Informationen transportiert und Verbindungen zu Hilfeangeboten hergestellt, z.B. in Sozialbüros oder Stadtteiltreffs. In Hamburg gibt es das Projekt „Herkunft, Ankunft, Zukunft“. Dabei werden „key persons“, die alle selbst einen Migrationshintergrund haben und die Strukturen kennen, zum Thema Sucht geschult und gehen damit in ihre Communities. Sie informie-

ren über Sucht, machen das Suchtproblem damit greifbar und begleiten suchtbetroffene Menschen in entsprechende Hilfeangebote.

Eine Evaluation im kleinen Rahmen hat übrigens gezeigt, dass es bei denjenigen, die unsere ambulante Therapie positiv abschließen, keine Unterschiede gibt zwischen den Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund.

Was ist darüber hinaus notwendig, um Menschen mit Migrationshintergrund vor psychischen Krankheiten zu bewahren? Welchen Unterstützungsbedarf haben sie?

Hier hat die Politik noch einiges zu leisten: Ganz wichtig ist es, den geflüchteten Menschen strukturell die Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Es wirkt präventiv, wenn sie einen gesicherten Aufenthaltsstatus haben und nicht ihre Abschiebung befürchten müssen, wenn sie einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz haben – wenn sie also in Deutschland Fuß fassen können. Wir sollten ihren Lebenskontext immer mitdenken in Bezug auf Wohnen, Schule und Arbeit und nicht die Unterschiede in den Vordergrund rücken, sondern die Gemeinsamkeiten. Wichtig ist es auch, sensibel zu sein für ihre kultu-

rellen Hintergründe. Sie sollten gleichberechtigte Zugänge zu Informationen und Hilfeangeboten haben, damit sie mehr Stabilität in ihrem Leben schaffen können. Wir sollten ihnen mehr Chancen geben und sie nicht nur bürokratisch verwalten und abhandeln.

Die Mitarbeitenden von Suchthilfe-Einrichtungen und auch die Mitglieder von Sucht-Selbsthilfegruppen, die Angebote für suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund machen, sollten sich mit der eigenen Haltung gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund auseinandersetzen und sich fragen, welche Vorurteile sie möglicherweise haben. Es reicht nicht aus, immer wieder das offene Angebot zu betonen und dabei die eigenen Grenzen zu verkennen. Auch lange geltende Regeln sollten hin und wieder hinterfragt werden.

Weitere Informationen:

Condrops e.V. Zentralverwaltung
 Anne Lubinski, Fachreferentin
 für Prävention und Gesundheitsmanagement
 Berg-am-Laim-Str. 47, 81673 München
 Tel. 089 / 38 40 82 -118
 Mail: anne.lubinski@condrops.de
 www.condrops.de



Polnische Anfragen beim Kreuzbund

**Dzień dobry. Mam problem z alkoholem i szukam pomocy –
 Guten Tag. Ich habe ein Alkoholproblem und suche Hilfe ...**

In den fünf Jahren von 2016 bis 2020 gingen 169 Hilfeanfragen in polnischer Sprache beim Kreuzbund ein. Das waren durchschnittlich 33,8 Anfragen pro Jahr und 1,3 Anfragen alle 14 Tage. Mit dieser Bilanz haben sich die Informationen in polnischer Sprache auf www.kreuzbund.de gelohnt! Wir können vielen Betroffenen, die ihre Not in ihrer Muttersprache mitteilen möchten, vermitteln: Du bist nicht allein, du wirst in deiner Muttersprache angesprochen und verstanden!

Niemand in der Bundesgeschäftsstelle des Kreuzbundes ist der polnischen Sprache kundig. Weggefährtinnen und Weggefährten, polnische Muttersprachler*innen im Kreuzbund, nehmen mit den Betroffenen und Angehörigen Kontakt auf. Unterstützung erfahren wir zudem durch eine polnische Muttersprachlerin aus der professionellen Suchthilfe.

Die mit Abstand meisten Anfragen stammen aus Deutschland (92%), 7% erreichten uns aus Polen und jeweils 1%

kamen aus den USA, Großbritannien und Irland.

Es nehmen etwas mehr An- und Zugehörige mit dem Kreuzbund Kontakt auf: Schwiegerväter und -mütter, Mütter und Väter, Söhne und Töchter, Schwestern und Brüder, Verlobte, Ehefrauen und Ehemänner, Lebenspartner und -partnerinnen, Freunde und Kollegen. Suchtbetroffene melden sich, wollen sich selbst aus dem Sog der Sucht retten. Sie alle fragen, wie ihnen geholfen werden könnte.

Od czasu tego zdarzenia nie piję i chciałbym przejść dalej przez życie bez alkoholu ...

...von diesem Ereignis an trinke ich nichts mehr und möchte durch das Leben ohne Alkohol weitergehen ...

Witam Potrzebuj pomocy. Jestem alkoholikiem i potrzebuj pomocy bo osi gn łem ju całkowite dno. Mam 2 wspaniałych, małych dzieci oraz on która ju nie ma siły aby mi pomóc. Prosz o kontakt oraz szybki mo liwo zamkni cia mnie w o rodku terapeutycznym. Straciłem ju za du o i nie chc straci rodziny któr bardzo kocham.

Guten Tag, ich bin Alkoholiker und brauche Hilfe, weil ich schon den absoluten Tiefpunkt erreicht habe. Habe zwei wundervolle Kinder und Frau, die schon keine Kraft mehr hat, mir zu helfen. Erbiete um Kontakt und schnelle Möglichkeit, mich in einem therapeutischen Zentrum einzusperren. Habe schon zu viel verloren und will nicht auch die Familie verlieren, die ich sehr liebe.

Dzień dobry, mam zapytanie odnośnie udzielenia pomocy dla mojego męża alkoholika. Ja już nie mam siły. On pije jeszcze więcej. Teraz nie ma wyjścia i musi iść na leczenie. Jeździ autem pod wpływem alkoholu. Boję się o życie innych. To wyczerpało moją cierpliwość i nadzieję że się otrząśnie. Nie wiem jaki mam zrobić pierwszy krok. Mój niemiecki

nie jest na tyle dobry abym mogła porozmawiać. On musi jechać na odwyk. Proszę o pomoc. Z poważaniem.

Guten Tag, ich habe eine Anfrage bezüglich der Hilfe für meinen alkoholkranken Ehemann. Ich habe keine Kraft mehr. Er trinkt immer mehr. Jetzt hat er keinen Ausweg mehr und muss eine Therapie anfangen. Er trinkt täglich, randaliert zu Hause, man weiß nicht aus welchem Grund. Unter Alkohol fährt er Auto. Ich habe Angst um das Leben der Anderen. Das hat meine Geduld und die Hoffnung, dass er sich davon befreit, erschöpft. Ich weiß es nicht, welchen Schritt sollte ich zuerst tun? Mein Deutsch ist nicht gut genug, dass ich ein Gespräch führen könnte. Er muss in eine Therapie. Bitte um Hilfe. Mit Hochachtung.

Grozi, że zabierze mi telefon (moja jedyna forma kontaktu z innymi). Nie jestem w stanie się od niego uwolnić.

Er droht, mir mein Telefon wegzunehmen (die einzige Form des Kontakts mit den Anderen). Ich bin nicht in der Lage, mich von ihm zu befreien.

Czy jest w Niemczech możliwość przymusowego leczenia alkoholizmu?

Gibt es in Deutschland eine Möglichkeit der Zwangseinweisung in eine Alkoholtherapie?

Ja chcę mu pomóc namawiam go na leczenie ale on nie słucha, mówię że pójdę z nim. On na tę pomoc reaguje agresją, krzy-

czy, popycha i nawet zdarza mu się uderzyć. Ja nie żyję własnym życiem (cały czas myślę jaki on wróci, czy będzie robił awantury) jestem już zmęczona tym wszystkim ... staram się być silna dla dzieci ... Ja już nie wiem jak mam mu pomóc on nie chce pomocy on uważa że nie ma problemu. A ja już tak dalej nie mogę. Proszę powiedzcie co ja mam zrobić.

Ich möchte ihm helfen, versuche ihn zu einer Therapie zu überreden, er hört nicht zu, ich sage, dass ich mit ihm gehen würde. Auf diese Hilfe reagiert er mit Aggression, er schreit, schubst mich, und es passierte schon, dass er zuschlägt. Ich lebe nicht mein eigenes Leben (die ganze Zeit denke ich nur, wie kommt er heim, wird er wieder randalieren?) bin schon müde von all dem ... versuche für die Kinder stark zu sein ... Ich weiß nicht mehr, wie ich ihm helfen soll, er will keine Hilfe, ist davon überzeugt, kein Problem zu haben. Und ich kann so nicht mehr weiter. Bitte sag mir, was soll ich tun?

Mam problem z mężem i próbowałam już wszelakich sposobów ale już nie dają rady mam dzieci małe 3, 6 lat i chcę mieć normalny dom rodzinę ...

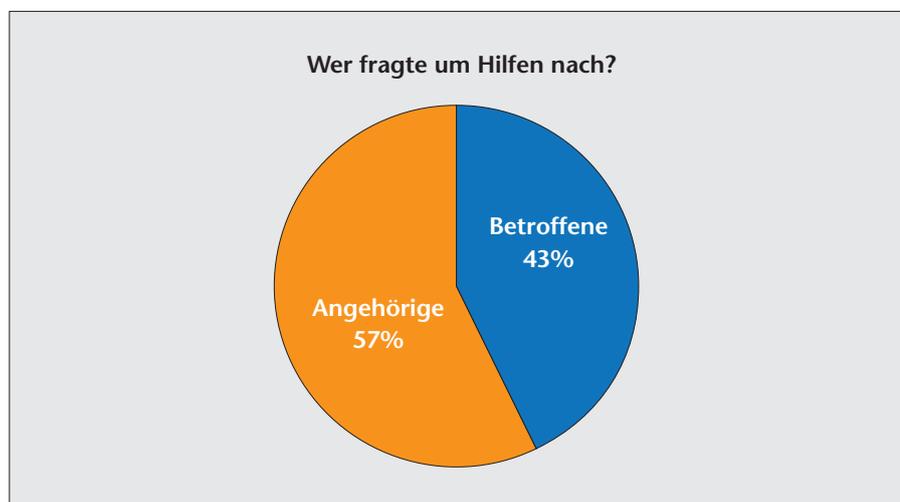
Ich habe ein Problem mit meinem Ehemann, habe schon Verschiedenes ausprobiert, aber jetzt packe ich es nicht mehr, habe kleine Kinder (3 und 6 Jahre alt) und möchte ein normales Haus haben, Familie ...

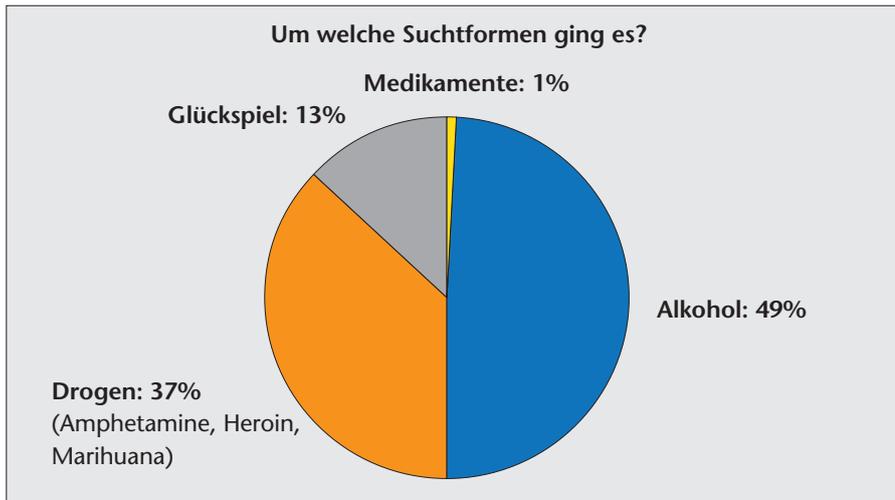
Chciałbym się leczyć ale mam problem bo nie znam za dużo języka niemieckiego czy istnieje szansa pomocy od was.

Ich möchte eine Kur anfangen, habe aber ein Problem, weil ich kaum Deutsch kenne. Gibt es eine Chance auf Hilfe von Ihnen?

Was wir sehen ist eine verzweifelte Suche nach muttersprachlich helfenden Suchtberatungen, ärztlichen Behandlungen, Psychotherapien, und Rehabilitationsmaßnahmen. Wir brauchen ein tragfähiges Hilfenetzwerk mit polnischen Muttersprachler*innen, das den Bedarf dieser Sprachgruppe auffangen kann: Polnischsprachige Selbsthilfe-Akteure und

IM BLICKPUNKT





polnischsprachige Suchtberater*innen und Suchttherapeut*innen.

Deshalb rufen wir alle polnischen Muttersprachler*innen auf mitzuhelfen, ein solches Hilfenetzwerk zu knüpfen: in allen Sucht-Selbsthilfe-Verbänden, in der

freien Sucht-Selbsthilfe sowie allen Bereichen der professionellen Suchthilfe.

Trotz allem Bemühen um muttersprachliche Hilfenetzwerke: Wer für sich in Deutschland nachhaltige Hilfe finden will, muss letztlich auch bereit und in der

Lage sein, die deutsche Sprache zu erlernen. Ein englischsprachiges Hilfenetzwerk wäre für einige wenige Hilfekontakte ein Kompromiss, ein erster Ansatz, um sich überhaupt sprachlich zu verständigen, wenn Deutschkenntnisse nicht vorhanden sind. Aber auch Englischkenntnisse sind nicht immer vorhanden, und auch sie ersetzen nicht die Qualität einer muttersprachlichen Beratung oder Behandlung. Es ist die eigene Muttersprache, auf die Menschen in Not angewiesen sind, um ihre Situation und ihre Gefühle in Worte zu fassen. Erst in der Muttersprache wird ein Darüberreden zur wirklichen Entlastung auf dem Weg der Heilung und Gesundheit. Schließlich ist aber eine gesunde Lebensführung in Deutschland auch auf Deutschkenntnisse angewiesen.

Dr. Michael Tremmel
(Kontakt: tremmel@kreuzbund.de)



Ein anderer Blick auf die Sucht

André Kraft (45) aus Hagen kam 1990 im Alter von 15 Jahren als Sohn einer russischen Aussiedlerfamilie nach Deutschland. Seit einigen Jahren ist er Ansprechpartner des Kreuzbundes für russisch-sprachige Hilfesuchende. Das habe sich von selbst so ergeben, sagt er. „Sobald jemand mit einem fremdsprachigen Hintergrund sich irgendwo engagiert, z.B. in der Sucht-Selbsthilfe, wird er zur natürlichen Ansprechperson für diese Personengruppe“. Außerdem arbeitet er in der Suchthilfe, und zwar im ambulanten betreuten Wohnen.

Im vergangenen Jahr haben sich ca. zehn russisch-sprachige Hilfesuchende an ihn gewandt, darunter Suchtkranke und Angehörige. Vor allem die Angehörigen fühlen sich häufig verantwortlich für die Abhängigkeit ihres Partners oder ihres Kindes. Für die meisten kommt es z.B. nicht in Frage, den Kontakt zum Suchtkranken ganz abzubrechen. „Sucht wird tabuisiert und versteckt, so wie es in



André Kraft

Deutschland lange Zeit genauso war.“ Besonders bei Frauen bleibt die Sucht häufig im Verborgenen.

Das Suchtverständnis in Russland ändert sich nur langsam, vor allem die ältere Generation der Spätaussiedler*innen sieht Sucht nicht als behandlungsbedürftige Krankheit, sondern als Charakter- oder Willensschwäche. Umso größer ist die Scham und umso größer ist die Hürde, sich Rat und Hilfe zu holen. Mit zu-

nehmender Integration in die deutsche Gesellschaft ändert sich dann auch die Auffassung von Sucht. Das dauert allerdings manchmal mehrere Generationen.

Selbsthilfe ist in Russland weitgehend unbekannt, entsprechend schwierig ist es, russisch-sprachige Menschen zum Gruppenbesuch zu bewegen – wenn überhaupt, gelingt das nur in einer muttersprachlichen Gruppe, damit die eigenen Gefühle besser ausgedrückt werden können. Aber auch diese Gruppen bestehen meistens nicht über einen längeren Zeitraum. „Eine Weile kommen die Mitglieder, holen sich Unterstützung, und wenn sie sich dann stabil genug fühlen, verlassen sie die Gruppe wieder“, schildert er seine Erfahrungen.

André Kraft sagt, sein Vater habe die Sucht schon mit nach Deutschland gebracht. Und die Lebensbedingungen in Deutschland trugen wahrlich nicht zu einer Verbesserung bei – im Gegenteil: Sein

Berufsabschluss als Agraringenieur wurde in Deutschland nicht anerkannt, er musste einen Job als Hilfsarbeiter anfangen. Auch die kulturelle Entwurzelung sorgte für Verzweiflung und führte letztendlich zu einer Depression. Und genau in dieser Situation ist es fatal, dass Alkohol überall gegenwärtig und leicht zugänglich ist...

Und das galt nicht nur für den Vater, sondern auch für den Sohn. „Ich wollte dazugehören – und da war der Griff zum Bier nicht weit – z.B. auf der Baustelle oder nach Feierabend. Obwohl ich das schlechte Beispiel meines suchtkranken Vaters vor Augen hatte, bin ich selbst abhängig geworden“, erklärt André Kraft. Er sieht die Schuld aber nicht bei seinem Vater, sondern bei sich selbst, denn letztendlich ist jeder für sich selbst verantwortlich.

Seine Mutter hat sich erst von ihrem Ehemann getrennt, als André und seine beiden Geschwister erwachsen waren – mit Rücksicht auf die Kinder. Aus seiner Sicht wäre eine frühere Trennung für alle besser gewesen. „Das bedeutet aber nicht, dass ich meine Eltern für meine eigene Suchterkrankung verantwortlich mache“. Seine Mutter, die als Küsterin in einer Kirchengemeinde tätig war, hat ihn später auf sein Suchtproblem angesprochen und ihn auf die Suchtberatungsstelle aufmerksam gemacht.

Hat er sich jemals diskriminiert gefühlt? Er sagt, er lässt sich einfach nicht diskriminieren, sondern versucht der Diskriminierung entgegenzuwirken. Bei Problemen klagt er nicht, sondern sucht immer nach Lösungen. So lernte er z.B. schnell Deutsch, um in der Schule zu-

rechtzukommen. Als er und seine Eltern später auf der Suche nach einer Mietwohnung immer nur Absagen bekamen, bauten sie sich schließlich selbst ein Haus. Dass sich in bestimmten Gegenden Ghettos bilden, in denen fast nur noch Menschen mit Migrationshintergrund wohnen, hat die Gesellschaft seiner Meinung nach selbst zugelassen und sogar gefördert. Dadurch setzt sich eine Spirale in Gang: Die russischen Familien bleiben in diesen sozialen Brennpunkten unter sich, haben kaum Kontakte zu deutschen Familien, schauen russische Fernsehprogramme u.Ä. „Der Mensch ist bequem, und wenn es nicht zwingend nötig ist und wir nicht auf Widerstand stoßen, verlassen wir unsere Komfortzone nicht“.

Gunhild Ahmann, Referentin für Öffentlichkeitsarbeit

B U C H T I P P



Norbert Nientiedt

Bleibe standhaft!

Mut für ein selbstbestimmtes Leben

132 Seiten, € 14,90

ISBN: 978-3-87023-447-8

Ardey-Verlag GmbH, Münster 2019

Das Buch

Norbert Nientiedt führt uns in seinem dritten und letzten Buch der Trilogie zu Menschen, denen wir im Alltag

selten Beachtung schenken - oder nicht genug. Sie haben in ihrem Leben etwas zum Positiven verändert, eine Krankheit überwunden oder sind in einer schweren persönlichen Krise standhaft und authentisch geblieben. Damit haben sie zugleich anderen Menschen geholfen, das eigene Leben besser zu meistern. Durch ihr Beispiel können wir selbst neuen Mut schöpfen. Vor allem widmet er sein Buch all den Menschen, die den schweren Weg aus der Sucht heraus gegangen und dann auch beständig geblieben sind. Damit möchte er Mut machen für ein selbstbestimmtes Leben.

Der Autor sagt: „Wir brauchen in unserem Alltag ein wenig Standhaftigkeit, weil nur so verlässliche Strukturen entstehen, die unser Leben benötigt, wenn es menschlich zugehen soll.“

Norbert Nientiedt geht vor die Tür, kommt ins Gespräch und nimmt sich Zeit. Er führt uns zu Orten, an denen sich das Leben abseits der Nachrichten abspielt. Mit ihm werden wir Zeugen von

Bahnhofsgesprächen, Beobachtungen im Cafe, von Streifzügen durch Städte, vor allem aber von Begegnungen mit Menschen. Und von nahezu allen Menschen, denen er auf seinen Gängen durch die Stadt begegnet, lernt er etwas. Dabei kommt auch der Humor nicht zu kurz.

Im Ardey-Verlag sind bereits erschienen „Komm, steh auf! Begegnungsgeschichten aus dem Alltag“ und „Tu doch was! Impulse für den eigenen Weg.“

Der Autor:

Norbert Nientiedt (Jahrgang 1948) hat nach dem Abitur in Münster und München Theologie studiert. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder. Von 1975 bis 2015 arbeitete er als Lehrer und Schulseelsorger am Bischöflichen Berufskolleg Hildegardisschule in Münster. Er ist Autor von zahlreichen theologischen und religionspädagogischen Texten.

Den Kopf frei bekommen und die Seele finden

Nach meinem Entzug 2005 bin ich regelmäßig ins Fitness-Studio gegangen. Meine Aerobic-Trainerin fragte mich dann irgendwann, ob ich nicht Lust auf „Linedance“ hätte. Da ich sehr gern tanze, aber mein inzwischen verstorbener Mann nicht gern tanzte, war Linedance die ideale Sportart für mich. Man braucht keinen Partner und tanzt doch nicht allein, das gefällt mir sehr gut! Außerdem liebe ich Country-Musik, auch wenn wir nicht ausschließlich zu Country-Musik tanzen. Beim Tanzen vergesse ich alle Sorgen, und mein Kopf wird frei.

Linedance ist eine Tanzform, bei der einzelne Tänzer*innen in Reihen und Linien vor- und nebeneinander tanzen. Die Choreografie passt natürlich zur Musik. Der Gruppentanz ist die ursprüngliche Form des Tanzes – wie die Entwicklung des Volkstanzes in vielen Kulturen zeigt. Der Linedance entwickelte sich im Laufe des 20. Jahrhunderts hauptsächlich in den USA. In Europa wurde Linedance ab

den 1960er-Jahren zu Pop- und Rockmusik getanzt.

Vor gut fünf Jahren baten mich einige Freundinnen, ihnen Linedance beizubringen. Ein Übungslokal war schnell gefunden, und der Name „Gerfriedsliner“ stand auch bald fest. Wir lernten eifrig Schritte und formierten uns in Reihen und Linien bei entsprechender Musik zu bestimmten Tänzen. Das hat sich schnell herumgesprochen, und inzwischen sind wir über 30 Personen. Die Tänzerinnen und leider nur wenigen Tänzer sind im Durchschnitt 50 Jahre alt. Der jüngste Teilnehmer ist mein achtjähriger Enkel und bis jetzt das einzige Kind, die älteste Teilnehmerin ist 74 Jahre alt.

Wir sind auf großen und kleinen Bühnen gern gesehen, in „normalen“ Jahren haben wir 10 bis 15 Auftritte. Man kann uns buchen, normalerweise verlangen wir keine Bezahlung, meistens bekommen wir Kaffee und Kuchen, ab und zu

auch etwas zu essen, z.B. wenn auf Sommerfesten gegrillt wird. Wir treten auch regelmäßig in Seniorenheimen auf und waren auch schon in Reithallen und auf Golfplätzen zu sehen. Der tollste Auftritt ist jedes Jahr auf der „Kulturina“ in Gersthofen - auf der großen Hauptbühne vor mehreren hundert Zuschauern.

Auch der Lockdown konnte uns nicht bremsen: Wir trainieren online in ZOOM-Meetings. Das kommt auch meiner Sucht-Selbsthilfegruppe zugute, denn seit einiger Zeit trifft sich auch meine Kreuzbund-Gruppe regelmäßig in ZOOM-Meetings, damit wir uns wenigstens online sehen und über unsere Sorgen sprechen können. (Ich bin Gruppenleiterin der Kreuzbund-Gruppe Augsburg-Zuversicht. Außerdem war ich mehr als zehn Jahre als (stellv.) Geschäftsführerin im Vorstand des Diözesanverbandes Augsburg tätig.)

*Irene Brucker (68) aus Gersthofen
(DV Augsburg)*



Irene Brucker (1. Reihe, 3.v.r.) mit ihrer Tanzgruppe

Ein steiniger Weg aus der Abhängigkeit

Mit 14 Jahren nimmt er zum ersten Mal Drogen. Danach ist er viele Jahre lang süchtig. Heute hat Sascha Schallenburg aus Mönchengladbach es aus der Abhängigkeit geschafft. Nach 26 Jahren Drogenabhängigkeit, Therapie, Rückfällen und erneuten Versuchen ist der 43-Jährige seit fast drei Jahren clean. Ein schwerer Weg, der noch lange nicht zu Ende ist, sagt er. Ganz am Boden war er nie, jedenfalls nicht auf existenzieller Ebene: „Ich hatte immer ein Dach über dem Kopf und Arbeit“. Er ist stolz, es geschafft zu haben. Heute hilft er anderen Menschen, die unter ihrer Sucht leiden. Er will zeigen, dass er es geschafft hat und dass auch andere es schaffen können. Deshalb erzählt er seine Geschichte.

Sascha Schallenburg beginnt mit 14 Jahren, Cannabis zu rauchen - für ihn eine Flucht vor der zerrütteten Situation zu Hause. Er fühlt sich allein, auf sich selbst gestellt gerät er in die falschen Freundeskreise. Zwei Jahre später greift er zu härteren Drogen, schluckt auf Partys Ecstasy, nimmt Amphetamine. „Ich habe die Schule nach Klasse 9 abgebrochen, die zehn Jahre hatte ich durch eine Ehrenrunde schon voll“, sagt Sascha Schallenburg. „Aber zu dem Zeitpunkt war ich eh nicht mehr wirklich da. Es hat ja niemand auf mich aufgepasst, ich konnte tun, was ich wollte.“ Er hat eine persönliche Krise, findet keinen Halt. „Ich habe gemerkt, dass ich mit den Drogen meine Probleme unterdrücken kann. Das war einfacher, als an mir zu arbeiten.“

Immer wieder wechselt der Stoff, der ihm Stück für Stück sein Leben zerstört, ohne dass er es richtig merkt. Der Mönchengladbacher rutscht tiefer in die Abhängigkeit, arbeitet in Zeitarbeitsfirmen, schafft es sogar bis zu einer Standortleitung in einer Firma. Tagsüber arbeitet er, verdient Geld für Wohnung und Essen. Nachts treibt er sich in der



Sascha Schallenburg (43)

Drogenszene herum, gibt dem Druck nach, schießt sich ins Aus. „Bei der Arbeit ist es nie aufgefallen. Es war aber ein höllischer Druck, sich nie was anmerken zu lassen.“

Er hat Jahre gebraucht, um aufhören zu wollen. „Ich war lange nicht so weit. Es ist ja auch schön, den Tag zugehöhnt vorbeiziehen zu lassen, anstatt sich dem echten Leben zu stellen.“ Aber dann fehlt das Geld. Seine Beziehungen scheitern, auch für seine Kinder kann er nicht richtig da sein. Wirklich bewusst war ihm das damals nicht, sagt der 43-Jährige heute. Auf der Straße hat er nie gelebt. Doch irgendwann kam der Punkt, an dem es Klick macht. Er gerät in eine Situation, die rechtlich ernsthafte Konsequenzen für ihn bedeuten kann – mit fatalen Auswirkungen auf sein Leben. „Das war der Punkt, an dem ich wusste: So kann es nicht weitergehen.“

Schallenburg sucht sich Hilfe, beginnt eine Langzeittherapie - das war vor sieben Jahren. Er ist von seinem eigenen Mut überrascht, doch die Entscheidung steht. „Ich hatte Angst, ich wusste nicht, was auf mich zukommt, und der Haufen an Problemen war so groß geworden, dass ich das Gefühl hatte, ich komme niemals damit klar.“

Während der Therapie kann er seine Kinder nicht sehen und merkt zum ersten Mal, in welchem Zustand er eigentlich ist. „Es ist hart, wenn man in der Therapie zu sich kommt und versteht, dass man die Familie nicht mehr um sich hat. Ich habe mir Vorwürfe gemacht, dass es so weit gekommen ist – dass ich nicht da war für die Menschen, die ich liebe“, sagt er. „Es ist heftig, sich mit der Realität auseinanderzusetzen.“ Die Probleme sind schließlich noch immer da, auch wenn sie vorher verschwommen waren. „Ich musste lernen, anders damit umzugehen, eine bessere Lösung zu finden als davor wegzulaufen. Auch nach der Therapie bin ich regelmäßig zur Drogenberatung gegangen, um weiter an mir zu arbeiten.“

In der Therapie hat er zwei Wochen lang Schweißausbrüche, kann nicht schlafen, bekommt Wutanfälle anderer Patienten mit. „Nach drei Wochen hatte ich das Schlimmste hinter mir und habe gemerkt, wie gut es tut, mal durchzuschlafen.“ Schallenburg soll in die Kreativgruppe, bastelt Weihnachtskränze und verliert die Beherrschung, als die Therapeutin seine Farbauswahl kritisiert. „Ich bin laut geworden, habe das als persönlichen Angriff gesehen. Ich musste erst lernen, sachliche Kritik anzunehmen.“

Von seinem Selbstbewusstsein haben die Drogen nicht viel übrig gelassen. „Ich war immer für andere da, in der Szene hilft man sich ja. Aber ich habe mich nie um mich selbst gekümmert.“ In der Therapie geht es Schallenburg gut, er macht Fortschritte, kann bald entlassen werden. „Dann kommt der schwierigste Teil – in der Therapie ist man im geschützten Raum, das ist wie unter einer Käseglocke“. Er durfte ein- bis zweimal die Woche nach Hause, kämpfte mit sich. „Man weiß genau, da wohnt der, da sitzt der und konsumiert – das triggert. Man muss die persönli-

chen Kontakte abbrechen, sonst funktioniert es nicht.“

2017 ist der Druck zu hoch, Schallenburg rutscht noch einmal ab, sucht sich erneut Hilfe. „Von der Sucht loszukommen ist ein langer Prozess. Dazu gehören auch Rückfälle, aber man darf sich dadurch nicht entmutigen lassen“, betont er. Inzwischen ist er seit ca. drei Jahren clean. „Je länger man abstinent ist, umso stärker wird man auch“, erklärt er. „Ich habe keinen Suchtdruck mehr, wenn ich etwas rieche, stinkt es für mich. Ich weiß ja, was es mit mir

macht“. Er träumt auch nicht mehr vom Rausch, geht auch Alkohol aus dem Weg. Wie viel Geld er für Drogen ausgegeben hat, kann er nicht sagen. „Das waren 26 Jahre. Komme ich noch mit einer fünfstelligen Summe hin?“

Schallenburg fühlt sich gefestigt, hat sein Leben wieder im Griff. Heute steht er kurz vor dem Abschluss seiner Ausbildung zum Speditionskaufmann, holt damit seinen Schulabschluss nach und hilft anderen Abhängigen, von den Drogen wegzukommen. Er ist in Selbsthilfegruppen aktiv und macht dort eine

Ausbildung zum Gruppenleiter. „Seit diesem Jahr bin ich Fachbereichsleiter im jungen Kreuzbund“, sagt er stolz. „Ich kann anderen zeigen, dass es geht, dass es sich lohnt, den Versuch zu wagen.“

Für ihn hat es sich gelohnt – nicht nur für sich selbst. Seine vier Kinder sieht er jetzt jeden Tag. „Endlich kann ich ihnen voll und ganz zeigen, wie sehr ich sie liebe“. Er hat es geschafft.

Aus: *Rheinische Post* vom 8. Januar 2021

Ein neu gewonnenes Leben mit Hilfe der Kreuzbund-Gruppe

Von 2014 an war ich wegen Depressionen bei Psychologen und Psychotherapeuten immer wieder in Behandlung. Ich war völlig überzeugt, dass das mein Problem sei. In den diversen Therapiesitzungen berichtete ich auch von meinem phasenweise erhöhten Alkoholkonsum – trotzdem blieb die Behandlung meiner Depressionen vorrangig.

Wenn ich Alkohol konsumierte, dann geschah das in Intervallen. Wochenlang konnte ich ohne Probleme völlig auf Alkohol verzichten oder ich trank nur hier und da mal ein Bier oder ein Glas Wein. Und dann, ohne erkennbaren Grund, trank ich vier oder fünf Tage, so dass ich kaum noch aus dem Bett kam. Dann setzte wieder irgendwie der Verstand ein, ich machte mir selbst größte Vorwürfe, und nach ein bis zwei Tagen war ich wieder nüchtern und lebte ganz normal, trieb Sport, engagierte mich in kirchlichen Einrichtungen, betreute Jugendgruppen auf Fahrten, belegte Kurse in der VHS usw.

In den Jahren 2015 und 2016 wurden die Abstände der Trinkexzesse immer kürzer und intensiver. Im Sommer 2016 merkte ich, dass ich mich nicht mehr auf mich selbst verlassen konnte. Ich musste mehrtägige Radtouren mit Kumpels ab-



Wolfgang Schlaghecken (70)

sagen und konnte geplante Urlaube mit meiner Frau nicht mehr realisieren.

Da wurde mir endlich klar, was bei den Themen „Alkohol“ und „Depressionen“ das Huhn und das Ei war: Ursache für meine zunehmenden Probleme war der Alkohol, und die Depressionen waren lediglich die Folge! Ein offenes Gespräch mit meinem Hausarzt führte dann zu meiner kurzfristigen Einweisung in die Ameos-Klinik in Alfeld. Gott sei Dank wurde mir dort in den zwei Wochen sehr schnell klar, dass der einzige Weg für mich die komplette Abstinenz ist.

Auch der Kreuzbund hatte sich während der Therapiezeit in Alfeld vorgestellt und Flyer verteilt. So rief ich noch von Alfeld aus Gabi Krüger an, ob ich nach meiner Entlassung im September 2016 bereits am darauffolgenden Donnerstag zur Gruppenstunde kommen dürfte. Ich durfte und wurde in der Gruppe freundlich aufgenommen. Inzwischen leite ich die Gruppe gemeinsam mit Gabi Krüger.

Rückblickend weiß ich heute, dass ich schon seit Jahrzehnten ein Problem mit dem Alkohol hatte, es aber nicht wahrhaben wollte oder es einfach verdrängte.

Heute geht es mir gut, und ich genieße jeden Tag völlig „ohne“ und erlebe dadurch eine vorher nicht gekannte Freiheit!

Und dieses schöne neu gewonnene Leben möchte ich gerne noch lange zusammen mit meiner Frau Regina, mit der ich seit 40 Jahren verheiratet bin, unseren Töchtern (38 und 29 Jahre alt) und Söhnen (40 und 36 Jahre alt) und deren Partner*innen und unseren fünf Enkeln führen.

Wolfgang Schlaghecken, Hildesheim

Wir begrüßen die neuen Gruppenleitungen

Sie sind zur Leiterin oder zum Leiter einer Kreuzbund-Gruppe gewählt worden. Dazu gratulieren wir Ihnen. Wir danken Ihnen für Ihre Bereitschaft, sich in Ihrer Freizeit für Ihre Gruppe und den Kreuzbund einzusetzen.

Alles Gute, viel Freude und Erfolg wünscht Ihnen der Bundesverband.

Übrigens: Im WEGGEFÄHRTE finden Sie auch immer viel Gesprächsstoff für Ihre Gruppenstunden.

Die neuen Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter:

Essen

Margret Kohn	Duisburg-Hamborn 1
Burkhard Neitzel	Bochum-Langendreer Süd

Freiburg

Roland Wagner	Heidelberg 2
---------------	--------------

Mainz

Dagmar Adelseck	Bingen 7 - Offene Infogruppe
-----------------	------------------------------

Paderborn

Klaus Ulrich Axt	Hamm 5
------------------	--------

Regensburg

Horst Dietz	Abensberg 3
-------------	-------------

Rottenburg-Stuttgart

Benedikt Spranger	Uhltingen-Mühlhofen
-------------------	---------------------

Würzburg

Holger Schraud	Würzburg 4
Maria Vogel	Wörth/Main, Angehörigengruppe

DV Aachen

Geht doch! Seelenhygiene in Corona-Zeiten

Nach langem Hin und Her, Für und Wider, Auf und Ab konnten wir am letzten Novemberwochenende unser beliebtes Paarseminar zum Thema „Beziehung gestalten“ im Katholisch Sozialen Institut in Siegburg starten. Fünf Paare des DV Aachen, eins davon waren unsere Referenten, sowie unsere Organisatorin erlebten vom 27. bis 29. November 2020 ein Paarseminar der besonderen Art in einer besonderen Zeit.

Gleich beim Eintreffen merkten wir, dass Hygienevorschriften und Abstände im Seminarhaus hervorragend funktionieren, was uns große Sicherheit vermittelte.



Nach dem Abendessen (wir waren an diesem Wochenende die einzigen Gäste) trafen wir uns im großen Seminarraum und begannen mit unserer „Reise ins Abenteuerland“, wie sie liebevoll von unseren Referenten Birgit Leisten und ihrem Mann Christoph genannt wurde. Aus vielen kleinen Zetteln, die im Raum verteilt waren, suchten wir uns Begriffe aus, wie wir unser Seminar gestalten möchten. Wir waren uns schnell einig, dass: Natur genießen--Glücksgefühle-- Abschalten vom Alltag--Fantasiereisen---und vor allem das Lachen nicht fehlen durften.

Am nächsten Morgen nach einem guten Frühstück ging die Reise weiter. Wir entwarfen als Erstes eine Collage aus Zeitungs-inhalten mit Begriffen, Sätzen und Bildern, die uns emotional ansprachen und berührten. Anschließend erstellten wir über den Tag verteilt und am Sonntagvormittag drei Puzzles, die sich mit dem Thema „Beziehung leben“ befassten. Aufgabe war es, sich den eigenen Anteil in der Beziehung anzuschauen, um dann gemeinsam mit dem Partner oder der Partnerin in der Mitte die Gemeinsamkeiten zu gestalten. Dabei konnte in Zweiergesprächen - wie anfangs gewünscht - auch die Natur genossen werden, denn uns wurde ein tolles Wetter beschert.

In der anschließenden gemeinsamen Runde kamen wir dann zu dem Ergebnis, dass es uns sehr gut tut, sich mal wieder außerhalb des Alltags mit seinem Partner oder seiner Partnerin auszutauschen, ihn oder sie mal wieder intensiv „zu sehen“ und zu erkennen, wie viele Gemeinsamkeiten da sind.

Viel zu schnell kam dann der Sonntagmittag und somit das Ende unserer ganz persönlichen Beziehungsreise ins Abenteuerland.

Das Ende eines Seminars ist wie ein Überraschungs-Ei: Spannung, Spiel, Spaß, Freude - und leckeres Essen - sind auch in diesen schwierigen Corona-Zeiten möglich, wenn alle gut aufeinander achten. Ich danke allen, die für diese abenteuerliche Reise gekämpft und sie ermöglicht haben.

Bleibt gesund, und denkt daran: Auch Seelenhygiene ist wichtig in dieser Zeit!

Karin Jany, Kreuzbund-Gruppe Aachen 4

DV Würzburg

Digitaler Besuchsdienst der Sucht-Selbsthilfe

Der frühzeitige Kontakt der Patient*innen zu Selbsthilfegruppen ist elementarer Teil der Suchtmedizin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Uniklinikums Würzburg. Um diesen auch unter den Bedingungen der Corona-Pandemie zu ermöglichen, wurden kürzlich digitale Besuchsdienste initiiert.

„Auf unserer Schwerpunktstation für Abhängigkeitserkrankungen verfolgen wir ein multimodales interdisziplinäres Therapiekonzept, das unter anderem darauf abzielt, dass die Patientinnen und Patienten sich einer Selbsthilfegruppe anschließen und deren Angebote nach dem stationären Aufenthalt möglichst regelmäßig nutzen“, berichtet Privatdozent Dr. Thomas Polak, der Leiter der Klinischen Suchtmedizin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Uniklinikums Würzburg (UKW).

Bis zum Ausbruch der Corona-Pandemie kamen dazu Vertreter*innen verschiedener regionaler Selbsthilfegruppen alle 14 Tage in einen Besprechungsraum der Station IV West. Im Stuhlkreis stellten sie den Patient*innen ihre jeweilige Gruppe und deren Angebote vor und berichteten aus ihrer eigenen Krankengeschichte.

Die Beschränkungen der Corona-Pandemie machten diese unmittelbaren Kontakte unmöglich. „Als Alternative entwickelten die Selbsthilfegruppen mit uns zusammen einen digitalen Besuchsdienst“, schildert Dr. Polak und fährt fort: „Seit Beginn dieses Jahres finden die Zusammenkünfte über die Internetplattform Skype for Business statt. Unsere Partner aus der Selbsthilfe sind dabei auf einem großen Bildschirm interaktiv in den Gesprächsrunden zugegen.“ Bislang nutzen Vertreter*innen des Kreuzbundes, des Blauen Kreuzes sowie der Phoenix-Selbsthilfegruppe den neuen Kommunikationsweg. „Nach unseren ersten Erfahrungen funktioniert dieser ähnlich gut wie die direkten Gespräche“, sagt Arnd Rose, der Sprecher des Kreuzbundes für die Region Würzburg, Kitzingen und Lohr.

Bedeutende Chancen durch Selbsthilfe-Angebote

Warum ist der frühzeitige Kontakt mit der Selbsthilfe für Suchtpatient*innen so wichtig? „Die Wirksamkeit dieser Angebote ist wissenschaftlich gut untersucht“, schildert Dr. Polak. Demnach bleiben nur 33 Prozent der Suchtkranken, die keine Selbsthilfegruppe (SHG) besuchen, in den ersten sechs Monaten nach der Entgiftung und dem Abschluss der stationären Therapie abstinent. Wird einmal im Monat an einem Gruppentreffen teilgenommen, steigt die Quote auf 45 Prozent. Und bei regelmäßigem, wöchentlichem Besuch einer SHG beträgt die Sechs-Monate-Abstinenz sogar 75 Prozent. „Aus medizinischer Sicht sind das sehr starke Effekte“, unterstreicht Dr. Polak.

Bei den – jetzt digitalen – Treffen in der Klinik geht es laut Arnd Rose nicht nur um die Präsentation der jeweiligen Programme und ein Kennenlernen der Akteure: „Gerade die authentischen Berichte aus unserer eigenen Suchtgeschichte erreichen die Betroffenen. Viele finden sich da selbst wieder.“ Nach seinen Angaben soll der digitale Besuchsdienst so lange beibehalten werden, wie der Corona-Lockdown anhält.

Dankbarkeit für das kreative Engagement der Selbsthilfegruppen

Nach den Beobachtungen von Dr. Polak und seinen Kolleg*innen haben die sozialen Bedingungen der Corona-Krise die Gefahren für Sucht und Rückfall erhöht. Erste internationale wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen diese Einschätzung. „Umso dankbarer sind wir, dass wir uns auf die anhaltende Unterstützung der Selbsthilfegruppen verlassen können“, betont der Psychiater. Gabriele Nelkenstock, die externe Selbsthilfebeauftragte des UKW, ergänzt: „Wir sind sehr stolz auf unsere Selbsthilfepartner, die von Beginn der Pandemie an mit uns zusammen engagiert nach neuen Wegen gesucht haben. Mit dieser Bereitschaft konnten wir schon in 2020 eine ganze Reihe von kreativen digitalen Lösungen entwickeln.“



Digitaler Besuchsdienst des Kreuzbundes mit Arnd Rose

Online-Angebote im Kommen

Auch außerhalb der Kooperation mit dem UKW sind bei den Selbsthilfegruppen Online-Angebote im Kommen. So veranstaltet zum Beispiel der von Arnd Rose geleitete Kreuzbund Kitzingen über seine Homepage statt der sonst üblichen Gruppenveranstaltung ein wöchentliches Skype-Treffen, das guten Anklang findet. „Wir planen diesen Service auch nach der Pandemie, wenn wieder persönliche Treffen möglich sind, zusätzlich aufrechtzuerhalten“, kündigt Arnd Rose an. Um hierbei in Punkto Datenschutz noch sicherer zu sein, laufen nach seinen Angaben aktuell Gespräche mit dem Aktivbüro der Stadt Würzburg. Ziel ist es, in Zukunft die eigene Internetplattform der städtischen Selbsthilfekontaktstelle nutzen zu können.

Aus: Pressemeldung des Universitätsklinikums Würzburg vom 1. Februar 2021

Foto: Mario Weber / Uniklinikum Würzburg

KB Würzburg

Das Wandern ist des Kreuzbunds Lust

Die Kreuzbund-Gruppe Würzburg IV, die sich regelmäßig am Freitagabend im Stadtteil Grombühl trifft, blickt auf ein erfolgreiches Jahr 2020 zurück. Neben den Gruppenabenden, an denen Sucht und Heilung ausgiebig erörtert werden, auch mit zur Verfügung stehenden Medien, kam auch das gegenseitige Kennenlernen nicht zu kurz. Es ist bereits Tradition, dass die Gruppe jedes Jahr einen Busausflug unternimmt und dabei vormittags eine Stadt besichtigt und nachmittags eine in der Nähe liegende Therapieeinrichtung.

Unser Wanderwochenende 2019 in der Rhön war so gut angekommen, dass wir es vom 19. bis 21. Juni 2020 wiederholten. Wir logierten im Gasthof Rhönlust in Oberweißbrunn. Am Freitagabend trafen wir uns zu unserem Gruppenabend. Am Samstag brachen 14 Gruppenmitglieder dann zur ersten Wanderung auf, und zwar von der Wasserkuppe, dem höchsten Berg der Rhön, bis zur Milseburg.



Auf der Wasserkuppe am Fliegerdenkmal

Startete die Wanderung in Dunst und Nebel, so klarte der Himmel im Tagesverlauf auf, und wir kamen bestens gelaunt bei schönstem Sonnenschein zum Ziel.

Eine kleine Wanderung am Sonntag von der Thüringer Hütte zu den Basaltsäulen am Gangolfsberg, die wie riesige Bleistifte aus dem Berg ragen, rundeten unser Wanderwochenende ab.



Bei den Basaltsäulen am Gangolfsberg

Auch in diesem Jahr soll wieder ein Wanderwochenende inklusive Gruppenabend stattfinden, so der ausdrückliche Wunsch der Teilnehmer.

Da unsere Gruppe Wert darauf legt, sich auch außerhalb der wöchentlichen Gruppenabende zur suchtmittelfreien Freizeitgestaltung zu treffen, haben wir außerdem am 25. Oktober 2020 eine kleine Herbstwanderung organisiert. Mit dem Auto ging es in den Steigerwald, wo wir die „Traumrunde Gräfenneuses“ bei herrlichem Wetter unter die Wanderschuhe nahmen. Auf halber Strecke verwöhnten Manfred und Renate uns mit Kaffee und Kuchen, sodass die zweite Hälfte der Route frisch gestärkt in Angriff genommen wurde.

Bedingt durch die Corona-Pandemie sind natürlich ältere Gruppenmitglieder vorsichtig und meiden persönliche Kontakte. Unser Dank gilt daher unserem Gruppenmitglied Manfred Marold, der alternativ zu unseren Gruppenabenden parallel ein Zoom-Online-Meeting anbietet.

Wir werden auch in diesem Jahr unseren Gruppenmitgliedern wieder mehrere Freizeitaktivitäten anbieten, denn persönliches Wachstum geschieht dort, wo Menschen sich angenommen und wohl fühlen. Ausflüge und Wanderungen bieten die Möglichkeit, sich untereinander besser kennen zu lernen und neue Freundschaften zu schließen. Trockenheit soll Spaß machen, abstinenter Leben ist kein Verzicht. Diese Freizeitaktivitäten sind eine sinnvolle Ergänzung unserer wöchentlichen Gruppenabende, die selbstverständlich auch weiterhin im Zentrum unserer Gruppenarbeit stehen.

Heinrich Jüstel, Kreuzbund-Gruppe Würzburg IV

KB Münster

Auch das ist Kreuzbund!

Rolf Goldstein, das lebensälteste Mitglied der Kreuzbund-Gruppe Münster - St. Pantaleon ist gegen Corona geimpft worden – und zwar am 18. Februar zum ersten Mal und am 11. März 2021 zum zweiten Mal.

Rolf Goldstein (83) gehört schon seit dem Jahr 2002 zur Gruppe in Münster-Roxel. Er hat fast keine Familie mehr und versäumt keinen Gruppenabend, die Gruppenabende sind für ihn der Höhepunkt der Woche. Er ist am Montagabend immer als erster da, stellt Tische und Stühle passend und dreht im Winter die Heizung auf. Er zeigt uns immer wieder, wie man zufrieden trocken lebt.

Nun trifft sich die Gruppe schon seit längerem nur virtuell. Da Rolf keinen Internetzugang hat, kann er daran nicht teilnehmen. Wenn wir es verantworten können, kann er bald bei einem anderen Weggefährten über die Schulter schauen und so wieder bei unseren Treffen dabei sein.



Werner Terbrack begleitet Rolf Goldstein (rechts) zum Impfen

Weil es ja nicht ganz so einfach ist, einen Impftermin zu bekommen, war es für die Gruppe übrigens selbstverständlich, dass wir für ihn einen Impftermin gebucht haben und ihn auch zum Impfzentrum in die Halle Münsterland begleitet haben. Manchmal ist es gut, einen jungen und dynamischen Weggefährten an seiner Seite zu haben...

Immerhin sind jetzt schon drei Personen aus unserer Gruppe geimpft, d.h. es geht langsam aber stetig aufwärts.

Dieter Babetzky, Münster - St. Pantaleon



Der Kreuzbund DV Augsburg trauert um den Geistlichen Beirat

Pfarrer Stefan Ried

* 10. 1. 1933 † 29. 12. 2020

Herr Pfarrer Stefan Ried war 29 Jahre Einzelmitglied im Kreuzbund. Von 1991 bis 2005 war er aktiv als Geistlicher Beirat in unserem DV tätig. Stefan war durch seine menschliche Art, seine Hilfsbereitschaft und die Beteiligung an den Kreuzbundaktivitäten einer von uns. Durch seine Offenheit und sein Verständnis in allen Belangen unterstützte und verhalf er vielen Weggefährten, die Abstinenz zu erhalten.

Wir werden Pfarrer Stefan Ried in guter Erinnerung haben und ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Der Kreuzbund-Diözesanverband Augsburg e.V.



„Meister, wo wohnst du? –
Jesus antwortete: Kommt und seht!“

Joh 1, Evangelium des Todestages



Der Kreuzbund-Diözesanverband Limburg trauert um seinen ehemaligen Geistlichen Beirat

**Pater
Otmar Steinebach SAC**

* 18. August 1940 † 4. Januar 2021

der nach kurzer schwerer Krankheit verstorben ist.

Seit 2001 war Pater Steinebach Mitglied im Kreuzbund-Diözesanverband Limburg und von 2005 bis 2014 als Geistlicher Beirat für den Kreuzbund im Bistum Limburg tätig.

Aufgrund seiner eigenen Suchterkrankung war er tief im Thema verwurzelt. In den 80er Jahren begab er sich in Therapie, um seine Suchterkrankung behandeln zu lassen. Er lernte, offen mit seiner Erkrankung umzugehen. Seine Tabletten- und Alkoholabhängigkeit war Teil seiner Geschichte, die ihn geprägt hat. Das Überwinden dieser Lebenskrise wurde ihm zur Kraftquelle. Es versuchte anderen in ihrer Sucht und Gefährdung beizustehen.

Die Erfahrung der Auferstehung, die ihm in seinem Leben geschenkt wurde, möge der Herr in der Auferstehung zum ewigen Leben vollenden.

Manfred Hurt für den Kreuzbund-Diözesanverband Limburg e.V.



Der Kreuzbund trauert um

Detlef Fuisting

der am 14. November 2020 im Alter von 80 Jahren verstorben ist.

Tief bewegt haben wir Abschied genommen von unserem Weggefährten Detlef Fuisting. Wir haben einen wertvollen Menschen verloren, den wir gern in unserer Mitte hatten. Unser Mitgefühl gilt insbesondere seiner Ehefrau Gitta und seinen Kindern, Enkeln und Urenkeln.

Detlef Fuisting ist am 1. Januar 1973 in die Kreuzbund-Gruppe Dortmund-Scharnhorst eingetreten. Er übernahm für viele Jahre die Gruppenleitung und gestaltete die Gruppenarbeit mit viel Engagement. Sein Herzenswunsch war es, Menschen mit einer Suchterkrankung, die noch keinen Zugang zu einer Selbsthilfe-Gruppe hatten, zu erreichen. Besonders um die Gehörlosen hat er sich gekümmert.

Außerdem arbeitete er als Beisitzer im Bundesvorstand mit in der Zeit von 1995 bis 1999 und von 2001 bis 2004. So war er stets Bindeglied zwischen dem Bundesverband und dem Diözesanverband Paderborn.

Seine Ehefrau Gitta begleitete ihn in all den Jahren. So konnte ich Detlef und Gitta vor drei Jahren für 45 Jahre Mitgliedschaft im Kreuzbund ehren. Tochter Heike sagte: „Der Kreuzbund gehörte zu meinem Vater, zu meiner Mutter und auch zu uns Kindern.“

Seine ruhige und besonnene Art machte ihn zu einem besonderen Menschen und Weggefährten. Wir werden Detlef Fuisting sehr vermissen und ihm ein ehrendes Gedenken bewahren.

Otto Fehr für den Kreuzbund-Diözesanverband Paderborn e.V.

Andrea Stollfuß für den Kreuzbund-Bundesverband

In Erinnerung an unsere verstorbenen Weggefährten

Detlef Reckwerth
München Aubing
17. Sept. 2020

Karl-Heinz Repp
München Ost
19. Sept. 2020

Günter Maron
Landau 2
20. Sept. 2020

Thomas Kühnle
Gruppe Ettlingen 2
30. Sept. 2020

Bodo Kape
DV Berlin – Einzelmitglied
22. Okt. 2020

Hubert Zeller
Aachen 7
1. Nov. 2020

Detlef Fuisting
Dortmund-Scharnhorst
14. Nov. 2020

Heinz Dickhoff
Fürstenau
20. Nov. 2020

Gerhard Anding
Schweinfurt 1
24. Nov. 2020

Klaus Kosanke
DV Berlin – Tübinger Straße
2. Dez. 2020

Roland Brehl
Hünfeld 2
6. Dez. 2020

Helga Anding
Schweinfurt 1
10. Dez. 2020

Gudrun Borries
DV Berlin – Herthastraße
14. Dez. 2020

Johannes Wittmann
Heidelberg 1
14. Dez. 2020

Rene Mostard
Esweiler
16. Dez. 2020

Claudia Frankemann
Osnabrück 6 – St. Johannes
18. Dez. 2020

Heinz Lenz
Prüm 3
21. Dez. 2020

Hermann Mittermair
Obing St. Joseph
28. Dez. 2020

Stefan Ried
DV Augsburg – Einzelmitglied
29. Dez. 2020

Friedhelm Scharna
Prien 2
29. Dez. 2020

Reinhard Heinzel
DV Berlin – Einzelmitglied
1. Jan. 2021

Otmar Steinebach
DV Limburg – Einzelmitglied
4. Jan. 2021

Bernhard Heller
Würzburg 5
5. Jan. 2021

Helmut Schneider
Weiden 2
7. Jan. 2021

Horst Werner
Nordhorn 1
17. Jan. 2021

Günter Wolff
DV Berlin – Einzelmitglied
17. Jan. 2021

Fritz Bock
Aachen 6
19. Jan. 2021

Winfried Demmer
MG-Rheindahlen 2
4. Febr. 2021

Helmut Janke
Hünfeld 2
8. Febr. 2021

Joachim Restel
DV Berlin – Alt-Buckow
9. Febr. 2021

Thomas Langfeldt
Oberkirch
10. Febr. 2021

Alfred Jack
DV Berlin – Schwyzer Straße
3. März 2021

Es bleiben Glaube, Liebe, Hoffnung

Corona kostet über 20 Millionen Lebensjahre

Die Corona-Pandemie hat, gerechnet auf die durchschnittliche Lebenserwartung, bislang 20,6 Millionen Lebensjahre gekostet. „Menschen in der Mitte des Lebens und im frühen Rentenalter tragen im weltweiten Vergleich den größten Anteil an den insgesamt verlorenen Lebensjahren“, kommentiert Mikko Myrskylä, Direktor des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung in Rostock eine internationale Studie, für die 1,2 Millionen Todesfälle aus 81 Ländern ausgewertet wurden.

Im globalen Schnitt entfallen nur knapp 25 Prozent der verlorenen Lebensjahre auf Verstorbene, die älter als 75 Jahre waren. Rund 45 Prozent der Lebensjahre haben Menschen im Alter zwischen 55 und 75 Jahren verloren. Die Bevölkerung unter 55 Jahren trägt einen Anteil von rund 30 Prozent. Damit entfallen 75 Prozent der verlorenen Lebensjahre auf Menschen, die jünger waren als 75. Das steht im deutlichen Gegensatz zur häufig verbreiteten Meinung, dass nur Menschen

an COVID-19 stürben, die sowieso nur noch wenige Jahre zu leben hätten. „Deshalb sollten auch Maßnahmen ergriffen werden, die jüngere Teile der Bevölkerung schützen“, fordert Myrskylä.

Ein Blick auf die Details zeigt: In Ländern mit hohem Einkommen trägt die älteste Bevölkerungsgruppe der über 75-Jährigen meist über die Hälfte der verlorenen Lebensjahre. Umgekehrt ist dies in Ländern mit mittlerem und niedrigem Lohnniveau. Hier ist der Anteil der verlorenen Lebensjahre in der jüngsten Bevölkerungsgruppe unter 55 Jahren größer. In besonders betroffenen Ländern, wie Italien und den USA, verlor die Bevölkerung bis zu neun Mal mehr Lebensjahre als während einer durchschnittlichen Grippe-Saison.

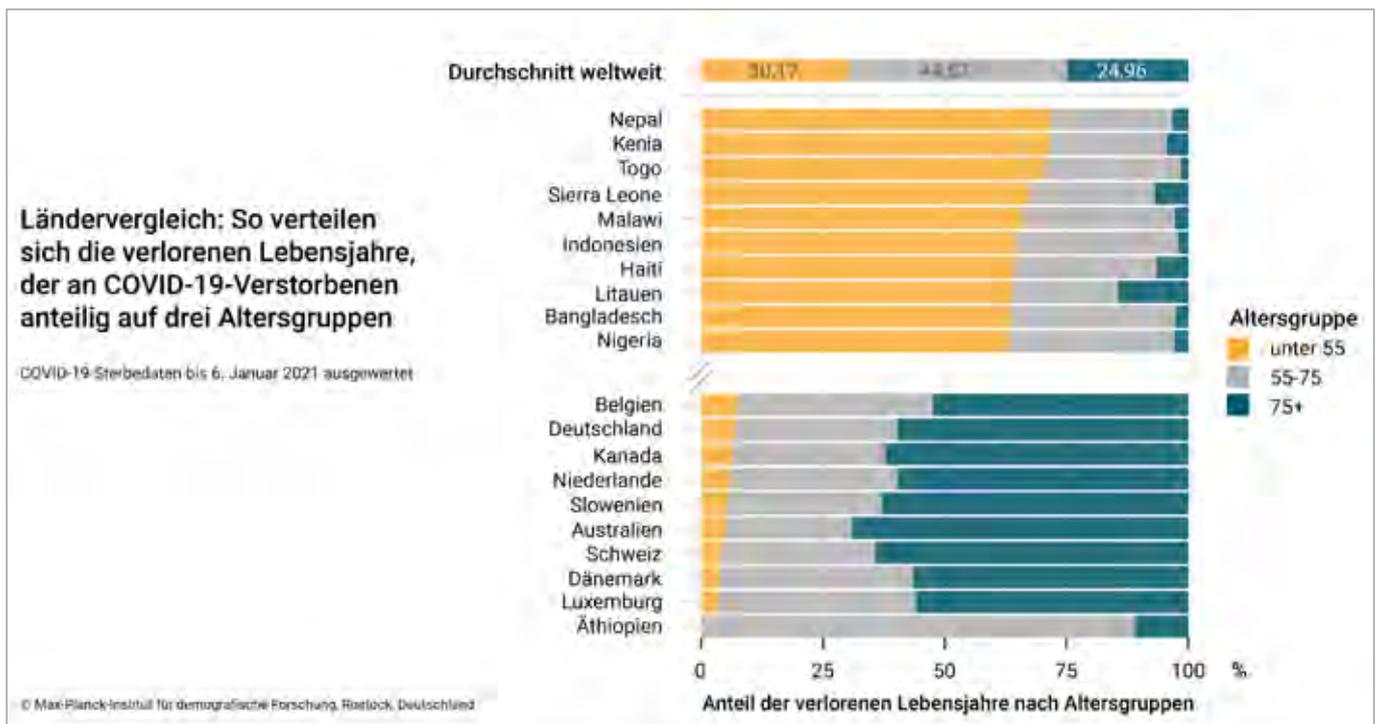
Wegen vieler methodischer Herausforderungen stellen die Ergebnisse der Studie laut den Forschern nur eine Momentaufnahme während der Pandemie dar. Die Infektionssterblichkeit erfasst beispiels-

weise nur die Teilgruppe der Personen, deren Corona-Infektion bestätigt ist.

Auch kann die Zahl der Sterbefälle, die COVID-19 zugeschrieben werden, die tatsächliche Zahl der COVID-19-Todesfälle sowohl über- als auch unterschätzen. Denn sie hängt davon ab, durch welche Kriterien ein Todesfall als COVID-19-Todesfall registriert wird; das unterscheidet sich von Land zu Land. Die Übersterblichkeit vergleicht Sterblichkeitsraten während der Pandemie mit einem Basiswert, der sich aus den vergangenen Jahren ableitet.

„Trotzdem bestätigen unsere Ergebnisse, dass die Auswirkungen der Pandemie auf die Sterblichkeit groß sind, und zwar nicht nur in Bezug auf die absolute Zahl der Toten, sondern auch bezogen auf verlorene Lebensjahre“, verdeutlicht Myrskylä abschließend.

Aus: Pressemitteilung des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung vom 18. Februar 2021



Vielfalt trotz Lockdown

Aktionswoche mit Rekordzahl an Veranstaltungen

Eine digitale Schnitzeljagd zu den Beratungsstellen der Stadt, ein Abend via Zoom mit Kinderbüchern zum Thema „Sucht“, eine Ausstellung in Ladenschau- fenstern, Webinare, Telefonberatungen – 139 Veranstaltungen in 76 Städten zwischen Westerland und München und ein großes gemeinsames Thema: Die Situation von Kindern und Jugendlichen in suchtbelasteten Familien. Die jährlich von NACOA Deutschland initiierte bundesweite Aktionswoche vom 14. bis 20. Februar 2021 machte mit einer Rekordzahl von Veranstaltungen auf die Belastungen der Betroffenen aufmerksam. Einer der Schwerpunkte waren diesmal die besonderen Gefährdungen, die die Bekämpfung der Corona-Pandemie für suchtbe- lastete Familien mit sich bringt.

„Die Lockdowns und Kontaktbeschrän- kungen der vergangenen Monate haben die Lage der betroffenen Kinder noch einmal verschärft“, sagte Corinna Oswald, Vorstandsmitglied bei NACOA Deutsch- land. Der Stress in den Familien und auch der Alkohol- und Drogenkonsum seien gestiegen. „Für Kinder aus Suchtfamilien bedeutet dies eine noch stärkere Bedro- hung durch die Folgeerscheinungen der Sucht“, so Oswald. Als Beispiele nannte sie, dass Kinder häusliche Gewalt miterle- ben oder von Vernachlässigung und man- gelnder Versorgung bedroht sind, wenn beispielsweise bei geschlossenen Schulen und Kindergärten auch die Essensversor- gung wegfällt.

Zugleich verstärken die Schließung von Bildungs- und Freizeiteinrichtungen und die Beschränkung von Kontakten die Isolation der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Viele suchen Hilfe im Internet. Das Online-Beratungsteam von NACOA wur- de in den vergangenen zwölf Monaten so stark nachgefragt wie noch nie. „Von Fe- bruar bis Mai 2020 erreichten uns insge- samt über 1000 Anfragen per E-Mail, etwa doppelt so viele wie im Jahr davor“,

sagte Stephanie Bosch von der NACOA- Online-Beratung. In den Sommermona- ten sei die Zahl geringfügig mit der Lo- ckerung der Maßnahmen gesunken, im Herbst aber wieder deutlich gestiegen.

Als Konsequenz aus dieser Erfahrung fordert NACOA mehr Geld für spezielle Online-Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern.

„Das Hilfeangebot muss krisenfest ge- macht werden, damit mehr fachliche Kapazitäten für diese Arbeit vorgehalten werden können“, sagte Bosch. „Wir müssen weg von dem System einer un- sicheren Projektförderung, hin zu einer Regelfinanzierung.“

Auch Rolf Rosenbrock, Vorstandsvor- sitzender des Paritätischen Gesamtver-

Schirmherrin: Katrin Sass

Aktionswoche für Kinder aus Suchtfamilien

14. - 20. Februar 2021

VERGESSENEN KINDERN EINE STIMME GEBEN.

Millionen Kinder und Jugendliche wachsen mit suchtkranken Eltern auf. Allein vor Corona waren es bereits drei Millionen. Die Sucht der Eltern ist auch eine Gefahr für die Kinder. Der Lockdown, die fehlenden Kontakte verschärfen die Situation noch. Die Kinder leiden auch ohne Pandemie schon unter der Isolation.

Aber: noch immer gibt es kein flächendeckendes und verlässliches Hilfesystem und Beratungsangebot. Dabei brauchen die Kinder und Jugendlichen besonders jetzt Hilfe von zugewandten Fachkräften, die über das Internet, via Telefon oder persönlichen Begegnungen Kontakt zu ihnen halten und sie begleiten.

Bund, Länder und Kommunen müssen die Versorgungslücke endlich schließen!

Die Aktionswoche für Kinder aus Suchtfamilien wird im Rahmen der Suchthilfe-Redaktion nach § 20 h Sozialgesetzbuch V finanziert durch die

INFORMIEREN SIE SICH AUF
WWW.CO-A-AKTIONSWOCH.DE
INFO@CO-A-AKTIONSWOCH.DE

NACOA
 NACOA Deutschland e.V.
 Sucht- und Wendepunkt e.V.

Die Aktionswoche für Kinder aus Suchtfamilien wird im Rahmen der Suchthilfe-Redaktion nach § 20 h Sozialgesetzbuch V finanziert durch die

KKKH
 Katholische Kirchenbasis

bandes, fordert mehr Geld für die Arbeit mit Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien. „Präventions- und Hilfestrukturen müssen unter echter Beteiligung der Zivilgesellschaft aufgebaut und dabei auch bestehende Strukturen und Netzwerke genutzt werden. Ziel muss es dabei sein, die vielen jetzt schon hervorragend arbeitenden Projekte dauerhaft zu finanzieren und in die Fläche zu bringen.“

Rosenbrock verwies zudem auf das neue Kinder- und Jugendstärkungsgesetz, das derzeit im Bundestag debattiert wird. Für dieses hat eine interministerielle Arbeitsgruppe auch unter Beteiligung von NACOA und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von Kindern mit psychisch- oder suchtkranken Eltern erarbeitet. „Lediglich ein Teil der 19 empfohlenen Einzelmaßnahmen wurde bisher zumindest angegangen. Beschlossen oder umgesetzt ist jedoch bisher noch immer nichts“, kritisierte Rosenbrock. „Es kann nicht sein, dass Politik sich weitere



Rolf Rosenbrock

Jahre Zeit lässt, die stille Not der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu lindern.“

Die Initiatoren werteten diese Aktionswoche, die unter den erschwerten Bedingungen durch die Pandemie stattfand, als großen Erfolg. Die Zahl der Veranstaltungen lag trotz Kontaktbeschränkungen höher als in den Jahren zuvor. Die Kreativität und Einsatzbereitschaft der beteiligten Einrichtungen sorgten für ein vielfältiges Programm, meist im digitalen Format,

das seinen Niederschlag auch in den Medien fand. Neben Berichten in „Logo“, den Kindernachrichten des ZDF sowie mehreren Berichten im Radio- und TV-Programm des Mitteldeutschen Rundfunks, des SWR und des RBB, erschienen gut zwei Dutzend Berichte in Lokalzeitungen zur Aktionswoche, die oft die Arbeit der Einrichtungen vor Ort vorstellten.

Auch in den Social-Media-Kanälen (Facebook, Instagram, YouTube) fand die Aktionswoche, die zeitgleich auch im Vereinigten Königreich stattfand, in diesem Jahr eine deutlich höhere Resonanz als in den Jahren zuvor. Unter anderem startete NACOA Deutschland auf seinem YouTube-Kanal eine Interviewreihe mit Betroffenen und anderen Fachleuten zum Thema suchtbelastete Familien. Diese soll auch nach der Aktionswoche weiterlaufen und so zur Entstigmatisierung der Suchtkranken und ihrer Angehörigen beitragen.

Stephan Kosch, NACOA-Mitglied aus dem Vorbereitungsteam der Aktionswoche

Empfehlung zum Rauchstopp: Wann, wenn nicht jetzt?

Pro Jahr erkranken in Deutschland aufgrund des Rauchens etwa 85.000 Menschen an Krebs. Damit geht jede fünfte neue Krebserkrankung auf das Rauchen zurück. Darauf weist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) anlässlich des Weltkrebstages am 4. Februar hin. Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge verursacht Rauchen mindestens zwölf verschiedene Krebsarten. Besonders betroffen ist die Lunge: Etwa neun von zehn Lungenkrebskrankungen bei Männern sind auf das Rauchen zurückzuführen, bei Frauen liegt diese Quote bei etwa acht von zehn Fällen von Lungenkrebs.

Damit ist Tabakkonsum die bedeutendste vermeidbare Ursache für Krankheit und Tod: Jährlich versterben allein in Deutschland 127.000 Menschen an den Folgen des Rauchens, das sind 13,3 Prozent aller Todesfälle. „Vor allem langjähri-



ge Raucher*innen brauchen mehr Orientierung und eine Motivationshilfe, um einen Rauchausstieg zu schaffen“, erklärt Daniela Ludwig, die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Gerade während der Corona-Pandemie ist Rauchen ein besonders hohes Risiko für die Gesundheit. Ein schwerer Krankheitsverlauf ist bei Raucher*innen wahrscheinlicher als bei Nichtraucher*innen, weil Raucher*innen häufiger Vorerkrankungen der Lunge haben.

Die Raucherquote liegt bei Erwachsenen in Deutschland immer noch bei über 20 Prozent. Ein großer Teil der Lungenkrebskrankungen könnte durch einen konsequenten Rauchstopp vermieden werden. „Wer heute mit dem Rauchen aufhört, hat in zehn Jahren ein um die Hälfte verringertes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken.“

„Grundsätzlich gilt: Der Rauchstopp ist in jedem Alter und in jeder Lebensphase eine der besten Entscheidungen, die man für seine eigene Gesundheit treffen kann“, rät Prof. Dr. med. Heidrun Thaiss, Leiterin der BZgA.

Aus: Gemeinsame Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vom 29. Januar 2021

Corona und der gesellschaftliche Zusammenhalt

Bessere Arbeitsbedingungen und eine bessere Bezahlung für soziale Berufe: Dem sollte sich die Politik prioritär widmen, wenn es nach den Wünschen der Bevölkerung in Deutschland geht. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen, vom Deutschen Caritasverband in Auftrag gegebenen Umfrage. Das Umfrage-Institut Insa Consulere hat zwischen 11. und 14. Dezember 2020 insgesamt 2.003 Menschen über 18 Jahre online befragt.

Die Aufwertung der sozialen Berufe wurde von den meisten Befragten (48 Prozent) genannt auf die Frage „Auf welche der folgenden politischen Handlungsfelder sollte sich der Staat baldmöglichst am stärksten konzentrieren?“ An zweiter Stelle kommt der Klimaschutz (29 Prozent), an dritter Position die Unter-

stützung der sozialen Infrastruktur (22 Prozent).

„Die Corona-Pandemie hat die Bedeutung der sozialen Arbeit in den Fokus gerückt – vor allem die Leistung der Menschen, die Kranke und Hilfebedürftige pflegen, betreuen, begleiten und unterstützen,“ so Caritas-Präsident Peter Neher. Vielen ist jetzt wichtig, dass diese Tätigkeiten besser wertgeschätzt werden.

Neue Caritas-Kampagne

Das greift die Caritas in der Kampagne „Miteinander durch die Krise: #DasMachenWirGemeinsam“, die am 14. Januar 2021 bundesweit an den Start gegangen ist, auf. „Bleibt unsere Wertschätzung – oder verfliegt sie wie unser Applaus?“

fragt sie zum Beispiel mit einem Flyer- und Plakatmotiv. „Zeigen wir Solidarität mit allen – oder sparen wir sie uns?“ ist ein anderes Motiv.

„Wir müssen uns als Gesellschaft grundlegende Fragen stellen: Welche Pflege wollen wir? Wer soll das machen und unter welchen Bedingungen? Was ist uns soziale Sicherung, was ist uns Bildung wert? Soll die Unterstützung, die Menschen erfahren, von ihrer Postleitzahl abhängen? Und was sind wir bereit dafür zu tun, um künftigen Generationen einen lebenswerten Planeten zu hinterlassen?“, so Neher. Gerade im Jahr der Bundestagswahl brauchen wir auf diese Fragen tragfähige Antworten. Die Angebote der politischen Parteien werden von der Caritas auf Landes- und Bundesebene daraufhin geprüft.

Die Caritas-Kampagne bietet einen Rahmen für die Diskussion über diese Themen und für die Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses, das derzeit oft fehlt. „Anfangen mit den über 690.000 Beschäftigten der Caritas-Einrichtungen und Dienste, die wir miteinander und mit der Gesellschaft ins Gespräch bringen wollen,“ so der Caritas-Präsident weiter.

Der Deutsche Caritasverband stellt nicht nur Fragen, er bietet auch Antworten und Lösungsvorschläge – etwa beim Umbau der Rentenversicherung zu einer Erwerbstätigenversicherung, beim Rechtsanspruch auf Schuldnerberatung und bei Digitalisierungsstrategien im Sozial- und Bildungsbereich, die über die Verteilung von Endgeräten hinausgehen.

Umfrage-Ergebnis: Corona schwächt gesellschaftlichen Zusammenhalt

Dass Dialog und Austausch dringend notwendig sind, zeigt ein anderes Ergebnis der Umfrage: 52 Prozent der Teilneh-



**ZEIGEN WIR
SOLIDARITÄT MIT ALLEN –
ODER SPAREN WIR
SIE UNS?**

menden haben den Eindruck, dass die Corona-Pandemie den gesellschaftlichen Zusammenhalt geschwächt hat, lediglich 17 Prozent der Befragten erleben ihn als gestärkt. „Von der im Frühjahr wahrgenommenen Welle der Solidarität, welche die Caritas durchaus auch erlebt hat, scheint nicht mehr viel übrig zu sein“, so Neher. „Und das ist kein Wunder, haben wir doch in den vergangenen Wochen und Monaten Überforderungen erlebt, gezielte Desinformation von Corona-Leugnern und unsägliche Debatten zum Beispiel gegen eine europäisch abgestimmte Impfstrategie. Leitgedanke vieler Diskussionen scheint im Moment zu sein ‚ich bin mir selbst der Nächste‘.“

41 Prozent der Befragten stimmen aber der Aussage zu „Ich glaube, dass ich persönlich etwas zum gesellschaftlichen Zusammenhalt beitragen kann“, und 25 Pro-

zent wissen es nicht – lediglich 27 Prozent stimmen nicht zu. „Nur gut ein Viertel der Menschen fühlt sich ausdrücklich ohnmächtig oder machtlos, wo es um die Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts geht“, stellt Neher fest. „Bei drei Vierteln ist das also nicht der Fall“.

„Die Caritas will so viele Menschen wie möglich ermutigen und mitnehmen, damit sie sich einbringen – und sei es nur, indem sie innehalten und sich Fragen stellen. Auch das ist ein Ziel unserer Zwei-Jahres-Kampagne anlässlich des 125jährigen Jubiläums des Deutschen Caritasverbandes im nächsten Jahr“.

Über die Kampagne

Die Zwei-Jahres-Kampagne „Miteinander durch die Krise: #DasMachenWir-

Gemeinsam“ versteht sich als Auftrag an alle innerhalb und außerhalb der Caritas, gemeinsam an einer sozialeren und gerechteren Gesellschaft zu arbeiten, gerade in der Corona-Krise. Sie nimmt im Jahr der Bundestagswahl 2021 die Themen soziale Berufe und soziale Sicherungssysteme, Solidarität und gesellschaftliche Spaltung, Armut und Würde ins Visier. Als Teil der Kampagne startet die Podcast-Reihe „Deutschland solidarisch“, eine Gesprächsreise durch Deutschland zum Thema Solidarität und Zusammenhalt. Den Podcast finden Sie auf www.dasmachenwirgemeinsam.de/podcast sowie auf den üblichen Streaming-Portalen.

Aus: Pressemitteilung vom 14. Januar 2021 des Deutschen Caritasverbandes

E-Zigaretten ebnen Weg in Raucherkarriere

Wer Tabakprodukte, inklusive E-Zigaretten, vor dem 18. Lebensjahr konsumiert, riskiert später als Erwachsener einen täglichen Tabakkonsum. Zu diesem Schluss kommt eine Langzeitstudie der University of California San Diego Herbert Wertheim School of Public Health and Human Longevity-Science.

Personen zwischen 12 und 24 Jahren, die E-Zigaretten rauchten, konsumierten später drei Mal so wahrscheinlich jeden Tag Zigaretten, so das Ergebnis von 2014. Bei jenen, die angaben, ein Tabakprodukt zu konsumieren, nahm die tägliche Nutzung bis zum 28. Lebensjahr zu. Der tägliche Zigarettenkonsum verdoppelte sich nahezu bei zwölf Prozent der 18- bis 21-Jährigen sowie bei 21 Prozent der 25- bis 28-Jährigen.

Es handelt sich bei der Studie um die erste, die die Entwicklung zum abhängigen Rauchen von Zigaretten bei jungen

Erwachsenen untersucht hat. Den Daten zufolge seien E-Zigaretten das Einfallstor für jene, die zu täglichen Rauchern von Zigaretten werden. „Das Einstiegsprodukt hat sich von Zigaretten zu E-Zigaretten verändert. Wenn Konsumenten von Nikotin abhängig werden, steigen sie auf Zigaretten um“, so Erstautor John P. Pierce.

Für die Studie „Population Assessment of Tobacco and Health“ (PATH, eine Langzeitstudie zum Tabakkonsum und seine Auswirkungen auf die US-Bevölkerung, wurde 2013 und 2014 ein national repräsentatives Sample von Personen zwischen zwölf und 24 Jahren rekrutiert. Die Teilnehmenden wurden vier Jahre lang jährlich erneut befragt, um die Entwicklung ihres Konsums zu untersuchen.

Im ersten Jahr gaben 45 Prozent der Studienteilnehmenden an, dass sie in ihrem Leben zumindest ein Tabakprodukt

konsumiert hatten. Mit dem vierten Jahr berichteten 62 Prozent von Experimenten mit Tabak. Zwölf Prozent konsumierten täglich Tabakprodukte, die Hälfte war nach dem ersten Jahr zu Dauerkonsumenten geworden. 70 Prozent der täglichen Konsumenten rauchten Zigaretten, die Hälfte auch ab und zu E-Zigaretten.

Die Nutzung von E-Zigaretten hat bei älteren Schülern der Highschools (meist unter 18 Jahren) von 38 Prozent im Jahr 2016 auf 45 Prozent im Jahr 2019 zugenommen, berichtet Seniorautorin Karen Messer. „Damit besteht die Gefahr, dass in Zukunft immer mehr Erwachsene in den USA Zigaretten rauchen und damit Jahrzehnte des rückläufigen Trends wieder umgekippt werden“, befürchtet die Wissenschaftlerin.

Aus: www.presstext.com/news vom 12. Januar 2021

Mehr Medienzeit im Corona-Jahr 2020

Das Jahr 2020 hat den Alltag von Jugendlichen auf den Kopf gestellt. Viele Freizeitbeschäftigungen waren nicht möglich, Schulen waren über Monate geschlossen, es wurde teilweise im Fernunterricht gelehrt. Diese spezielle Situation resultierte in deutlich höheren Mediennutzungszeiten von Jugendlichen. Das hat die JIM-Studie 2020 (Jugend, Information, Medien) des Medienpädagogischen Forschungsverbundes Südwest in Zusammenarbeit mit dem Südwestrundfunk (SWR) ergeben.

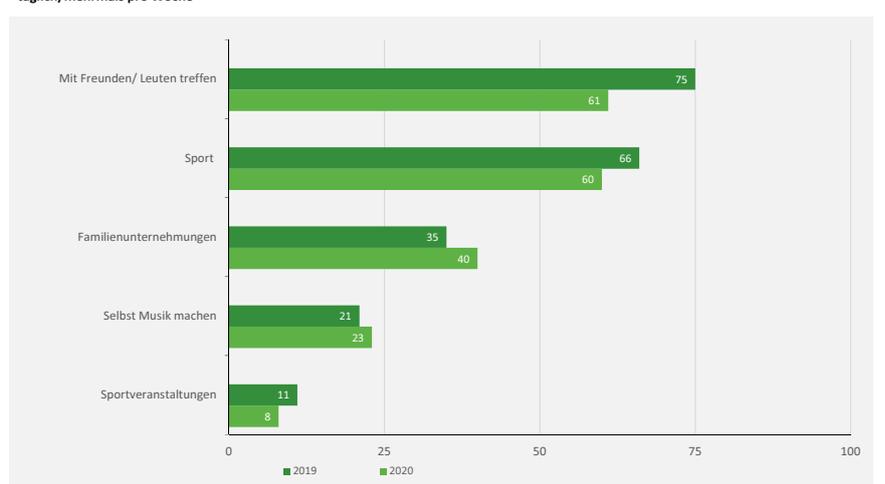
Für die repräsentative Studie wurden im Juni / Juli 2020 insgesamt 1200 Jugendliche im Alter von zwölf bis 19 Jahren telefonisch oder online befragt. Die Studie wird seit 1998 jährlich in Deutschland durchgeführt und bildet das Medienverhalten der Jugendlichen ab.

Die Ergebnisse im Einzelnen:

- Der persönliche Besitz eines Computers oder Laptops stieg von 65 auf 72 Prozent, der eines eigenen Tablets von 25 auf 38 Prozent.
- Jeder dritte Jugendliche hat einen Fernseher mit Internetzugang.
- Die tägliche Internetnutzungsdauer ist von 205 Minuten im Jahr 2019 auf 258 Minuten in 2020 gestiegen.
- Ein Drittel der Online-Nutzung entfällt auf den Bereich der Unterhaltung, dicht gefolgt von den Bereichen Kommunikation (27 Prozent) und Spiele (28 Prozent).
- Der geringste Anteil der Online-Zeit entfällt mit elf Prozent auf die Informationssuche.
- 87 Prozent der Jugendlichen schauen sich regelmäßig Videos auf Streaming-Plattformen an, im Vorjahr waren es nur 74 Prozent. Netflix und YouTube stehen hier an erster Stelle.
- Die durchschnittliche werktägliche Fernsehdauer ist auf mehr als zwei Stunden angestiegen. 45 Prozent der Jugendlichen nutzen regelmäßig das klassische lineare Fernsehen, jeder fünf-
- te sieht sich regelmäßig die Inhalte in Mediatheken der Fernsehsender an.
- Die durchschnittliche Nutzungsdauer von digitalen Spielen ist um 40 Minuten auf 121 Minuten gestiegen. Dabei spielen Jungen fast doppelt so lange wie Mädchen.
- 94 Prozent der Jugendlichen nutzen WhatsApp mindestens mehrmals pro Woche, um sich mit anderen auszutauschen.
- Instagram wird von 72 Prozent der Jugendlichen mindestens mehrmals in der Woche genutzt.
- Auch bei Snapchat, Pinterest und Twitter lassen sich Steigerungen feststellen.
- Zu den größten Gewinnern zählt die chinesische Plattform TikTok – hier hat sich die regelmäßige Nutzung um 19 Prozentpunkte erhöht. Jeder zehnte Jugendliche zählt TikTok inzwischen zu seinen Lieblingsangeboten im Netz.

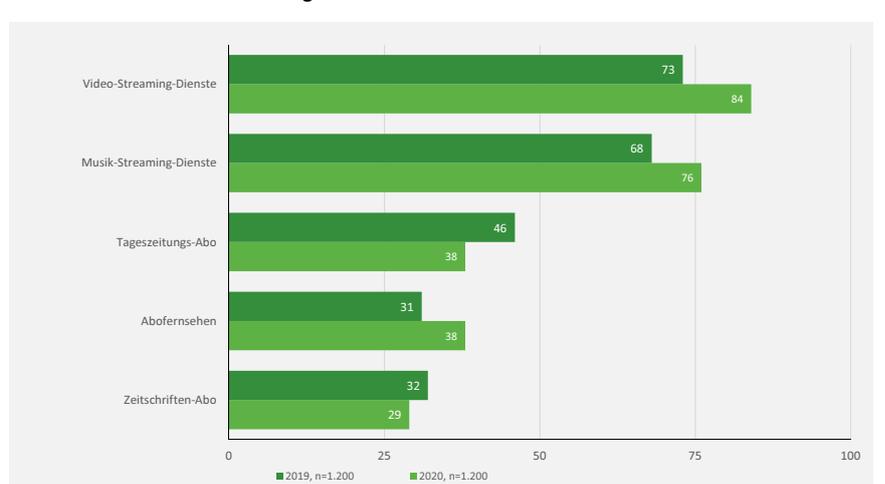
Aus: Pressemitteilung des Medienpädagogischen Forschungsverbundes Südwest vom 4. Dezember 2020

Freizeitaktivitäten 2020 – Vergleich 2019
- täglich/mehrmals pro Woche -



Quelle: JIM 2019, JIM 2020, Angaben in Prozent, Basis: alle Befragten

Medien-Abonnements 2020 – Vergleich 2019



Quelle: JIM 2019, JIM 2020, Angaben in Prozent, Basis: alle Befragten

Sucht-Leitlinien als Meilenstein

Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeit sind die schwerwiegendsten Suchterkrankungen in Deutschland. Rund 200 Menschen sterben täglich durch Alkoholmissbrauch, durch Rauchen sind es jährlich mehr Todesfälle als durch AIDS, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammengekommen.

Auf diese Zahlen hat die Deutsche Gesellschaft Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) hingewiesen. Zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) hat sie die neuen S3-Suchtleitlinien vorgestellt, die neuestes Wissen und Empfehlungen für frühe Interventionen, erprobte Behandlungsstandards und zielgerichtete Suchtrehabilitation bieten. Sie geben nicht nur den Experten gezielte Unterstützung, sondern sollen auch die Gefahren, die vom Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsum ausgehen können, in der Gesellschaft bekannt machen, so der neue DGPPN-Präsident Prof. Dr. Thomas Pollmächer aus Ingolstadt.

Gestiegener Alkohol- und Tabakkonsum in der Krise

Die Corona-Pandemie beeinflusst den Konsum: Bei einer Erhebung in Süddeutschland im Frühjahr 2020 wiesen rund 40 Prozent der befragten Personen einen erhöhten Alkohol- und Tabakkonsum auf. „Wir wissen, dass Isolation ein Faktor für den Anstieg von Suchtmittelkonsum ist. Belegbare Daten werden wir aber wohl erst zum Ende der Pandemie haben“, berichtete Pollmächer.

Die grundsätzliche Tolerierung des Konsums von Alkohol und Tabak durch die Gesellschaft und die Angst der Betroffenen vor Stigmatisierung tragen seiner Ansicht nach dazu bei, dass die zahlreichen Therapie- und Präventionsangebote, die das Gesundheitssystem in Deutschland bereithält, viel zu wenig in Anspruch genommen werden. Es fehle zudem an Aufklärung, an Vernetzung



Prof. Dr. Thomas Pollmächer

und an ausreichendem Wissen darüber, was moderne Suchttherapien und Rehabilitation leisten können.

„Viel zu häufig konzentriert sich die ärztliche Behandlung allein auf die vorliegenden Begleit- und Folgeerkrankungen der Suchtstörungen. Nur ein Zehntel der Suchtkranken erhält auch eine angemessene Suchttherapie“, beklagt Prof. Dr. Rainer Thomasius, Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Präsident der DG-Sucht.

Ein Spektrum an Therapiezielen

Für alkoholbezogene Störungen bestehe der größte Handlungsbedarf bei der möglichst flächendeckenden Früherkennung riskanter und gesundheitsschädigender Gebrauchsmuster sowie der Bereitstellung früher Interventionen. Die Hilfen müssten Thomasius zufolge gestuft und individuell ausgerichtet werden. Interventionen sollten ein weites Spektrum an Therapiezielen umfassen – von der Trinkmengenreduktion bis zur lebenslangen Abstinenz.

„Alkohol ist in unserer Gesellschaft ein allgegenwärtiges Konsum- und Wirtschaftsprodukt, dessen Gebrauch breit beworben wird“, sagt Prof. Dr. Falk Kiefer, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Leider gebe es kein Werbeverbot für Alkohol. Treten jedoch

alkoholbezogene Folgestörungen auf, sei es meist mit der gesellschaftlichen Toleranz vorbei. Nur rund zehn Prozent der alkoholabhängigen Menschen in Deutschland werden vom Suchthilfesystem versorgt, berichtet Kiefer. Hochwirksame Behandlungsangebote würden zu wenig mit den Betroffenen in Verbindung gebracht. Deswegen müsse der Fokus stärker auf Frühdiagnostik und Frühintervention gelegt werden. Wichtig sei es, dem Alkoholkonsum standardisiert in Hausarztpraxen zu begegnen

Rauchstopp fördern

„Rauchen schafft das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko. Es gibt kein gutes Argument, einen Stoff, der so vielen Menschen Schaden zufügt, im legalen Verkauf zu lassen“, betonte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Daniela Ludwig. Sie will die Prävention stärken und in diesem Jahr eine breite Initiative zum Rauchausstieg auflegen.

„Der Tabakkonsum ist mit zahlreichen körperlichen Folgeerkrankungen verbunden, etwa 13,5 Prozent der Mortalität ist durch den Tabakkonsum mitbedingt“, erläutert Prof. Dr. Anil Batra, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. Raucher leben etwa zehn Jahre weniger als Nichtraucher, und nur 26 Prozent der Raucher erleben das 80. Lebensjahr. Während die Rauchquote bei Kindern und Jugendlichen rückläufig sei, halte sie sich bei Erwachsenen zwischen 25 und 60 Jahren und häufiger bei Männern unverändert auf hohem Niveau.

„Wenngleich Nikotin keine mit Alkohol vergleichbare betäubende Wirkung hat, ist es doch ein Suchtmittel, das mit körperlicher Abhängigkeit, Gewohnheitsbildung und psychischer Abhängigkeit einhergeht“, betont der Suchtexperte.

Zurzeit bezuschussen Krankenkassen zwar die verhaltenstherapeutisch orientierten Raucherentwöhnungsgruppen, finanzierten jedoch nicht die medikamen-

töse Unterstützung und die in Einzelfällen notwendige verhaltenstherapeutische Behandlung. „Begrüßenswert wäre es, wenn Politik und Krankenkassen alle Maßnahmen, die zum Rauchstopp motivieren, unterstützen und fördern“, fordert Batra. Anzustreben sei eine absolute Abstinenz.

Fließender Übergang zum schädlichen Medikamentengebrauch

In Deutschland ist von 2,9 Millionen Fällen von schädlichem und abhängigem

Konsum von Medikamenten in der Gruppe der 18- bis 64-Jährigen auszugehen, berichtet Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke, Leiterin des Referats Abhängigkeitserkrankungen der DGPPN. Je nachdem welche Medikamente in den Untersuchungen erfasst werden, könnten diese Zahlen auch höher sein.

„Das Risiko für schwere körperliche und psychische Folgen ist hoch, und es gibt einen fließenden Übergang zwischen dem bestimmungsgemäßen Gebrauch in einer Heilbehandlung und dem

schädlichen Gebrauch“, sagt die Psychiaterin. Ärzte sollten klare Indikationen für die Medikamentenverordnung stellen und die Dosierung immer wieder überprüfen, riet Havemann-Reinecke. Wichtig sei die psychischen und sozialen Konstellationen der Patienten im Blick zu haben und auch daran zu denken, eine Medikamententherapie zu beenden.

Aus: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) vom 20. Januar 2021

Corona-Lockdown macht einsam

Knapp 14 Prozent der Menschen im Alter von 46 bis 90 Jahren haben sich im Sommer 2020 einsam gefühlt, diese Zahl ist 1,5-mal höher als in den Vorjahren. Das hat eine Befragung im Rahmen des Deutschen Alterssurveys ergeben. An der repräsentativen Quer- und Längsschnittbefragung nehmen seit mehr als zwei Jahrzehnten Personen in der zweiten Lebenshälfte regelmäßig teil - im Juni / Juli

2020 waren es 4762 Personen im Alter von 46 bis 90 Jahren.

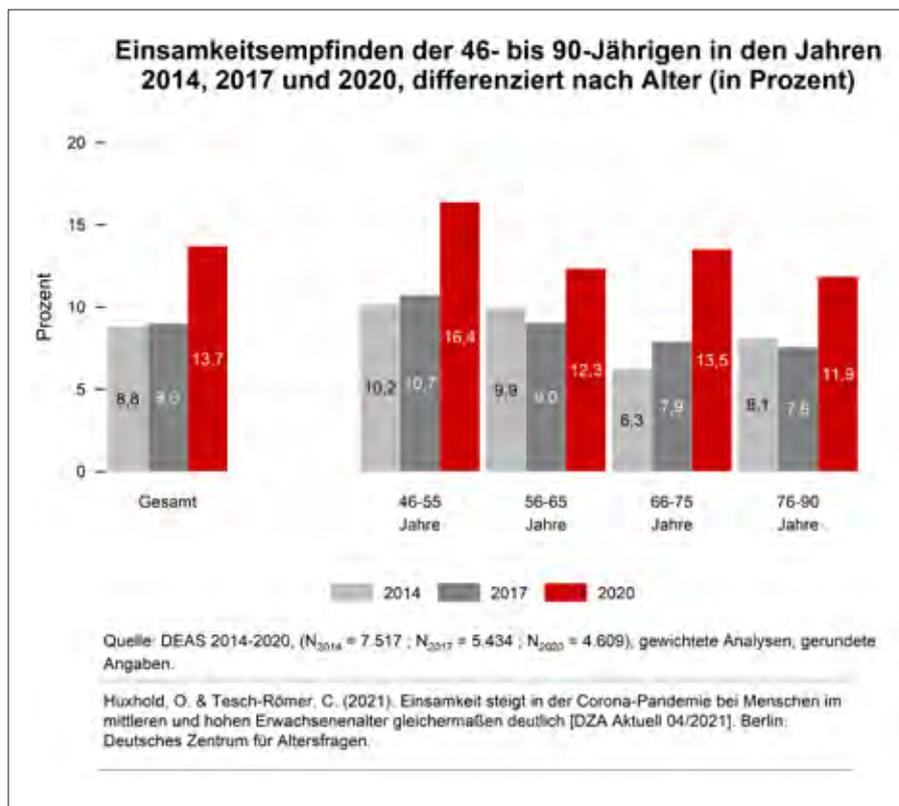
Das höhere Einsamkeitsempfinden betrifft unterschiedliche Bevölkerungsgruppen etwa gleich stark: Frauen oder Männer, Menschen mit hoher oder niedriger Bildung, im mittleren oder hohen Erwachsenenalter - in der Corona-Pandemie sind die Einsamkeitsraten in allen

Gruppen in gleichem Maße erhöht. Auch die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind relativ gering, ältere Menschen haben demnach kein höheres Risiko, einsam zu sein, als jüngere Menschen.

Der Anstieg der Einsamkeit während der Pandemie ist bedenklich, denn Einsamkeit kann schwerwiegende Folgen für die mentale und körperliche Gesundheit haben. Und je länger sich Menschen einsam fühlen, umso schwerer fällt es ihnen, sich aus eigener Kraft aus diesem Zustand zu befreien. Dazu trägt auch bei, dass Einsamkeit gesellschaftlich oft nicht ernst genommen wird, und die Betroffenen sich schämen darüber zu reden.

Durch die Corona-Krise sind Programme, die Einsamkeit bekämpfen, noch wichtiger geworden. Es ist zu hoffen, dass niedrigschwellige Angebote zur Einsamkeitsbekämpfung im Anschluss an die Pandemie besser verbreitet und auch angenommen werden. Möglicherweise verringert sich die Stigmatisierung einsamer Menschen, da viele Menschen durch den Corona-Lockdown Einsamkeit am eigenen Körper erfahren haben. Paradoxerweise könnte so die Pandemie bessere Voraussetzungen schaffen, die schwer zugängliche Gruppe einsamer Menschen zu erreichen.

Aus: Pressemitteilung des Deutschen Zentrums für Altersfragen vom 22. Februar 2021





TERMINE

Unter Vorbehalt finden folgende Veranstaltungen statt:

17. April 2021:

Bundesdelegiertenversammlung (digitale Veranstaltung)

28. / 29. Mai 2021:

Sucht-Selbsthilfekonferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) zum Thema „Sucht-Selbsthilfe digital“ (digitale Veranstaltung)

28. Mai 2021:

Multiplikatoren-Arbeitstagung „Frauen- und Männerarbeit / Gender“ (digitale Veranstaltung)

28. Mai bis 5. Juni 2021:

Aktivseminar für alle im Kreuzbund: „Wanderexerziten auf dem Hildegard-von-Bingen-Pilgerweg von Idar-Oberstein nach Bingen“ (ausgebucht)

25. bis 27. Juni 2021:

Seminar für alle im Kreuzbund: „Bogenschießen und Stille in der Tradition des Zen“, Damme (ausgebucht)

16. bis 18. Juli 2021:

Seminar für alle im Kreuzbund: „Lotse sein – eine Aufgabe in der Sucht-Selbsthilfe“, Erfurt

23. bis 25. Juli 2021:

Seminar für alle im Kreuzbund: „Die Kunst der Rede – Menschen verstehen und überzeugen“, Erfurt

13. bis 15. August 2021:

Multiplikatoren-Arbeitstagung „Kreuzbund-kompakt“, Bad Soden-Salmünster



Hinweis:

Redaktionsschluss für die Ausgabe 3/2021 ist am 31. Mai 2021.

Josef-Neumann-Stiftung

Eine gemeinnützige Stiftung für den Kreuzbund e.V.

Spenden

Wie können Sie helfen?

Wenn Sie die ehrenamtliche Sucht-Selbsthilfe und den Kreuzbund unterstützen möchten, dann stiften oder spenden Sie!

Stiftungs- und Spendenkonto: Kreuzbund e.V.
Josef-Neumann-Stiftung
Darlehnskasse Münster eG (DKM)

Konto: 46 55 37 00
BLZ: 400 602 65
IBAN: DE75 4006 0265 0046 5537 00
BIC: GENODEM1DKM

Oder nutzen Sie unser Spenden-Portal auf www.dkm-spendenportal.de



IMPRESSUM

Herausgeber/Redaktion:

Kreuzbund e.V., Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige
Münsterstraße 25, 59065 Hamm
Tel.: 02381/67272-0
Fax: 02381/67272-33
E-Mail: presse@kreuzbund.de
Internet: www.kreuzbund.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Gunhild Ahmann

Redaktionsteam:

Gunhild Ahmann
Marianne Holthaus
Heinz-Josef Janßen
Paul-Michael Leißner
Dr. Michael Tremmel
Ludger Wolff

Druck:

Thiekötter Druck GmbH & Co. KG, Münster

Titelbild:

© adobestock.com / joachim wendler

Rückseite:

© Dr. Michael Tremmel

Auflage: 13.500

Bei unverlangt eingesandten Manuskripten und Leserbriefen besteht kein Anspruch auf Abdruck und Rücksendung. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des Verfassers wieder, die sich keineswegs mit der Auffassung des Verbandes decken muss.

Hinweis:

Wenn Sie uns Artikel schicken, beachten Sie bitte, dass wir nur digitale Fotos in möglichst hoher Auflösung berücksichtigen können. Diese sollten wenn möglich als separate Datei angehängt werden.

Bei Fotos hat der Einsender die Bildrechte und das Einverständnis der abgelichteten Personen sicherzustellen. Soweit nicht anders angegeben, ist der Autor auch für die Fotos verantwortlich.

Die Redaktion

Ein Jahres-Abonnement des WEGGEFÄHRTE kostet 12,50 Euro einschl. Porto.

Diese Zeitschrift ist auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.



Im Licht der Ostersonne bekommen die Geheimnisse der Erde ein anderes Licht.

(Friedrich von Bodelschwingh)