

1. Einleitung

Flucht kann als ein globales Phänomen verstanden werden. Die Anzahl der Menschen, die weltweit vor Krieg, Gewalt und Verfolgung fliehen, wächst stetig weiter an. So befanden sich Ende 2018 nach Schätzungen des UNHCR 70,8 Millionen Menschen auf der Flucht (United Nations High Commissioner for Refugees 2019). Deutschland kann als Zuwanderungsland bezeichnet und verstanden werden. Die Geschichte der Migration nach Deutschland reicht bis in die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg in die Phase der Dekolonisation zurück, bei der unter anderem Heimatvertriebene und Rückkehrer*innen aufgenommen wurden, bis hin zur sogenannten Gastarbeiter*innenbewegung ab den 1960er Jahren und schließlich zu den aktuellen Fluchtbewegungen aus Kriegs- und Krisengebieten nach Europa und Deutschland (Livi Bacci 2015; Oltmer 2016). Seitdem stieg der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland auf insgesamt 19,3 Millionen Menschen im Jahr 2017 an, was einen prozentualen Anteil von 23,6% an der Gesamtbevölkerung von 81,7 Millionen Menschen ausmacht. Der Geschlechteranteil liegt bei 24,4% männlichen und 22,7% weiblichen Menschen mit Migrationshintergrund. Von diesen 19,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund waren 9,4 Millionen sogenannte Ausländer, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. 9,8 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit. 68,4% der Menschen mit Migrationshintergrund waren selbst migriert und zählen damit zur ersten Generation. Der größte Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund stammte mit 14,4% aus der Türkei. Künftig ist mit einem weiteren Anstieg der Zahlen von Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018a). Aufgrund der unterschiedlichen Herkünfte, Generationen, Migrationsgeschichten, Religionen und Kulturen sowie dem jeweiligen Aufenthalts- und Integrationsstatus handelt es sich dabei um eine heterogene Gruppe (Rommel et al. 2015). Die Fluchtbewegungen nach Europa ab dem Jahr 2015 ließ die Asylantragszahlen in Deutschland enorm ansteigen. Im Jahr 2015 wurden 441.899 Erstanträge gestellt, im Jahr 2016 stieg die Zahl auf 722.370 an und sank in den Jahren 2017 und 2018 auf je 198.317 und 161.931 ab. Im Januar und Februar 2019 wurden 27.885 Asylersanträge gestellt. Die häufigsten Herkunftsländer in diesem Zeitraum waren Syrien mit 7.102, Irak mit 2.719 und Nigeria mit 2.483 Erstanträgen. Aktuell liegt die Gesamtschutzquote von Asylanträgen aus Syrien bei 84,8%, dem Irak bei 33,6% und Afghanistan bei 40,3% (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2019). Mit insgesamt 1.680.700 Schutzsuchenden lag ihr Anteil im Jahr 2017 bei 2,0% der Gesamtbevölkerung.

Die Geschlechterverteilung in der Gruppe der Schutzsuchenden lag bei 63,6% Männern und entsprechend 36,4% Frauen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018b). Bei Persistenz der Fluchtursachen wie Krieg, Gewalt, Verfolgung, Hunger, militärische Konflikte und Unruhen, wird künftig von weiterhin hohen Zahlen an Asylbewerber*innen ausgegangen (Hanewald et al. 2016).

Dies verdeutlicht, dass migrationssensibles Arbeiten beziehungsweise die Beachtung und Bearbeitung migrations- und kulturspezifischer Aspekte und die Berücksichtigung der Fluchtmigration eine Querschnittsaufgabe für eine professionelle Praxis darstellt.

Suchtmittelkonsum und Sucht differieren weltweit länder- und regionspezifisch. Deutschland steht im internationalen Vergleich des Alkoholkonsums auf dem achten Platz. Rund 1,61 Millionen Menschen weisen einen missbräuchlichen Alkoholkonsum auf und 1,77 Millionen Menschen in Deutschland sind alkoholabhängig. Männer sind mehr als doppelt so häufig davon betroffen (Rummel et al. 2019).

Diese Zahlen verdeutlichen die Aktualität, künftige Bedeutung und Relevanz der Thematik und damit die Notwendigkeit der Betrachtung von Sucht am Beispiel von Alkohol im Kontext der Fluchtmigration aus islamischen Ländern des mittleren Ostens nach Deutschland.

Vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungs- und Wissensstand zu dieser Thematik. Dabei werden aktuelle Forschungsergebnisse sowie wissenschaftliche Erkenntnisse eruiert und betrachtet sowie entsprechende Rückschlüsse gezogen. Zunächst wird der Begründungszusammenhang dargestellt und damit eine Verortung der Thematik in den sozialwissenschaftlichen Kontext vorgenommen. Anschließend werden epidemiologische Aspekte dargestellt. Im nächsten Schritt wird die Suchtentwicklung im Migrationsprozess beschrieben und diagnostisch und ätiologisch betrachtet. Danach wird vergleichend auf den kulturellen Umgang mit Suchtmitteln am Beispiel von Alkohol eingegangen und dabei unter anderem die Bedeutung von Religion und rechtlichen Regelungen herausgearbeitet. Weiter wird die Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Deutschland dargestellt und im Anschluss Zugangsbarrieren für geflüchtete Menschen in das deutsche Suchthilfesystem eruiert. Aus diesen Betrachtungen soll zusammengefasst ein Erkenntnisgewinn abgeleitet und beschrieben werden, aus dem heraus entsprechende Empfehlungen formuliert sowie die Bedeutung für die Praxis herausgearbeitet werden. Abschließend wird eine kritische Würdigung vorgenommen und ein Ausblick gegeben.

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen einer Masterarbeit erstellt und einige Teile für die Publikation erweitert.

2. Sozialwissenschaftlicher Begründungszusammenhang

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein“ (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. 2016, S. 2).

Diese Definition Sozialer Arbeit als Handlungswissenschaft begründet ihren Auftrag sowie handlungsleitende Prinzipien. Bezugspunkt und Gegenstand stellen dabei soziale Probleme dar, welche es theoretisch und wissenschaftlich zu erörtern gilt, um entsprechende Handlungsansätze abzuleiten. Ziel Sozialer Arbeit ist der Abbau von bestehenden Ungleichheiten. Die stete Verpflichtung gegenüber den Menschenrechten ist dabei konstitutiv und essentiell und erklärt Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession (Staub-Bernasconi 2002).

2.1 Ethisch-menschenrechtliche Begründung

Bei der Betrachtung von Sucht am Beispiel von Alkohol im Kontext von Fluchtmigration aus islamischen Ländern des mittleren Ostens nach Deutschland stellt das verfassungsmäßige Prinzip der Menschenwürde sowie die Verpflichtung gegenüber den Menschenrechten (Parlamentarischer Rat 23.05.1949, Art. 1) die ethisch-menschenrechtliche Begründung und Fundierung dar. Die Konstitution der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt die Verwirklichung des höchstmöglichen Gesundheitszustandes als grundlegendes Recht jedes Menschen, welches unabhängig von Ethnie, Herkunft, Religion, politischer Einstellung und wirtschaftlichem oder sozialem Status gilt (World Health Organization 2020). Das Recht auf Gesundheit umfasst unter anderem eine adäquate Gesundheitsversorgung von Migrant*innen (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 2008) und ist den wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechten (wsk-Rechte) des Sozialpakts der Vereinten Nationen subsumiert (Generalversammlung der Vereinten Nationen 03.01.1976, Art. 12). Darüber hinaus enthält das neue Präventionsgesetz die Förderung von Gesundheitskompetenzen

(Health Literacy) und die Reduktion von Suchtmittelkonsum, insbesondere von Alkohol (Deutscher Bundestag 24.07.2015, § 20).

Hieraus ergibt sich der Auftrag, einen gerechten Zugang für geflüchtete Menschen in die bestehende Gesundheitsversorgung und, in Bezug auf vorliegende Thematik, in das Suchthilfesystem zu ermöglichen und herzustellen (Zugangsgerechtigkeit). Um dies umzusetzen und entsprechende Handlungsansätze abzuleiten und zu formulieren, muss zunächst die Thematik theoretisch grundlegend erfasst und beschrieben sowie die aktuelle Lage und Zusammenhänge aufgezeigt werden.

2.2 Bedürfnis- und ressourcentheoretischer Ansatz

Nussbaum stellt die Frage nach Gerechtigkeit und einem guten Leben und beschreibt davon ausgehend universelle und globale menschliche Grundfähigkeiten, welche zur Befriedigung von Bedürfnissen erforderlich sind und dabei eine Interdependenz aufweisen. Hierunter wird auch das Bedürfnis nach und die damit verbundene nötige Fähigkeit zu Gesundheit subsumiert. Dies steht in Korrelation mit der Fähigkeit zur Führung eines Lebens von normaler Länge, Vermeidung unnötiger Schmerzen, Empfindung von Freude und Aufnahme und Führung von Beziehungen (Nussbaum 1999). Aus dem hieraus entwickelten Capability Approach lässt sich in Bezug auf die Betrachtung von Sucht im Kontext von Fluchtmigration Zugangsgerechtigkeit und die damit verbundene Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit als Voraussetzung zur Verwirklichung eines guten Lebens ableiten und begründen. Eine umfassende Betrachtung erfordert die Analyse von strukturellen und individuellen Aspekten, welche in Wechselbeziehung zueinanderstehen (Sen 2002). Hieraus ergibt sich die Frage, ob und inwiefern geflüchtete Menschen in Deutschland an der Gesundheitsversorgung, insbesondere dem Suchthilfesystem partizipieren und damit ein gutes Leben verwirklichen können und dürfen (siehe 7.2 Die aktuelle Lage für geflüchtete Menschen).

Die Theorie der Ressourcenerhaltung als motivationale Stresstheorie nach Hobfoll begründet das menschliche Bestreben nach der Erhaltung von positiv Bewertetem, dem Gleichgewicht zwischen Gewinnen und Verlusten und dem Mangelausgleich. Gesundheit kann dabei als eine Schlüsselressource gesehen werden. Es werden zwischen Objektressourcen, Bedingungsressourcen, persönlichen Ressourcen und Energieressourcen unterschieden. Zu Objektressourcen zählt beispielsweise der Wohnraum, während Bedingungsressourcen unter anderem soziale Netzwerke, Teilhabechancen und

Staatsbürgerschaft umfassen. Persönliche Ressourcen sind Fähigkeiten und Eigenschaften wie Copingstrategien und Selbstwirksamkeit, berufliche und soziale Kompetenzen sowie der Gesundheitszustand. Zu den Energieressourcen gehören zum Beispiel Sprache, Besitz, Wissen und Bildung. Für den Aufbau und die Entwicklung von Health Literacy bedarf es unterschiedlichster Ressourcen wie soziale Netzwerke, soziale Kompetenzen, Sprache, Bildung und Wissen. Ein andauernder Ressourcenmangel führt zu einer negativen Stresssituation, welche bei Persistenz zu einer erhöhten Vulnerabilität für individuelle, soziale und strukturelle Problemlagen führt, welche sich gegenseitig bedingen (Buchwald und Hobfoll 2013; Blank 2012).

Hiervon ausgehend kann fehlende Gesundheit und/oder die durch mangelnde Ressourcen beeinträchtigte Möglichkeit der Entwicklung von Health Literacy einen eingeschränkten Zugang zu Hilfsangeboten bewirken und zu einer erhöhten Vulnerabilität führen. Geflüchtete Menschen sind meist mit unzureichenden Objektressourcen ausgestattet. Soziale Netzwerke in der Aufnahmegesellschaft bestehen meist wenige, Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsstatus schränken Partizipationsmöglichkeiten ein (siehe 7.2 Die aktuelle Lage für geflüchtete Menschen). Die Beschaffenheit des persönlichen Gesundheitszustands ist sehr unterschiedlich und kann durch Traumatisierungen vor, während und nach der Flucht beeinträchtigt sein (siehe 4.2 Ätiologische Betrachtungen und 5. Grundlagen zu Trauma und Traumstörungen). Dennoch verfügen geflüchtete Menschen über ein hohes Maß an physischen, psychischen und sozialen Ressourcen, welche die Fähigkeit zur Migration erforderlich macht. Die Energieressourcen wie Bildung, Wissen, Sprache und Besitz sind in Bezug zur Aufnahmegesellschaft anfangs meist unzureichend vorhanden. Die sich hieraus ergebende diverse individuelle Beschaffenheit des Health Literacy steht in Korrelation zum kulturellen Verständnis von Gesundheit und Krankheit (siehe 6. Kulturelle Aspekte im Umgang mit Sucht und Suchtstoffen) und beeinflusst damit das jeweilige Gesundheitshandeln- und -verhalten (Faltermaier 2001).

3. Epidemiologie

Sucht stellt ein globales Phänomen dar, welches in allen Bevölkerungsgruppen bedeutsam ist (Arfken und Ahmed 2016). Dieses Kapitel befasst sich mit der Epidemiologie in Bezug auf Sucht am Beispiel von Alkohol im Kontext der Fluchtmigration aus islamischen Ländern des mittleren Ostens nach Deutschland. Zunächst werden vorhandene Daten in Bezug auf Suchtmittelkonsum und Suchterkrankungen miteinander verglichen. Im nächsten Schritt wird der Anteil geflüchteter Menschen in der deutschen Suchthilfe beschrieben und mögliche Rückschlüsse gezogen. Danach erfolgt die Betrachtung des Gesundheitsverhaltens und -handelns geflüchteter Menschen in Deutschland.

3.1 Suchtmittelkonsum und Suchterkrankungen im Vergleich

Im Jahr 2016 konsumierten insgesamt 32,5% der Weltbevölkerung Alkohol. 25% der Frauen und 39% der Männer waren Alkoholkonsument*innen. Die durchschnittlich täglich konsumierte Menge lag bei 0,73 Standardgetränken (ein Standardgetränk enthält 10g Reinalkohol) für Frauen und 1,7 Standardgetränken für Männer. Die Prävalenz ist stark vom soziodemografischen Index (SDI) der Regionen abhängig, welcher deren Entwicklungsstatus bezüglich Bildung und Einkommensniveau beschreibt. Regionen mit hohem SDI, darunter auch Deutschland, weisen eine erhöhte Prävalenz für Alkoholkonsum auf. Dort konsumierten bis zu 72% der Frauen und 83% der Männer Alkohol. In den Regionen mit niedrigem SDI, wozu unter anderem auch die östlichen Mittelmeerländer zählen, zeigen sich niedrige Prävalenzen für Alkoholkonsum. So liegt dort der Anteil bei 8,9% weiblichen und 20% männlichen Konsument*innen. Neben der Prävalenz des Alkoholkonsums hängt auch die konsumierte Menge vom SDI ab. So finden sich in Ländern mit hohem SDI entsprechend höhere tägliche Alkoholkonsumdosen (1,9-2,9 Getränke) als in Ländern mit niedrigem bis mittlerem SDI (0,3-1,4 Getränke). Im Jahr 2016 gab es weltweit 2,8 Millionen verzeichnete Todesfälle, die auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen sind, wodurch Alkohol auf Platz sieben der Gründe für vorzeitige Todesfälle steht. Darüber hinaus stellt Alkoholkonsum neben der Gefahr der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit ein Risikofaktor für eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen, wie beispielsweise Herzerkrankungen, dar (Gakidou 2018) und ist teilweise sogar kausal für deren Entstehung verantwortlich. Zu den durch Alkoholkonsum verursachten Erkrankungen zählen der schädliche Gebrauch und die Alkoholabhängigkeit (siehe 4.1 Diagnostische und klassifikatorische Ansätze) sowie das fetale Alkoholsyndrom. Darüber hinaus beeinflusst

Alkoholkonsum die Entstehung von Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes, Krebserkrankungen, Unfällen, Selbstverletzungen und Suizid, Herz- und Kreislauferkrankungen, Schlaganfällen sowie Diabetes und Infektionserkrankungen (World Health Organization 2014). Damit ist der Konsum von Alkohol mit einem Gesundheitsrisiko verbunden, das durch Abstinenz minimiert werden kann (Gakidou 2018). Die Ergebnisse zeigen, dass besonders Männer in Industriestaaten wie Deutschland Alkohol konsumieren, während in den Ländern des mittleren Ostens der Alkoholkonsum in Bezug auf Prävalenz und konsumierte Menge deutlich geringer ausfällt.

In Deutschland wurde im Jahr 2015 11,0 Liter reiner Alkohol pro Kopf konsumiert, während sich die Zahl in der Türkei auf 1,4 und in Israel auf 2,6 Liter belief (OECD 2017). Damit lag Deutschland im internationalen Vergleich auf Platz acht. Im Jahr 2016 wurden in Deutschland 10,6 Liter reiner Alkohol pro Kopf konsumiert, was lediglich ein minimaler Rückgang im Vergleich zum Vorjahr bedeutet und nach wie vor ein relativ hoher pro-Kopf-Konsum darstellt (Rummel et al. 2019). Islamische Länder weisen insgesamt den niedrigsten (unter 2,5 Liter) oder beinahe niedrigsten (2,5-4,99 Liter) pro-Kopf-Konsum auf (Arfken und Ahmed 2016).

Im Jahr 2014 lag der pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol bei 0,65 Litern im mittleren Osten und 12,18 Litern in Europa. Im selben Jahr reichte die 12-Monats-Prävalenz von Alkoholkonsum in muslimischen Ländern von 6,5% in Ägypten bis 20,1% im Libanon, während sie in Deutschland bei 80,3% lag. Der Anteil an Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit belief sich auf eine Varianz von 0,1% in Ägypten bis zu 0,3% im Libanon, während er in Deutschland bei 2,9% lag (Penka et al. 2018).

Dennoch zeigt sich allgemein ein wachsender Trend bezüglich des Suchtmittelkonsums im arabischen Raum. Zu den am meisten missbräuchlich konsumierten Substanzen in arabischen Ländern gehören Alkohol, Heroin und Cannabis (Findley 2016).

Eine Erhebung der WHO ergab, dass in der europäischen Region weltweit am meisten Alkohol konsumiert wird, während im östlichen Mittelmeerraum das Niveau am niedrigsten ist. Im Jahr 2010 lag der Anteil von aktuellen Konsument*innen (ab 15 Jahren) im europäischen Raum bei 66,4%, während der Anteil im östlichen Mittelmeerraum bei lediglich 5,4% lag. Der Anteil an ehemaligen Konsument*innen lag im europäischen Raum bei 13,0%, während er sich im östlichen Mittelmeerraum auf 4,8% belief. Lebenslang abstinent lebende Menschen gab es 20,6% im europäischen Raum und 89,8% im östlichen Mittelmeerraum. Der pro-Kopf-Konsum (ab 15 Jahren) belief sich im Jahr 2010 weltweit

auf 6,2 Liter reinem Alkohol. Im europäischen Raum waren es 10,9 Liter und im östlichen Mittelmeerraum 0,7 Liter. Im europäischen Raum gab es 16,5% Rauschtrinkende, die mindestens 60g reinem Alkohol pro Gelegenheit konsumieren, während dies im östlichen Mittelmeerraum lediglich 0,1% betrifft. In Bezug auf die Geschlechterverteilung lag der Anteil von männlichen Rauschtrinkenden im europäischen Raum bei 24,9% und im östlichen Mittelmeerraum bei 0,1%. Bei weiblichen Rauschtrinkenden lag der Anteil im europäischen Raum bei 8,9% und im östlichen Mittelmeerraum bei 0%. Die Adoleszenz spielt im europäischen Raum zusätzlich eine Rolle. So belief sich der Anteil an männlichen Rauschtrinkenden auf 40,0% und an weiblichen auf 22,0%. Im östlichen Mittelmeerraum ließen sich hier keine Unterschiede zum Gesamtanteil feststellen. Die Prävalenz von Alkoholabhängigkeit und schädlichem Konsum (siehe 4.1 Diagnostische und klassifikatorische Ansätze) unterschied sich ebenfalls stark. Im europäischen Raum waren im Jahr 2010 4,0% der über 15-Jährigen alkoholabhängig und 3,5% konsumierten schädlich, während im östlichen Mittelmeerraum 0,2% von einer Alkoholabhängigkeit betroffen waren und 0,1% schädlich konsumierten (World Health Organization 2014). In Jordanien, Saudi-Arabien und Ägypten gibt es keine Prävalenzraten bezüglich Alkoholerkrankungen bei Frauen. Bei Männern liegt sie bei 0,32% in Jordanien, 0,38% in Saudi-Arabien und 0,44% in Ägypten (Findley 2016). An dieser Stelle stellt sich die Frage, warum keine Daten über Alkoholerkrankungen bei Frauen vorliegen, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese keine aufweisen.

Im Gesamten betrachtet zeigt sich somit, dass Männer im Vergleich zu Frauen insbesondere im europäischen Raum einen höheren Alkoholkonsum und mehr alkoholkonsumbezogene Störungen aufweisen (Falkai und Döpfner 2015).

Es wird davon ausgegangen, dass 7,8 Millionen Menschen in Deutschland einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen (Rummel et al. 2019), welcher per Definition für Männer bei 24 Gramm bis 60 Gramm und für Frauen bei 12 Gramm bis 40 Gramm reinem Alkohol pro Tag liegt (Gaßmann und Seitz 2017). Rund 1,77 Millionen Menschen sind in Deutschland von einer Alkoholabhängigkeit betroffen, was einen Anteil von 3,4% der Gesamtbevölkerung ausmacht und 4,8% der Männer und 2,0% der Frauen betrifft. Somit zeigt der Geschlechtervergleich eine deutlich höhere Prävalenz bei Männern (Rummel et al. 2019).

Die Geschlechterverteilung in den ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen Deutschlands liegt bei Dreiviertel männlichen und einem Viertel weiblichen Personen (eigene Berechnung), von denen jeweils der höchste Anteil bei der Hauptdiagnose Alkohol liegt (Dauber et al. 2018).

In den Einrichtungen der deutschen Suchthilfe stellt die häufigste Hauptdiagnose Alkohol mit insgesamt 48,3% im ambulanten und 66,5% im stationären Bereich dar (Dauber et al. 2018). Das Durchschnittsalter aller Menschen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen liegt bei 39 Jahren und im stationären Bereich bei 42 Jahren. Bezüglich der Hauptdiagnosen gibt es massive Altersunterschiede. Die jüngsten Menschen zeigen sich bei der Hauptdiagnose Cannabis mit 25 Jahren im ambulanten und 28 Jahren im stationären Setting. In der Diagnose Alkoholabhängigkeit zeigt sich ein Durchschnittsalter von 46 Jahren in ambulanten und 47 Jahren in stationären Einrichtungen (Dauber et al. 2018).

Diese Zahlen verdeutlichen die enormen Unterschiede in der Verbreitung von Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit im europäischen Raum, insbesondere in Deutschland, und dem östlichen Mittelmeerraum. Aus den islamischen Ländern des mittleren Ostens kommen Menschen im Zuge von Fluchtmigration nach Deutschland und sind dort mit einem deutlich erhöhten Alkoholkonsum im Vergleich zu ihren Herkunftsländern konfrontiert. Hieran schließt sich die weiterführende Überlegung und Fragestellung an, inwiefern geflüchtete Menschen in Deutschland im Zuge der Integration/Assimilation und damit verbundenen Akkulturation das Konsumverhalten der Aufnahmegesellschaft übernehmen und somit Integrationsdruck auch in Bezug auf den Umgang mit Alkohol erfolgt und wirksam ist. Dies stellt ein Ansatz für weiterführende Forschung und Untersuchung dar.

3.2 Geflüchtete Menschen in der deutschen Suchthilfe

Es zeigt sich allgemein eine geringere Inanspruchnahme von medizinischen, insbesondere präventiven und rehabilitativen Versorgungsleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund (Rommel et al. 2015). Es gilt im Folgenden zu überprüfen, ob dies ebenso für die Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen gilt und übertragbar ist. Da sich die Studien und Daten lediglich auf die Auswertung anhand des Kriteriums Migrationshintergrund beziehen, kann nur eine bedingte Aussage für Fluchtmigration getroffen und abgeleitet werden. Dies stellt ein Ansatz für künftige Forschungen in der Erfassung und Auswertung von Fluchtmigration als Spezifikum im Bereich Migrationshintergrund dar.

Die intensive Literaturrecherche nationaler und internationaler Studien ergab eine unzureichende valide Datenlage bezüglich der Epidemiologie von

Abhängigkeitserkrankungen bei geflüchteten Menschen. Die Deutsche Suchthilfestatistik gibt lediglich Auskunft über den Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in den ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen. Diese Zahlen liefern zwar erste Ansatzpunkte, jedoch ist Migrationshintergrund nicht absolut mit Fluchtmigration gleichzusetzen. Menschen mit Migrationshintergrund können zwar eigene Fluchterfahrungen haben, müssen dies jedoch nicht zwangsläufig. Die Einteilung nach „selbst migriert“ bedeutet zwar eine Differenzierung, jedoch enthält diese Kategorie nicht ausschließlich Fluchtmigration, sondern beispielsweise unter anderem auch Arbeitsmigration. Daher ist davon auszugehen, dass der Anteil an Menschen mit Fluchterfahrungen geringer als die beschriebenen Zahlen ausfällt. Der genaue Anteil wird über den Zusatz der Fluchtmigration im deutschen Kerndatensatz (KDS) seit der Einführung des neuen KDS im Jahr 2017 erfasst, jedoch liegen hierfür noch keine landes- oder bundesweiten Ergebnisse und entsprechende Auswertungen vor. Hierin zeigt sich der Bedarf und die Notwendigkeit exakter und ausführlicher Dokumentation für den Erhalt valider Daten und Aussagen insbesondere im Bereich der Fluchtmigration für künftige Auswertungen.

Der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in **ambulanten** Suchthilfeeinrichtungen betrug im Jahr 2017 19,9%, wovon 12,8% selbst migriert sind. Im Vergleich zu ihrem Anteil in der Gesamtbevölkerung mit 23,6% bedeutet dies eine leichte Unterrepräsentation. Die aktuelle Suchthilfestatistik liefert keine Daten bezüglich der Geschlechterverteilung bei den Menschen mit Migrationshintergrund. Der höchste Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund lag bei 36,3% in der Hauptdiagnose Opiode, von denen 26,9% selbst migriert sind. Bei der Hauptdiagnose des pathologischen Glücksspielens betrug der Anteil 32,0%, von denen 17,7% selbst migriert sind. Der Anteil bei der Hauptdiagnose Cannabinoide lag bei 21,8%, von denen 9,0% selbst migriert sind. Von der Hauptdiagnose Alkohol wiesen 13,7% Migrationshintergrund und davon 10,9% eigene Migrationserfahrung auf. 11,1% der Hauptdiagnose Stimulanzen lagen anteilig bei Menschen mit Migrationshintergrund und 7,2% bei der Hauptdiagnose Medien.

In **stationären** Rehabilitationseinrichtungen fiel im gleichen Jahr der Gesamtanteil an Menschen mit Migrationshintergrund mit insgesamt 17,9%, von denen 11,5% selbst migriert sind, etwas geringer aus als in ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe. Im Vergleich zu ihrem Anteil in der Gesamtbevölkerung mit 23,6% stellt dies ebenfalls eine Unterrepräsentation dar. Der höchste Anteil fand sich hier im Bereich des pathologischen

Glücksspiels mit 38,0%, wovon 23,1% selbst migriert sind. Darauf folgte die Hauptdiagnose Opioide mit 37,0% Migrationshintergrund, davon 23,2% mit eigener Migrationserfahrung. Bei den Cannabinoiden lag der Anteil bei 20,3%, davon sind nur 7,4% selbst migriert. Der Anteil bei der Hauptdiagnose Alkohol betrug 14,9%, davon 11,5% mit eigener Migrationserfahrung. 11,2% wiesen im Bereich der Stimulanzien und 4,0% bei Medien einen Migrationshintergrund auf (Dauber et al. 2018). Nachfolgende Grafik veranschaulicht die beschriebenen prozentualen Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund an den Hauptdiagnosen im ambulanten und stationären Setting.

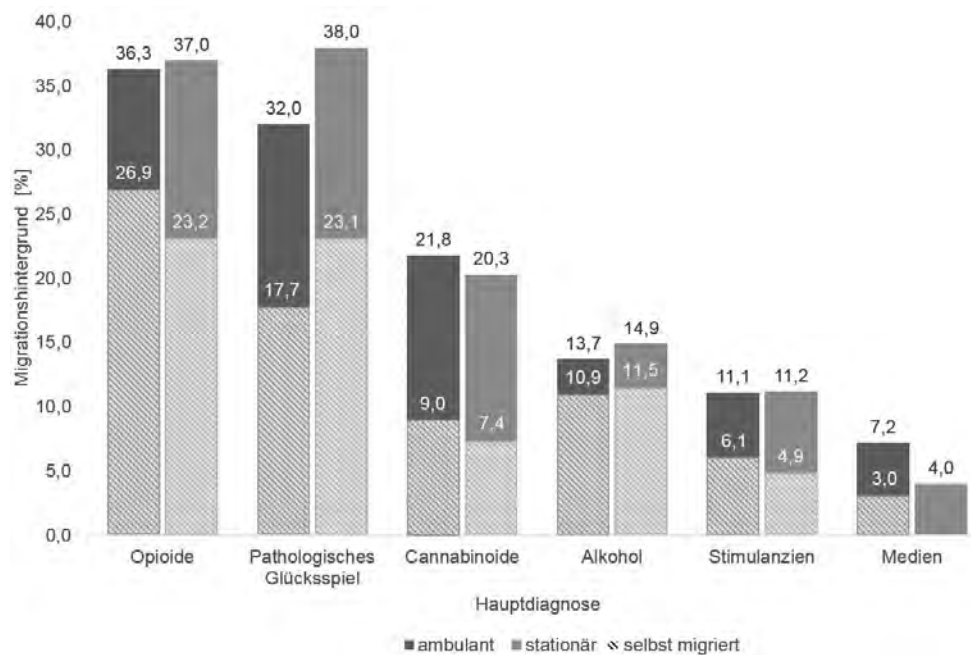


Abbildung 1 Migrationshintergrund in Suchthilfeeinrichtungen (Dauber et al. 2018) (eigene Grafik).

Bei der Auswertung der Hauptmaßnahmen zeigte sich ein deutlich erhöhter Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der niedrigschwelligen Hilfen mit 42,3%, von denen 34,8% selbst migriert sind. Bei der ambulanten Rehabilitation und der Nachsorge lag der Anteil bei jeweils 16,1%, von denen 10,6% selbst migriert sind. Der niedrigste Anteil fand sich mit 11,1% im ambulant betreuten Wohnen (Dauber et al. 2018).

Im Vorjahr, dem Jahr 2016, lag der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund noch bei 15,3% in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, davon waren 61% selbst migriert und 13,5% im stationären Setting mit 63% eigener Migrationserfahrung. Dies bedeutet ein Zuwachs von 4,6% im ambulanten und 4,4% im stationären Bereich an Menschen mit

Migrationshintergrund und zeigt damit eine Entwicklung der Angleichung an ihren prozentualen Anteil an der Gesamtbevölkerung. Dies könnte beispielsweise unter anderem mit dem beschriebenen wachsenden Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung, der bereits angedeuteten möglichen Übernahme von Konsumverhalten der Mehrheitsgesellschaft, einem veränderten Gesundheits- und Krankheitsverständnis und der fortschreitenden interkulturellen Öffnung der Suchthilfe in Zusammenhang stehen und begründet werden, was es empirisch zu untersuchen gilt. Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Hauptdiagnose Alkohol lag im Jahr 2016 bei einem Drittel im ambulanten und etwas mehr als die Hälfte im stationären Setting. Dies stellte zwar weniger im Vergleich zu den Menschen ohne Migrationshintergrund dar, machte jedoch insgesamt Alkohol auch bei den Menschen mit Migrationshintergrund zur häufigsten Diagnose. Bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund in den ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen stellten insgesamt Alkohol und Opioide die Hauptsustanzen dar. Der Anteil von behandelten Frauen mit Migrationshintergrund lag deutlich niedriger im Vergleich zu den behandelten Frauen ohne Migrationshintergrund (17,1% gegenüber 26,9% im ambulanten und 17,6% gegenüber 24,8% im stationären Bereich) (Künzel et al. 2018). Frauen sind im Allgemeinen weniger in den Einrichtungen der Suchthilfe repräsentiert, was sich unter anderem auf die bereits beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Suchtmittelkonsum und Abhängigkeitserkrankungen zurückführen lässt (siehe 3.1 Suchtmittelkonsum und Suchterkrankungen im Vergleich). Insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund sind jedoch statistisch deutlich unterrepräsentiert, was ein Ansatzpunkt zur Notwendigkeit der Erreichung dieser Zielgruppe für die Suchthilfe darstellen muss und vermutlich ebenfalls für den Kontext von Fluchtmigration zutrifft (siehe 9. Empfehlungen für die Suchthilfe).

Frühere Publikationen und Autor*innen gehen bisher von einer deutlich höheren Unterrepräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund in deutschen Suchthilfeeinrichtungen aus (Haasen et al. 2011; Kimil 2016), was durch die dargelegten aktuellen Zahlen revidiert und relativiert wird. Es kann daher nicht von einer allgemein stark erhöhten Unterrepräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen der Suchthilfe gesprochen werden. An dieser Stelle gilt es, die Daten exakt zu betrachten und auszuwerten. Es lassen sich bei der Betrachtung der Zahlen der Deutschen Suchthilfestatistik im Jahr 2012 Unterschiede zwischen Männern und Frauen, den Diagnosen und zwischen in Deutschland geborenen und selbst zugewanderten Menschen mit Migrationshintergrund feststellen. Männer mit Migrationshintergrund sind mittlerweile

in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen entsprechend ihres Anteils an der Gesamtbevölkerung vertreten (18,5% in Bevölkerung, 18,6 in Suchthilfeeinrichtungen), während Frauen mit 10,9% in der ambulanten Suchthilfe im Vergleich zu 17,6 % in der Gesamtbevölkerung deutlich unterrepräsentiert sind. Männer mit Migrationshintergrund weisen eine Überrepräsentation in den Hauptdiagnosen Kokain (40,7%), Opioide (32,4%) pathologisches Spielen (29,5%) und Cannabinoide (20,0%) auf. Bei in Deutschland geborenen Männern mit Migrationshintergrund zeigt sich eine doppelt so häufige ambulante Inanspruchnahme im Vergleich zu ihrem Bevölkerungsanteil. Außer bei der Diagnose Alkohol weisen in Deutschland geborene Menschen mit Migrationshintergrund eine Überrepräsentation in ambulanten Einrichtungen auf. Im Bereich der Inanspruchnahme von stationären Hilfen zeigt sich eine allgemeine Unterrepräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund. Männer sind im Vergleich zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung (18,5%) lediglich mit 13,2% vertreten und Frauen im Vergleich zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung (17,6%) lediglich mit 9,1%. Männer mit Migrationshintergrund sind in den Hauptdiagnosen pathologisches Spielen (38,6%), Opioide (32,0%) und Kokain (30,4%) in Vergleich zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung überproportional häufig vertreten. Selbst migrierte Menschen, insbesondere Frauen, sind in den ambulanten und stationären Einrichtungen der deutschen Suchthilfe deutlich unterrepräsentiert (Rommel und Köppen 2016; Schouler-Ocak und Koch 2018). Zu dieser Personengruppe zählt, wie bereits beschrieben, unter anderem auch Fluchtmigration. Daher liegt an dieser Stelle die Vermutung nahe, dass Personen mit Fluchtmigrationserfahrung in der deutschen Suchthilfe unterrepräsentiert sind, was künftig zu generierenden empirischer Belege bedarf.

Es zeigt sich allgemein eine niedrigere Vermittlungsrate von abhängigkeitskranken Menschen mit Migrationshintergrund in medizinische Rehabilitation, was womöglich auf spezifische Vermittlungshemmnisse wie der bürokratische Aufwand und rechtliche Regelungen schließen lässt und entsprechende Maßnahmen wie der interkulturellen Öffnung der Suchthilfe erforderlich macht (Penka et al. 2018) (siehe 9. Empfehlungen für die Suchthilfe). Auch hier liegt die Vermutung nahe, dass dies insbesondere für geflüchtete Menschen gilt, was es künftig zu erfassen und erforschen bedarf.

Die Zahlen bezüglich des Migrationshintergrundes geben, wie bereits beschrieben, lediglich erste Anhaltspunkte in Bezug zur Epidemiologie im Kontext von Fluchtmigration, liefern jedoch keine exakten Daten und Aussagen dazu. Künftig gilt es, dieses Item genauer zu erfassen und auszuwerten, was durch die Umstellung des KDS ermöglicht wurde. Im

Allgemeinen lässt sich feststellen, dass Menschen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen der deutschen Suchthilfe mit 19,9% im ambulanten und 17,9% im stationären Bereich im Vergleich zu ihrem Anteil in der Gesamtbevölkerung mit 23,6% leicht unterrepräsentiert sind. Hierbei liegt die Vermutung nahe, dass dies insbesondere auch für geflüchtete Menschen gilt, was, wie bereits beschrieben, anhand valider Daten künftig überprüft werden muss.

Daraus lässt sich schließen, dass es für Menschen mit Migrationshintergrund und insbesondere geflüchtete Menschen spezifische und zusätzliche Zugangsbarrieren in das deutsche Suchthilfesystem gibt, welche es zu eruieren (siehe 8.2 Zugangsbarrieren für geflüchtete Menschen) und durch entsprechende Maßnahmen wie der interkulturellen Öffnung der Einrichtungen abzubauen gilt, um entsprechende Zugänge zu schaffen, ermöglichen und erleichtern (siehe 9. Empfehlungen für die Suchthilfe).

3.3 Gesundheitsverhalten und -handeln geflüchteter Menschen in Deutschland

Schätzungen zufolge zeigen circa ein Drittel aller geflüchteten Menschen in Deutschland einen problematischen Alkohol- oder Cannabiskonsum. Bei unbegleiteten Minderjährigen zeigt sich eine höhere Prävalenz besonders bei unsicherem Aufenthaltsstatus und Integrationsschwierigkeiten (Stöver et al. 2018).

Der gesamtdeutsche Gesundheitssurvey von 1997-1999 zum Thema Migration und Sucht ergab, dass Nichtmigrant*innen insgesamt mehr Alkohol als Migrant*innen konsumieren. Der Anteil an durch Alkohol gefährdeten Menschen lag unter Nichtmigrant*innen bei 26,9% und bei Migrant*innen bei 19,5%. Es zeigte sich ein dreifach erhöhtes Gefährdungspotential unter Nichtmigranten im Vergleich zu Nichtmigrantinnen. Migrantinnen erwiesen sich im Vergleich dazu als unterrepräsentiert. Aufgrund des zeitlichen Abstands bedarf es an dieser Stelle einer erneuten Studie zur Überprüfung der Ergebnisse und Erhaltung aktueller valider Daten zur Auswertung. Darüber hinaus wurde die Einteilung als Migrant*in nach den Eigenschaften der fehlenden deutschen Staatsbürgerschaft oder der Geburt im Ausland vorgenommen, was sich mit der heutigen Definition von Migrationshintergrund und den darauf basierenden Daten nicht deckt und daher nicht mehr als zeitgemäß betrachtet werden kann (Herrmann und Schwantes 2002).

Aktuelle Auswertungen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland weisen ebenfalls einen insgesamt niedrigeren Alkoholkonsum und riskanten Alkoholkonsum bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne

Migrationshintergrund auf und bestätigen damit die Ergebnisse des oben beschriebenen gesamtdeutschen Gesundheitssurveys. So stehen beim riskanten Alkoholkonsum 16,8% betroffene Frauen und 36,3% Männer mit Migrationshintergrund (aus erster Generation) 26,9% betroffenen Frauen und 43,1% Männern ohne Migrationshintergrund entgegen. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Migrationshintergrund eine eigenständige Determinante für das Gesundheitsverhalten und -handeln darstellt. Darüber hinaus erweisen sich sozioökonomische Unterschiede als relevant. Entsprechende Daten für geflüchtete Menschen fehlen bisher (Rommel et al. 2015).

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Migrationshintergrund. Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund (Türkei/ Asien) weisen insgesamt einen deutlich geringeren Alkoholkonsum als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund auf. Dabei wurde die Lebenszeitprävalenz, die 12-Monats-Prävalenz, regelmäßiger Konsum, Konsum in riskanten Mengen, 30-Tages-Prävalenz, 30-Tages-Prävalenz Rauschtrinken und häufiges Rauschtrinken erfragt und erfasst. In allen Kategorien zeigten sich deutliche, in einigen sogar statistisch signifikante Unterschiede. Bei der Lebenszeitprävalenz steht 62,6% ohne Migrationshintergrund 34,1% mit Migrationshintergrund entgegen. Die 12-Monats-Prävalenz lag ohne Migrationshintergrund bei 51,3% und mit Migrationshintergrund bei 21,2%. In Bezug zur 30-Tages-Prävalenz liegen die Werte bei 32,7% ohne Migrationshintergrund und 9,0% mit Migrationshintergrund und bei der 30-Tages-Prävalenz Rauschtrinken liegt der Anteil bei 10,5% ohne Migrationshintergrund und 2,7% mit Migrationshintergrund (Orth 2017). Damit erweist sich Migration als Einflussfaktor auf das Konsumverhalten, insbesondere auf den Umgang mit Alkohol besonders bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Wie bereits beschrieben, bedarf es noch empirischer Belege, ob dies auch für Menschen mit Fluchtmigrationshintergrund gilt, jedoch liegt die Vermutung hierfür vorerst nahe, da sie in der Gruppe Migrationshintergrund enthalten sind. Widersprüchlich erscheint hierbei die anfängliche Schätzung, welche für geflüchtete Menschen ein höheres Risiko impliziert. Daher gilt es in diesem Zusammenhang zusätzlich fluchtmigrationsspezifische Risiko- und Schutzfaktoren im Kontext von Sucht zu untersuchen und zu berücksichtigen (siehe 4.2.4 Risikofaktoren, Stressoren und Schutzfaktoren), welche Einfluss auf die Prävalenz haben. An dieser Stelle gilt es zudem, die Bedeutung der Religion, insbesondere des Islams zu untersuchen (siehe 6.1 Die Bedeutung von Religion).

Schätzungen zufolge ist die Hälfte aller nach Deutschland geflüchteter Menschen in den letzten Jahren durch multiple Traumatisierungen vor, während und nach der Flucht psychisch belastet. Für rund die Hälfte dieser traumatisierten Menschen besteht therapeutischer Hilfebedarf (Happe et al. 2018). Zahlenmäßig ergibt die entsprechende Berechnung ausgehend von 1.680.700 schutzsuchenden Menschen in Deutschland (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018b) circa 840.350 durch Traumatisierung belastete Menschen und etwa 420.175 Menschen mit professionellem Hilfebedarf.

Geflüchtete Menschen leiden aufgrund der multiplen Traumatisierungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung häufiger an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und entsprechenden komorbiden psychischen Störungen wie Depressionen und Suchterkrankungen (Hanewald et al. 2016) (siehe 5. Grundlagen zu Trauma und Traumastörungen). Dies stellt eine Herausforderung an die angemessene Gesundheitsversorgung, insbesondere entsprechende therapeutische Hilfen dar, welche nicht ausreichend zur Verfügung steht. Hieraus begründet sich die Notwendigkeit von entsprechenden Maßnahmen für die adäquate Versorgung und die Reaktion auf die steigenden Hilfebedarfe (Happe et al. 2018).

Bei einer Untersuchung über den Gesundheitszustand von erwachsenen geflüchteten Menschen in Deutschland wurden 2.021 schutzsuchende Menschen aus Syrien, dem Irak und Afghanistan befragt. Rund dreiviertel der Befragten erlebten Gewalt in unterschiedlichen Formen und weisen Traumatisierungen auf. Die Studie zeigt eine erhöhte sechs-Monats-Prävalenz von psychischen Beschwerden wie Mutlosigkeit, Trauer und Bedrückung (41,0%), Nervosität und Unruhe (37,3%), Müdigkeit und Erschöpfung (31,0%) sowie Schlafstörungen (29,4%) (Schröder et al. 2018). Im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum liegt an dieser Stelle eine Selbstmedikation nahe, was an anderer Stelle weiter vertieft wird (siehe 4.2.3 Komorbidität und Selbstmedikation).

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen traumatisierenden Erlebnissen und Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit, insbesondere der Prävalenz von Depressionen. Frauen sind dabei meist häufiger betroffen. Der Anteil der Raucher*innen unter den Befragten liegt mit 47,7% im Vergleich zu 29,7% der deutschen erwachsenen Wohnbevölkerung deutlich höher. Bezüglich des Alkoholkonsums lassen sich ebenfalls große Unterschiede erkennen und feststellen. Von den geflüchteten Menschen geben 71,5% an, keinen Alkohol zu konsumieren, während hingegen 86,3% der erwachsenen Wohnbevölkerung Deutschlands Alkohol konsumieren. Als mögliche Erklärung hierfür wird der Islam mit seiner Stellung zu Alkohol angeführt (siehe 6.1 Die

Bedeutung von Religion), welchem dreiviertel der befragten Geflüchteten angehören (Schröder et al. 2018). Darüber hinaus könnten, ebenfalls damit zusammenhängend, Schamgefühle und/oder die Angst vor möglichen negativen Konsequenzen auf den Aufenthaltsstatus und das Asylverfahren eine Rolle spielen und womöglich zu nicht wahrheitsgemäßen Angaben geführt haben. Dennoch zeigen sich hierin bereits erste Hinweise auf den möglichen Einfluss von Religion/ Kultur auf das Gesundheitsverhalten und -handeln sowie die Betrachtung von Religiosität als Ressource (siehe 6. Kulturelle Aspekte im Umgang mit Sucht und Suchtstoffen).

In beiden Gruppen wird deutlich, dass Männer häufiger als Frauen von Alkoholkonsum betroffen sind. Eine weitere wesentliche Erkenntnis stellt die Feststellung dar, dass der Gesundheitszustand unter anderem von den Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung abhängt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass dieser Zugang für geflüchtete Menschen rechtlich nur eingeschränkt vorhanden und möglich ist und darüber hinaus zusätzlich durch bürokratische Voraussetzungen und Hürden beeinflusst wird (siehe 7.2 Die aktuelle Lage für geflüchtete Menschen). So wurde festgestellt, dass der Besitz einer Gesundheitskarte einer gesetzlichen Krankenkasse Einfluss auf den Therapiebeginn und -erfolg hat. Steht den Personen eine solche Gesundheitskarte zur Verfügung, äußern sie sich zufriedener über das Behandlungsergebnis und berichten häufiger von einem durch die Behandlung verbesserten Gesundheitszustand als Befragte, die zuvor einen Behandlungsschein besorgen müssen. Eine mögliche Erklärung stellt hierfür das Hemmnis dar, welches mit der Besorgung eines Behandlungsscheins verbunden sein kann und an der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen hindern kann. Darüber hinaus wurden sprachliche Barrieren und Schwierigkeiten festgestellt, welche die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen beeinflussen können. Für die meisten der Befragten ist es schwierig, ärztliche Behandlung in ihrer Muttersprache zu finden (61,0%), sich in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus zu verständigen (56,0%) und gesundheitsbezogene Informationen in verständlicher Sprache zu erhalten (54,1%). Beinahe jede zweite befragte Person äußert Schwierigkeiten im Erlangen von Informationen über örtliche Gesundheitsangebote (51,0%) sowie von professioneller Hilfe im Krankheitsfall (50,4%). Diese Werte sind für geflüchtete Menschen mit chronischen Erkrankungen deutlich erhöht. So ist es für 71,5% dieser Personengruppe schwierig, ärztliche Behandlung in Muttersprache zu finden, für 66,8% ist die Verständigung im medizinischen Bereich erschwert, 60,9% haben Schwierigkeiten, verständliche gesundheitsbezogene Informationen zu erhalten, 60,1% empfindet es als schwierig, Informationen über örtliche Gesundheitsangebote zu

erlangen und für 55,7% bestehen Schwierigkeiten beim Erhalt professioneller Hilfe im Krankheitsfall (Schröder et al. 2018). Da es sich bei Suchterkrankungen um eine chronische Erkrankung handelt (Köhler und Drexler 2009), kann davon ausgegangen werden, dass diese Ergebnisse auf geflüchtete Menschen mit Suchtproblemen übertragbar sind. Dies bedarf empirischer Überprüfung und stellt damit ein Aspekt und Ansatz für künftige Forschungen dar.