

Lebenssituation von erwachsenen Geflüchteten in
Deutschland.
Repräsentative Erhebung zur Verbreitung des Sub-
stanzkonsums in Einrichtungen der Flüchtlingshilfe
(LOGIN)

Abschlussbericht

für das

Bundesministerium für Gesundheit

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

bearbeitet von:

Dr. Heike Zurhold, Dr. Silke Kuhn

Hamburg, 10. März 2022

Titel und Verantwortliche

Titel des Projektes

Lebenssituation von erwachsenen Geflüchteten in Deutschland. Repräsentative Erhebung zur Verbreitung des Substanzkonsums in Einrichtungen der Flüchtlingshilfe (LOGIN).

Förderkennzeichen

ZMVI1-2518DSM207

Projektleitung

Dr. Heike Zurhold und Dr. Silke Kuhn

Projektmitarbeitende (ZIS)

PD Dr. Ingo Schäfer, Moritz Rosenkranz, Dr. Phillip Hiller

Kontakt

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Martinistr. 52

20246 Hamburg

Tel. 040/7410-5299

Email: zurhold@uke.de

Laufzeit: 01.12.2018 bis 31.12.2021

Fördersumme: 327.064 €

Datum des Abschlussberichts: 10.03.2022

Inhalt

1	Zusammenfassung	6
2	Einleitung	6
3	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	12
3.1	Operationalisierung der Teilziele	13
3.2	Datenerhebung	14
3.3	Datenauswertung	17
3.3.1	Fokusgruppen	17
4	Arbeits- und Zeitplan	18
5	Ergebnisse	20
5.1	Repräsentativität der Stichprobe	20
5.2	Beschreibung der befragten Geflüchteten	23
5.3	Fluchtgeschichte: Gründe, Dauer und belastende Erlebnisse	27
5.4	Soziale Lebensumstände	31
5.5	Körperliche und psychische Gesundheit	36
5.6	Einnahme von Medikamenten	40
5.7	Konsum von Alkohol	46
5.8	Konsum von illegalen Drogen	52
5.9	Vergleich von Geflüchteten mit und ohne Substanzkonsum	60
5.10	Fokusgruppen	64
6	Diskussion der Gesamtergebnisse und Gesamtbeurteilung	70
7	Gender Mainstreaming Aspekte	78
8	Veröffentlichungen	78
9	Verwertung und Verbreitung	79
	Literatur	80

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Plakat für Geflüchtete mit Informationen zur Befragung	16
Tabelle 1:	Ursprünglicher und realer Arbeits- und Zeitplan	19
Tabelle 2.	Vergleich der Stichprobenkalkulation und der erreichte gültige Stichprobe.....	22
Tabelle 3.	Erreichungsquote der Zielgruppen	22
Abbildung 2.	Alter der befragten Geflüchteten nach Geschlecht	23
Abbildung 3.	Befragte nach Geschlecht und Alterskategorien.....	24
Abbildung 4.	Herkunftsländer der Befragten	25
Tabelle 4.	Zusammenleben in Deutschland im familiären Kontext	26
Abbildung 5.	Aufenthaltsdauer nach Geschlecht	27
Abbildung 6.	Gründe für die Flucht – Mehrfachnennungen.....	28
Tabelle 5.	Zusammengefasste Fluchtgründe nach Geschlecht.....	29
Tabelle 6:	Fluchtdauer– Mittelwerte und Standardabweichung (SD)	29
Abbildung 7.	Erlebnisse während der Flucht - Mehrfachnennungen.....	30
Kategorisierung der Herkunftsländer für weitere Analysen		31
Tabelle 7.	Schulbildung im Heimatland nach Geschlecht	32
Abbildung 8.	Schulbildung nach Gruppen von Herkunftsländern*	32
Abbildung 9.	Zufriedenheit mit der aktuellen Unterbringung.....	33
Tabelle 8.	Asylstatus nach Geschlecht und Aufenthaltsdauer	34
Abbildung 10.	Aktuelle Tätigkeit in Deutschland nach Geschlecht - Mehrfachnennungen	35
Abbildung 11.	Selbsteinschätzung zur Kompetenz der deutschen Sprache – nach Geschlecht ...	36
Abbildung 12.	Aktueller körperlicher und psychischer Gesundheitszustand nach Geschlecht	37
Tabelle 9.	Behandlung psychischer Probleme in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit (N=1.116)	38
Tabelle 10.	Einflussfaktoren auf Ängstlichkeit und Depression (HSCL-25) - Mittelwerte.....	39
Tabelle 11.	Lebenszeitprävalenz der Medikamenteneinnahme nach Ort und Geschlecht - Mehrfachnennungen	41
Tabelle 12	Medikamenteneinnahme nach Ort, Art und Geschlecht (Lifetime) - Mehrfachnennungen	42
Abbildung 13.	Häufigkeit der Medikamenteneinnahme in Deutschland (N=642)	43
Abbildung 14.	Medikamenteneinnahme in Deutschland in den letzten 30 Tagen (N=642)	44
Tabelle 13.	Anzahl der Tage mit Medikamenteneinnahme in den letzten 30 Tagen – Mittelwert und Standardabweichung	45

Abbildung 15.	BMQ Ausprägung für „stimme zu“ und „stimme sehr zu“ für beide Skalen.....	45
Tabelle 14.	Lebenszeitprävalenz des Konsums von Alkohol nach Ort und Geschlecht	46
Abbildung 16.	Frequenz des Alkoholkonsums bezogen auf die Phase mit dem häufigsten Konsum	48
Abbildung 17.	Häufigkeit des Alkoholkonsums in Deutschland nach Geschlecht (N=307)	48
Tabelle 15.	AUDIT-C: Einzelauswertung und Gesamtauswertung zum Alkoholkonsum im letzten Jahr	50
Abbildung 18.	Anzahl an Befragten (N=114) mit gewünschte Hilfen bei Alkoholproblemen - Mehrfachnennungen.....	52
Tabelle 16.	Lebenszeitprävalenz des Konsums irgendeiner Droge nach Ort und Geschlecht..	53
Abbildung 19.	Konsumierte Drogen in der Heimat, auf Flucht und in Deutschland nach Anzahl der Personen - Mehrfachnennungen	54
Tabelle 17.	Einstiegsalter in die jeweilige Droge (N=83).....	55
Abbildung 20.	Häufigkeit des Konsums irgendeiner Droge (N=83)	55
Tabelle 18.	Motive für den Drogenkonsum in der Heimat und in Deutschland (N=83) - Mehrfachnennungen.....	56
Abbildung 21.	Konsumhäufigkeit irgendeiner Droge in den letzten 30 Tagen nach Anzahl der Personen (N=40).....	58
Tabelle 19.	Anzahl an Personen nach Konsumfrequenz einer Droge und Behandlung (N=65)	59
Abbildung 22.	Anzahl an Personen nach Art der Hilfebedarfe und Konsumfrequenz einer Droge (N=65) - Mehrfachnennungen.....	60
Tabelle 20.	Vergleich von Gruppen ohne und mit Substanzkonsum anhand verschiedener Variablen.....	61

1 Zusammenfassung

Zentrales Ziel des Projektes war es, systematische Erkenntnisse zur Verbreitung des Substanzkonsums unter erwachsenen Geflüchteten in Deutschland zu gewinnen. Hierzu wurden volljährige Geflüchtete aus Krisenregionen außerhalb Europas mit einem tabletgestützten strukturierten Fragebogen in sechs Sprachen zu ihrem Konsum von Medikamenten, Alkohol und illegalen Drogen befragt. Die Befragungen wurden in 54 Übergangwohnheimen in insgesamt 15 Städten der Bundesländer Sachsen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Bayern durchgeführt. In die Datenanalysen gingen 1.116 gültige Fälle ein; darunter waren 631 (56,5 %) männliche und 485 weiblich (43,5 %) Geflüchtete. Die geflüchteten Männer waren im Mittel 33,9 Jahre alt und die Frauen im Mittel 34,4 Jahre alt.

Die befragten Geflüchteten stammen aus insgesamt 51 verschiedenen Ländern, wobei Syrien, Irak, Afghanistan und Nigeria die vier häufigsten Herkunftsländer waren. Die Mehrheit war aus politischen Gründen vor Krieg und Verfolgung geflüchtet. Die Flucht dauerte bei mehr als der Hälfte der Befragten maximal 12 Monate und bei den Geflüchteten mit einer Fluchtdauer über einem Jahr im Mittel 42 Monate. In Deutschland lebten die meisten Geflüchteten seit 3-4 Jahren. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten waren alleine ohne Familienangehörige migriert.

Signifikant mehr geflüchtete Männer als Frauen bezeichneten sich zum Befragungszeitpunkt als gesund (47,5 % vs. 38,4%). Jeweils ein Fünftel der Befragten war in einer schlechten körperlichen und/oder psychischen Verfassung. In Deutschland wurden von Befragten mit Beschwerden 72 % wegen körperlicher Erkrankungen und 23 % wegen psychischen Problemen behandelt. Die Behandlungsquote bei psychischen Erkrankungen ist verbesserungsbedürftig; darauf weisen die Auswertungen der HSCL zur Ängstlichkeit und Depressionen hin. Im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung sind die Werte für Ängstlichkeit und Depression bei Geflüchteten deutlich erhöht. Hierbei gab es keine Geschlechts- und Altersunterschiede, jedoch waren Symptome von Ängstlichkeit und Depression bei Personen mit belastenden Fluchterlebnissen und einem unsicheren Aufenthaltsstatus signifikant erhöht. Ein Drittel der Befragten wies eine klinisch relevante Ängstlichkeit und knapp 42 % eine klinisch relevante Depression auf.

In Deutschland haben knapp 58 % (n=642) der befragten Männer und Frauen jemals Medikamente aus einer der fünf Medikamentengruppen eingenommen (Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Aufputzmittel, Antidepressiva und Antipsychotika). Von den 642 Befragten hatte mehr als die Hälfte und signifikant mehr Frauen als Männer Schmerzmittel genommen; ein Viertel dieser Befragten nahm diese Medikamente täglich. 16,8 % haben Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen, davon knapp 14 % täglich. Von 12,6 % wurden Antidepressiva genommen und 11% dieser Befragten nahmen täglich Antidepressiva. Wer alleine in Deutschland war und/oder eine schlechte psychische Gesundheit hatte,

nahm signifikant eher Medikamente als diejenigen ohne diese Merkmale. Da es bislang keine Forschung zur Medikamenteneinnahme unter Geflüchteten gab, wurden mit dieser Studie erstmals Erkenntnisse zu diesem Thema gewonnen. Zugleich mangelt es an Evidenz zum Zusammenhang zwischen Gesundheit, Somatisierung, Migrationsstress und einer Medikamenteneinnahme, die Gegenstand zukünftiger Forschung sein können.

In Deutschland haben insgesamt ein Viertel der Geflüchteten (N=307) jemals Alkohol getrunken; gemessen an der Gesamtstichprobe waren es 39 % der Männer und 13 % der Frauen. Die meisten dieser Geflüchteten hatten bereits im Heimatland Alkohol getrunken und nur 63 Personen haben erst in Deutschland mit dem Alkoholkonsum begonnen. Während Männer zumeist am Wochenende tranken, haben Frauen überwiegend nur zu feierlichen Anlässen Alkohol getrunken. Ein täglicher Alkoholkonsum war die Ausnahme. Aus der Auswertung des Audits geht hervor, dass 36 % der männlichen Geflüchteten und 22 % der weiblichen Geflüchteten mit einem Alkoholkonsum einen riskanten Konsum aufwiesen. Bezogen auf die Gesamtgruppe der 1.116 Befragten hatten knapp 11 % einen riskanten Alkoholkonsum. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung liegt der Risikokonsum bei Geflüchteten um 5 % unter dem der deutschen Bevölkerung. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums irgendeiner illegaler Drogen betrug unter den Geflüchteten 7,4 % (n=83; darunter 6 Frauen). Gemessen an der Lebenszeitprävalenz von 29,5 % für den Konsum irgendeiner illegalen Droge in der erwachsenen Bevölkerung war die Prävalenz des Drogenkonsums unter den Geflüchteten sehr gering. In Deutschland wurde vor allem Cannabis und Kokain und zu einem geringeren Anteil auch Heroin und Ecstasy konsumiert. Hierbei dominierte ein gelegentlicher Konsum; einen wöchentlichen und täglichen Drogenkonsum praktizierte etwa ein Fünftel. Ein Vergleich der Motive für den Drogenkonsum in der Heimat und in Deutschland offenbarte, dass in Deutschland Drogen vor allem wegen Stress, um abzuschalten und aus Langeweile genommen wurden. Der Vergleich von Geflüchteten ohne jeglichen Substanzkonsum (32 %) mit denjenigen mit Substanzkonsum ergab, dass mehr Frauen als Männer keinen Substanzkonsum aufwiesen (34 % vs. 29 %). Bei belastenden Fluchterlebnissen, Familienangehörigen in der Heimat, einer schlechteren psychischen Gesundheit, dem Fehlen einer Arbeit und einem unsicheren Asylstatus war der Anteil an Geflüchteten mit einem Substanzkonsum signifikant erhöht.

Nur wenige der Geflüchteten haben in Deutschland Angebote der Suchthilfe wegen Alkohol- oder Drogenproblemen genutzt, was auch daran lag, dass die meisten der Geflüchteten nicht wussten, an wen sie sich wenden können. Vor diesem Hintergrund haben die 21 Fachkräfte in den Fokusgruppen geschildert, dass Fortbildungen zu Thema Sucht in den Sozialberatungen der Wohnunterkünfte sowie eine aufsuchende Arbeit der Suchthilfe in diesen Unterkünften zu empfehlen sei. Da die Gesundheits-

versorgung und damit auch die Suchtbehandlung vom Asylstatus der Geflüchteten abhängen und oftmals keine Finanzierung der Behandlungen erfolgt, wurde gefordert, die Gesundheitsversorgung vom Asylbewerberleistungsgesetz stärker zu entkoppeln.

2 Einleitung

Die Flüchtlingsforschung hat seit 2015 kontinuierlich zugenommen, wobei von allen europäischen Ländern die meiste Literatur zu Geflüchteten in Deutschland publiziert wurde [1, 2]. Zugleich weisen verschiedene Literaturübersichten darauf hin, dass die Forschung im Bereich der psychischen Gesundheit dominiert und der Kenntnisstand zu anderen Gesundheitsfaktoren, zur aktuellen Lebenssituation und insbesondere zum Substanzkonsum weiterhin lückenhaft ist [1, 3-6].

Die Forschung zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten ist auf die Prävalenz von traumatischen Ereignissen und die negativen Stressoren der Migration wie eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), eine Depression und Ängstlichkeit fokussiert. Zu diesem Thema liegen sehr heterogene Forschungsarbeiten vor, die Literaturreviews [6-8], epidemiologische (registerbasierte) Studien [9-11], Vergleichsstudien von Geflüchteten mit anderen Populationen [10, 12] sowie Studien an unterschiedlichen Gruppen von Geflüchteten [13-17] umfassen. Zwei systematische Reviews, eines basierend auf 38 Studien mit insgesamt 39.518 erwachsenen Geflüchteten [7] und eines basierend auf 9 Studien mit insgesamt 540.000 Geflüchtete [8], weisen übereinstimmend auf die hohe Prävalenz psychischer Störungen unter Geflüchteten hin. So stellte sich die Fluchterfahrung als ein hohes Post-Migrationsrisiko für eine nichtaffektive Psychose dar [8] und auch PTBS, Depression, Ängstlichkeit waren unter Geflüchteten im Vergleich zu Migrationsgruppen oder der Allgemeinbevölkerung erhöht. Allerdings variieren die Prävalenzen sehr stark und liegen beispielsweise bei einer PTBS zwischen 3 % und 88 % [7]. Eine Reihe von Primärstudien hat die Prävalenz, Art und Anzahl traumatischer Ereignisse sowie die daraus resultierenden aktuellen psychischen Probleme untersucht [9, 13, 14, 17]. Auf Grundlage der Befragung von 56 erwachsenen arabischsprachigen Geflüchteten ergab eine Studie aus Deutschland eine Prävalenz traumatischer Erlebnisse von 80,4 % [13]. In einer Studie aus Schweden wiesen mehr als 85 % der befragten 455 Geflüchteten eine PTBS auf, wobei diese Erlebnisse vor allem in Kriegserlebnissen, der Beobachtung physischer Gewalt und der Trennung von der Familie bestanden [17]. Gemäß dieser Studie [17] hatten die Befragten durchschnittlich 4 traumatische Erlebnisse und laut einer neueren deutschen Studie unter 502 Geflüchteten [9] waren es sogar 4,78 Erlebnisse. Was die jeweils festgestellten posttraumatischen Belastungsstörungen betrifft, variieren die Prävalenzen von 35,7 % [13], 43,9 % [9], 60,7 % [17] bis hin zu 68 % [10]. In der bereits genannten deutschen Studie wurde eine schwere Depression bei 23,2 % und eine hohe Ängstlichkeit bei 26,8 % der Befragten festgestellt [13]. Eine ähnliche Prävalenz von 21,7 % für eine Depression wurde auch in einer anderen deutschen Studie

ermittelt [9]. In beiden Studien gab es keine Geschlechtsunterschiede bei den psychischen Störungen. In der schwedischen Studie [17] lagen deutliche höhere Prävalenzen vor; 67,9 % zeigten Symptome einer Depression und 59,3 % Symptome von Ängstlichkeit, wobei mehr Männer als Frauen von einer Ängstlichkeit betroffen waren. In der schwedischen Studie sowie in drei deutschen Studien [14-16] wurde unterschiedliche Faktoren untersucht, die mit einer psychischen Störung zusammenhängen. Den Ergebnissen der schwedischen Studie [17] nach hatten Befragte mit der geringsten Bildung (nicht mehr als 9 Jahre) die höchste Rate an psychischen Störungen (PTBS, Depression und Ängstlichkeit). In zwei deutschen Studien wurde der Einfluss der „Willkommenskultur“ [15] bzw. der Orientierung an die deutsche Kultur [14] analysiert. Auf Basis der Befragung von 4.054 Geflüchteten aus 58 Herkunftsländern zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gefühl „willkommen zu sein“ und der psychischen Gesundheit. Die Befragung von 89 geflüchteten Frauen wies unter anderem einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Orientierung an die deutsche Kultur und depressiven Symptomen auf. In einer weiteren Studie wurden 650 Geflüchtete in Berliner Flüchtlingsunterkünften befragt, um erstmals den Einfluss des Aufenthaltsstatus auf psychische Erkrankungen zu untersuchen [16]. Den Ergebnissen zufolge bestanden signifikante Unterschiede zwischen dem Aufenthaltsstatus und klinisch relevanten Angstsymptomen sowie somatischen Symptomen, nicht aber zwischen dem Aufenthaltsstatus und depressiven Symptomen. Aus Studien von verschiedenen Migrationsgruppen in psychiatrischer Behandlung geht hervor, dass Geflüchtete im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen höhere Raten an affektiven Störungen [12] und schwere Depressionen haben [10, 18].

Zu den Fluchtgründen, Fluchterlebnissen, körperlicher wie psychischer Gesundheit sowie zu den Lebenslagen von Geflüchteten in Deutschland liegen nur wenige Studien vor. Allen voran sind hier die Ergebnisse aus der sogenannten IABBAMF-SOEP-Befragung zu nennen, einer repräsentativen Längsschnittstudie von im Ausländerzentralregister erfassten erwachsenen Geflüchteten, die zwischen dem 1.1.2013 und 31.1.2016 in Deutschland eingereist waren und einen Asylantrag gestellt haben [18-20]. Von den 5.444 Erwachsenen aus der 2. Befragungswelle waren 71 % vor (Bürger-)Krieg, 41 % vor politischer Verfolgung und 47 % vor einer Zwangsrekrutierung geflüchtet [18]. Auf der Flucht hatten 56 % Schiffbruch, Gewalterfahrungen, sexuellen Missbrauch oder willkürliche Gefängnisaufenthalte erlebt. Aus den Ergebnissen der ersten Befragung ist bekannt, dass etwa zwei Fünftel der Befragten drei Monate oder länger vor ihrer Einreise nach Deutschland in einem Transitland verbracht haben [19]. Aus den Daten von 2.021 erwachsenen Geflüchteten aus Syrien, Irak und Afghanistan, die im Rahmen des WIdOmonitor [21] befragt wurden, waren (61,8 %) zusammen mit Familie, Freunden oder Bekannten und 40,2 % alleine nach Deutschland geflüchtet. Im Hinblick auf die körperliche Gesundheit zeigten die Ergebnisse der IABBAMF-SOEP-Befragung, dass Geflüchtete einer mit der deutschen Bevölkerung vergleichbare physische Gesundheit aufwiesen [18], wobei die seit 2013 migrierten Geflüchteten sogar

eine bessere körperliche Gesundheit als der Bevölkerungsdurchschnitt hatten [20]. Mit den WIdO-Daten wurden Gesundheitsprobleme in den letzten 6 Monaten erfasst [21]: Demnach hatten knapp ein Drittel der Geflüchteten Rückenschmerzen und/oder Kopfschmerzen und ein Viertel Gelenkschmerzen. Häufiger wurden psychische Beschwerden genannt, insbesondere Mutlosigkeit, Traurigkeit, Bedrückung (41 %), Nervosität/Unruhe (37,3 %), Müdigkeit, Mattigkeit, Erschöpfung (31 %), und Schlafstörungen (29,4 %). Auch aus der IABBAMF-SOEP-Befragung geht hervor, dass Geflüchtete im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein schlechteres psychisches Befinden und mehr depressive Symptome hatten [18].

Zur sozialen Lebenslage [3] und zum Substanzkonsum von Geflüchteten [1, 6] ist der gegenwärtige Kenntnisstand sehr lückenhaft. Bezüglich der sozialen Lebenslage gibt es lediglich Daten zur Bildung. Eine zumindest 10-jährige Schulbildung wiesen in der IABBAMF-SOEP Studie 55 % der Befragten auf [19], in der WIdO-Studie lag dieser Anteil bei 44,8 % [21]. Detaillierte Erkenntnisse zur Bildung bieten die „SoKo-Daten“ des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF), die auf 17.684 volljährigen Personen beruhen, die im ersten Halbjahr 2021 einen Asylerstantrag gestellt haben [22]. Die Ergebnisse zeigten eine teilweise unterschiedliche Bildung nach Geschlecht und Herkunftsland. Im Herkunftsland hatten 7,8 % der männlichen und 17,4 % der weiblichen Geflüchteten keine formelle Schulbildung. Eine Grundschule hatten 20,8 % der Männer und 21,4 % der Frauen besucht, bei einer Mittelschule waren es 36,4 % der Männer und 29,7 % der Frauen. Eine höhere Bildung hatten wenige Geflüchtete und hier gleichen sich die Geschlechter wieder an: ein Gymnasium besuchten 21,1 % der männlichen und 19,4 % der weiblichen Geflüchteten und eine Hochschule 12,9 % der männlichen und 12,2 % der weiblichen Geflüchteten. Während sich die Schulbildung bei Geflüchteten aus Somalia und Afghanistan insgesamt als eher schlecht darstellte, war diese bei Geflüchteten aus dem Iran, Syrien und Algerien vergleichsweise hoch.

Im Hinblick auf den Substanzkonsum existieren wenige und sehr heterogene Forschungsergebnisse. In einem systematischen Review wird von Alkoholproblemen berichtet, die zwischen 2-60 % liegen und insbesondere bei vertriebenen Männern vorkamen [7]. Laut einer Studie aus Frankreich [12] waren Cannabis- und Alkoholprobleme signifikant stärker unter Menschen mit Migrationshintergrund verbreitet als unter Menschen ohne Migrationshintergrund. Demgegenüber zeigen die deutschen Daten zur gesundheitlichen Lage des RKI [23], dass diejenigen mit einem Migrationshintergrund ein deutlich geringeres Risiko für einen riskanten Alkoholkonsum aufwiesen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Letzteres wird auch durch die WIdO-Ergebnisse gestützt [21], wonach 61,7 % der männlichen und sogar 91,4 % weiblichen Geflüchteten keinen Alkohol getrunken hatten. Psychiatrische Diagnosen zum Alkoholkonsum, Cannabiskonsum und polyvalenten Substanzkonsum wurden auf Basis der nationalen Daten des Schwedischen Psychiatrieeregisters analysiert [24]. Von den analysierten 1.241.901

Personen waren 1,4 % Geflüchtete, 8,4 % eingewanderte Migranten und der Rest in Schweden Geborene. Eine Störung durch Alkohol und einen polyvalenten Substanzkonsum war signifikant geringer bei Geflüchteten und Eingewanderten, wohingegen die Prävalenz cannabisbezogener Störungen mit den in Schweden Geborenen vergleichbar war. Verschiedene Forschungsergebnisse zeigen, dass die Prävalenz des Substanzkonsums bei Geflüchteten zunächst geringer war als in der Bevölkerung des Aufnahmelandes, sich aber mit zunehmender Aufenthaltsdauer die Prävalenz unter den Geflüchteten an die der Bevölkerung annäherte [6, 24-26]. Einige Studien geben Aufschluss über die Motive der Geflüchteten, Alkohol oder andere Substanzen zu konsumieren [25, 27, 28]. Übereinstimmend wurden der Substanzkonsum und insbesondere der problematische Alkoholkonsum in Zusammenhang mit der Bewältigung der Belastungen durch die Flucht und den Stressoren bei der Ankunft im Aufnahmeland gestellt. Sowohl in einer schottischen Studie [28] wie auch in einer deutschen Studie [25] wurden Geflüchtete zu ihren Einstellungen zum Substanzkonsum interviewt. In beiden Studien bestätigten die befragten Geflüchteten, dass anders als in ihrem Heimatland Substanzen im Aufnahmeland sehr verbreitet und leicht verfügbar sind und der Konsum akzeptiert sei. Weiterhin ergaben beide Studien, dass der Substanzkonsum durch psychische Belastungen, Traumata, Einsamkeit, Langeweile und den Wunsch zur Verbundenheit mit anderen beeinflusst war. In der schottischen Studie [28] wurde ein hohes Maß an Alkoholmissbrauch bei einem abgelehnten Asylantrag beobachtet. Als protektive Faktoren gegen einen schädlichen Alkoholkonsum wurden eine sinnvolle Beschäftigung, das Zusammenleben mit der Familie und soziale Unterstützung identifiziert.

Zusammenfassend zeigt der gegenwärtige Forschungsstand, dass Geflüchtete durch psychische Erkrankungen besonders belastet sind, die Integration in das Aufnahmeland mit vielfältigen Stressoren verbunden ist, vor allem im Hinblick auf die Anerkennung des Asylantrags und diese Bedingungen Risikofaktoren für einen Substanzkonsum darstellen. Deutlich wurde aber auch, dass es gegenwärtig an Wissen zu den sozialen Lebenslagen mangelt und dass Erkenntnisse hinsichtlich des Substanzkonsums bei Geflüchteten noch stark begrenzt sind.

Ziele der Studie:

Ausgehend von den bestehenden Wissenslücken war es ein zentrales Ziel der LOGIN-Studie, die Verbreitung des Konsums legaler und illegaler Substanzen zu untersuchen, um nicht nur epidemiologische Erkenntnisse zur Konsumprävalenz, sondern auch zur Art und Frequenz der konsumierten Substanzen zu gewinnen. Da die Verfügbarkeit von Substanzen und die sozialen Normen im Aufnahmeland offenbar einen Einfluss auf das Konsumverhalten der Geflüchteten haben, wurde ermittelt, ob Geflüchtete bereits im Heimatland, auf der Flucht oder erst in Deutschland Substanzen konsumierten. Weiterhin war beabsichtigt zu analysieren, ob Geflüchtete mit einem Substanzkonsum andere Merkmale (wie Geschlecht, Alter, Herkunft) aufweisen als diejenigen ohne Substanzkonsum. Darüber hinaus richtete

sich ein Ziel der Studie darauf, Evidenz zu den sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen der Geflüchteten zu generieren. Gerade in diesem Bereich besteht ein Bedarf nach weiteren Erkenntnissen. Im Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen und einem Substanzkonsum wurden die Inanspruchnahme medizinischer und psychiatrischer Hilfen sowie die Nutzung von Angeboten der Suchthilfe untersucht. In dieser Hinsicht sollte auch evaluiert werden, welche Barrieren im Zugang zum Hilfesystem bestehen und ob die vorhandenen Hilfebedarfe der männlichen und weiblichen Geflüchteten mit den Angeboten des Hilfesystems kompatibel sind. Mit der Studie wurden repräsentative Erkenntnisse erwartet, die für Geflüchtete in ganz Deutschland gelten.

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Das Forschungsprojekt war als Querschnittstudie konzipiert, wobei der Hauptschwerpunkt auf der Erhebung von quantitativen Daten unter volljährigen Geflüchteten lag. Des Weiteren wurden qualitative Methoden eingesetzt, um Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten aus der Flüchtlingshilfe durchzuführen.

Da etwa 50 % der erwachsene Geflüchteten mit einem Asylerstantrag zwischen 18-30 Jahre alt sind [29], wurde die Erhebung stratifiziert nach Geschlecht und den beiden Altersgruppen „18 bis unter 30 Jahre“ und „30 Jahre und älter“ vorgenommen. Somit lassen sich Aussagen zu geschlechts- und altersspezifischen Unterschieden treffen.

Die Befragungen fanden in den Bundesländern Sachsen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen (NRW) und Bayern statt, in denen sich zwischen 2016 bis 2020 im Mittel 51 % aller Geflüchteten mit einem Asylerstantrag befanden¹. Mit den quantitativen Erhebungsmethoden sollte eine repräsentative Stichprobe von Geflüchteten ab einem Mindestalter von 18 Jahren gewonnen werden,

- die sich im Erhebungszeitraum von Februar 2020 bis Oktober 2021 in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber und -bewerberinnen befanden und
- die aus Herkunftsländern stammen, in denen Farsi, Arabisch, Französisch, Englisch oder Tigrinya die Amtssprache darstellt [30].

Durch die Sprachauswahl sind Geflüchtete aus den Hauptherkunftsländern repräsentiert; dazu zählten in den letzten vier Jahren Syrien, Irak, Afghanistan, Iran, Eritrea, Nigeria, Somalia und Guinea [30]. Zur Zielgruppe der Studie gehörten folglich alle volljährigen Geflüchteten, die eine der 6 Sprachen lesen und verstehen konnten. Zudem wurden an den Befragungsorten Muttersprachler für Arabisch und Farsi über das Projekt eingestellt, um Geflüchteten Hilfestellung bei der Beantwortung der Fragen zu geben. Zudem haben auch Geflüchtete die Rolle als Sprachmittler für Geflüchtete übernommen, die

¹ Die Angabe basiert auf den jeweils jährlichen aktuellen Zahlen zu Asyls des BAMF.

eine andere Muttersprache hatten (wie z.B. Somali, Kurdisch, Spanisch). Da sich die Studie an Geflüchtete aus Kriegsregionen, Regionen mit politischer Verfolgung oder ökonomischen Notlagen richtete, waren Geflüchtete aus europäischen Ländern wie Kosovo, Albanien oder Bosnien sowie aus Georgien und russischsprachigen Ländern von der Studienteilnahme ausgeschlossen.

Mit der quantitativen Befragung von Geflüchteten sollten folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- Wie weit ist der Konsum von legalen und illegalen Substanzen unter Geflüchteten verbreitet. Als Substanzkonsum werden der Konsum von Alkohol, Schmerz- und Beruhigungsmittel sowie der Konsum illegaler Substanzen gewertet.
- Wurden Substanzen bereits im Herkunftsland, auf dem Fluchtweg oder erst im Gastland Deutschland konsumiert?
- Welche Substanzen werden konsumiert und in welcher Frequenz? Zeigen sich alters- und/oder geschlechtsspezifische Unterschiede in den Konsummustern?
- Welche Erfahrungen haben Geflüchtete mit medizinischer Hilfe
- Sind Geflüchtete über die Hilfeangebote der Suchthilfe in Deutschland informiert und haben sie bereits Angebote in Anspruch genommen?
- Haben Männer und Frauen einen unterschiedlichen gesundheitlichen Hilfebedarf?

Um zu evaluieren, ob die Ergebnisse der Befragung mit den Praxiskenntnissen in der Flüchtlingshilfe übereinstimmen, wurden in jedem Bundesland eine Fokusgruppe durchgeführt, an der die Leitung und Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen aus den Einrichtungen teilnehmen konnten, in denen die Erhebung stattgefunden hat. Zudem konnten auch weitere Expertinnen und Experten aus den Sozialämtern oder Integrationseinrichtungen teilnehmen. Neben der Diskussion der Forschungsergebnisse sollte mit den Teilnehmenden diskutiert werden, welche Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung nötig wären Hilfestellungen für substanzkonsumierende Geflüchtete adäquat wären.

3.1 Operationalisierung der Teilziele

Die Teilziele wurden entsprechend den Fragestellungen der Studie operationalisiert und können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Operationalisierung der Teilziele

Teilziele	Zielerreichung
Entwicklung und Programmierung eines standardisierten Fragebogens in vier Sprachen	Der Fragebogen liegt in sechs Sprachen vor; Deutsch, Englisch, Französisch, Farsi, Arabisch und Tigrinya Der Fragebogen ist in allen Sprachen elektronisch auf Tablets verfügbar
Vorbereitung der repräsentativen Befragung von Geflüchteten	Die für die Unterbringung zuständigen Landesministerien, Sozialämter und Einrichtungsleitungen in den vier ausgewählten Bundesländern wurden schriftlich informiert. Mit den ausgewählten Einrichtungen wurden die Modalitäten (Zeit, Räume, Bewerbung der Studie) abgesprochen. Zur Information der Geflüchteten über die geplante Befragung wurden mehrsprachige Plakate entwickelt, die in den Einrichtungen ausgehängt wurden. Sprachmittler wurden eingestellt und im Umgang mit dem tabletgestützten Fragebogen geschult.
Erkenntnisse zu den Lebenslagen und dem Substanzkonsum von Geflüchteten	Von den geplanten 1.200 Geflüchteten wurden von N=1.116 gültige Angaben erhoben. Die Erhebung erfolgte stratifiziert nach Geschlecht und zwei Altersgruppen.
Durchführung von Fokusgruppen in jedem der vier Bundesländer	Die Ergebnisse der empirischen Erhebung unter Geflüchteten wurden präsentiert und diskutiert. Maßnahmen zur Verringerung von Zugangsbarrieren zum Hilfesystem wurden erörtert.

Insgesamt sollen die Analysen zum einen dazu beitragen, die Flüchtlingshilfe zu informieren und zum anderen die Suchthilfe besser auf den erwarteten Anstieg an Beratungen und Behandlungen von Geflüchteten vorzubereiten. Gerade für die Suchthilfe werden durch die Erhebung wichtige und verwertbare Informationen erwartet.

3.2 Datenerhebung

Für die standardisierte Befragung der Geflüchteten wurde ein Fragebogen entwickelt, in den die Ergebnisse aus der Forschung eingeflossen sind. Vor dem Einsatz in der Studie wurde der Fragebogen von mehreren Geflüchteten aus unterschiedlichen Ländern pilotiert. Der finalisierte Fragebogen wurde in den Sprachen Französisch, Arabisch, Farsi und Tigrinya von Muttersprachlern übersetzt und diese Übersetzung wurde wiederum von anderen Muttersprachlern abschließend geprüft. Nach der Programmierung des Fragebogens für den Einsatz auf einem Tablet war dieser in den vier Sprachen sowie in Deutsch und Englisch verfügbar. Der Einsatz von Tablets in verschiedenen Sprachen hat sich in dieser Studie als eine sehr gut funktionierende Methode herausgestellt, um Geflüchtete zu erreichen. Für die

Durchführung der Befragung von Geflüchteten lag ein positiv beschiedenes Ethikvotum vor (Lokale Psychologische Ethikkommission am Zentrum für Psychosoziale Medizin, LPEK 0056).

Konzeption des Fragebogens

Der Fragebogen enthält zum einen selbst entwickelte Fragen, zum anderen standardisierte Instrumente, welche bereits in allen verwendeten Sprachen übersetzt und evaluiert worden sind. Der Fragebogen ist in einer leicht verständlichen Sprache verfasst, so dass Geflüchtete die Tablets zur Beantwortung selbständig und anonym bedienen konnten. Im Einzelnen wurden folgende Daten erhoben:

- Soziodemographische Merkmale inklusive Herkunftsländer und Fluchtwege, Fluchtdauer und Dauer des Aufenthaltes in Deutschland
- Fluchtgründe in Anlehnung an die IAB-BAMF-SOEP-Befragung [19]
- Belastende Erlebnisse während der Flucht, u.a. den Tod von Familienangehörigen oder Fremden, Inhaftierung, Folter, Misshandlung, Vergewaltigung, Schiffbruch sowie Ertrinken von Familienangehörigen und Entführung durch Menschenhändler.
- Soziale Lebenslage (Schulbildung, Ausbildung, Deutschkenntnisse, Wohnsituation)
- Die subjektive körperliche und seelische Verfassung wurde mit einer 5-stufigen Skala von (1) „sehr gut“ bis (5) „sehr schlecht“ erfasst.
- Zu den körperlichen Erkrankungen wurden 13 Symptomgruppen abgefragt. Zudem gab es ein offenes Feld für weitere Erkrankungen und die Möglichkeit der Angabe „ich bin gesund“.
- Hopkins-Symptom-Checkliste-25 (HSCL-25) zur Erfassung von Ängstlichkeit (10 Items) und Depressionen (15 Items) [31]. Die HSCL-25 bezieht sich auf den letzten Monat und jedes Item wird auf einer Skala von 1 bis 4 mit „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“ und „extrem“ beantwortet. Die HSCL-25 liegt in mehreren Sprachen vor und wurde in Studien zu Geflüchteten verwendet [14, 16, 17, 32]. In der Literatur wird bei einem Mittelwert $\geq 1,75$ für Ängstlichkeit und für Depression davon ausgegangen, dass eine auffallend hohe Belastung vorliegt.
- Einnahme von Medikamenten (Art der Medikamente, Frequenz der Einnahme)
- Einstellungen zur Medikamenteneinnahme nach dem BMQ (Beliefs about Medication Questionnaire) [33]
- Alkoholkonsum, inklusive des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in der Kurzversion (AUDIT-C) sowie des CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) zur Erhebung von Entzugssymptomen
- Konsum von Drogen, Konsummuster und Konsummotive
- Nutzung von Hilfen bei Alkoholkonsum oder Drogenkonsum

Der Fragebogen enthält eine Vielzahl an Filtern bei nicht zutreffenden Themen. Demzufolge war die Dauer zur Beantwortung der Fragen abhängig von der Lebensgeschichte der Geflüchteten.

Vorbereitung der Datenerhebung

Zur Vorbereitung der Befragung wurden alle zuständigen Stellen in den Bundesländern schriftlich über die Ziele und das Vorgehen der Studie informiert. In Bayern waren die Regierungen der 7 Bezirke für

die Unterbringung von Geflüchteten zuständig, wohingegen diese Zuständigkeit in Sachsen, Niedersachsen und NRW bei den städtischen Sozialämtern lag. Die Befragungen konnten nur nach erfolgter Genehmigung stattfinden, die mit Ausnahme von zwei Städten jeweils erteilt wurde.

In den vier Bundesländern wurde die Datenerhebung jeweils in den Städten durchgeführt, in denen die meisten Geflüchteten untergebracht waren. Aus diesen Gründen fand die Befragung von Geflüchteten in den folgenden Städten statt:

- Sachsen: Dresden und Leipzig
- Niedersachsen: Hannover, Göttingen und Stade
- NRW: Bielefeld, Dortmund, Essen, Münster und Köln
- Bayern: Bayreuth, München, Nürnberg, Regensburg und Würzburg

Innerhalb dieser 15 Städte wurden die jeweils größten Gemeinschaftsunterkünfte für die Befragung ausgewählt. Um die Ziele und den Ablauf der Befragung in den ausgewählten Einrichtungen bekannt zu machen, wurden Plakate (vgl. Abb. 1) in den genannten sechs Sprachen entworfen, die vor Befragungsbeginn in den Einrichtungen ausgehängt wurden. Zudem haben die anwesenden Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, die oftmals Farsi oder Arabisch sprachen, die Studie unterstützt und Geflüchtete direkt zu ihrer Teilnahme an der Befragung motiviert.



Abbildung 1. Plakat für Geflüchtete mit Informationen zur Befragung

Umsetzung der Befragung

In den ausgewählten 15 Städten in den vier Bundesländern wurden insgesamt 54 Gemeinschaftsunterkünfte oder Übergangwohnheime zur Befragung der volljährigen Geflüchteten aufgesucht. In der Praxis konnte keine Zufallsstichprobe umgesetzt werden. Der Zugang zur Zielgruppe erfolgte in den jeweiligen Unterkünften auf drei Wegen: Erstens über eine Selbstselektion, indem sich Geflüchtete

direkt für die Teilnahme gemeldet haben. Zweitens wurden sie bei einer zufälligen Begegnung durch Mitarbeitende der Einrichtung oder der Forschung angesprochen. Drittens wurde in der Einrichtung von „Tür zu Tür“ gegangen, um Geflüchtete der Zielgruppe zur Teilnahme zu motivieren.

Sofern es aufgrund von Leseschwächen oder einer auf dem Tablet nicht vorhandenen Sprache nötig war, haben Sprachmittler die Fragen vorgelesen und das Tablet zur Beantwortung bedient. Für die Befragungen standen 6 Tablets zur Verfügung, so dass maximal 6 Personen gleichzeitig teilnehmen konnten. Alle Teilnehmenden erhielten 10 Euro in bar als Aufwandsentschädigung.

3.3 Datenauswertung

Durch die tabletgestützte Befragung lagen alle Daten direkt als SPSS Datensatz vor. Zugleich zeigte sich, dass - im Unterschied zu einer persönlichen Befragung mit direkter Korrekturoption - eine vollständig anonyme und überwiegend eigenständige Beantwortung des Fragebogens sehr fehleranfällig ist. Die Datenbereinigung und -aufbereitung erwies sich daher als höchst zeitintensiv. Hinzu kommt ein sehr unterschiedliches Verständnis von „Flucht“. Während für einige Befragte die Flucht mit dem Verlassen des Heimatlandes begann, auch wenn sie viele Jahre in einem andere Land aufgewachsen sind oder dort gearbeitet haben, begann für andere Befragte ihre Flucht erst, wenn sie in Europa eingereist sind.

Für die Datenauswertung wurden folgende zentrale Kategorien gebildet.

- Eine indirekte Flucht war definiert als eine Flucht über mindestens ein Transitland mit einem Aufenthalt von mindestens drei Monaten.
- Eine direkte Flucht war definiert als eine Flucht ohne Aufenthalt in einem Transitland. Wenn eine Gesamtfluchtdauer von 13 Monaten und mehr angegeben wurde, ist die Flucht zu einer indirekten Flucht umkodiert worden. Dies erfolgte unter der Annahme, dass theoretisch sechs Transitländer mit einem Aufenthalt von zwei Monaten möglich wären und eine direkte Flucht somit von bis 12 Monaten plausibel ist.
- Die Angaben zur Schulbildung erfolgt nach der Anzahl der Schuljahre. Auf Basis der Schuljahre wurde die Art Schulbildung wie folgt gebildet: keine formale Schule, kein Abschluss der Grundschule (unter 6 Schuljahren), abgeschlossene Grundschule (6 bis 8 Schuljahre), Mittelstufe (9 bis 11 Schuljahre) und Abitur (12 Schuljahre)

Die Auswertungen erfolgten deskriptiv mit Hilfe des Statistikprogramms IBM® SPSS® Statistics 22 (IBM Corporation 2013). Als statistische Tests wurden für die Analyse von Mittelwertunterschieden T-Tests und Varianzanalysen sowie bei nominalen Daten Chi²-Tests eingesetzt.

3.3.1 Fokusgruppen

Nach Abschluss der Befragungen von Geflüchteten im Oktober 2021 und einer ersten vorläufigen Datenauswertung wurden Fokusgruppen im Dezember 2021 durchgeführt. Hierzu wurden alle beteiligten Fachkräfte aus den Regierungen, Sozialämtern und Gemeinschaftsunterkünften aus den 15 Städten

eingeladen. In jedem Bundesland fand eine Fokusgruppe statt. Ursprünglich war geplant, Fokusgruppen persönlich in jeden der vier Bundesländer durchzuführen. Aufgrund der COVID-19-Pandemie war nur eine virtuelle Fokusgruppe pro Bundesland möglich. An den virtuellen Fokusgruppen haben insgesamt 21 Fachkräfte teilgenommen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass einige städtische Einrichtungen nicht an der Fokusgruppe teilnehmen konnten, da dort der Zugriff auf virtuelle Konferenzen begrenzt ist.

In den Fokusgruppen wurden zunächst alle zentralen Ergebnisse aus der Befragung der Geflüchteten präsentiert. Im Anschluss wurden Fragen der gesundheitlichen Versorgung und der Hilfen für substanzkonsumierende Geflüchtete diskutiert. Hierbei wurden auch Maßnahmen genannt, die seitens der Flüchtlingshilfe notwendig sind, um körperlich und psychisch Erkrankte besser zu versorgen, und die seitens der Suchthilfe gewünscht werden, um die Problemlagen substanzkonsumierender Geflüchteter besser zu adressieren. Die Diskussionen in den Fokusgruppen wurden protokolliert und auf Basis der Protokolle werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

4 Arbeits- und Zeitplan

Die Einhaltung des ursprünglichen Zeitplans war aus mehreren Gründen erschwert und führte zu teils erheblichen Abweichungen. In Tabelle 1 ist der reale Zeitplan dargestellt. Die Entwicklung, Pilotierung und entsprechende Modifizierung des Fragebogens hat deutlich mehr Zeit als geplant benötigt. Auch die Programmierung des Fragebogens für den Tableteinsatz hat mehr als sechs Monate in Anspruch genommen. Hinzu kam, dass der Fragebogen in Französisch, Arabisch, Farsi und Tigrinya jeweils durch zwei Muttersprachler übersetzt und gegengeprüft werden musste. Die doppelt geprüfte Übersetzung erwies sich vor allem bei der Sprache Tigrinya als sehr schwierig, da es für diese Sprache wenig geeignete Muttersprachler gibt. Somit lag der Fragebogen erst Ende 2019 in sechs Sprachen vor und war elektronisch auf Tablet verfügbar (Meilenstein 1).

Tabelle 1. Ursprünglicher und realer Arbeits- und Zeitplan

	Quartal															
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
	im Jahr 2018				im Jahr 2019				im Jahr 2020				2021			
Kontaktierung der Kooperationspartner																
Entwicklung des Fragebogens und Übersetzung																
Programmierung der Fragebögen für Tablets																
Auswahl der Dolmetscher und Schulung																
Durchführung der repräsentativen Erhebung																
Datenaufbereitung und Datenauswertung																
Durchführung der Fokusgruppen																
Endauswertung und Berichterstellung																
Meilenstein 1					1											
Meilenstein 2						2										
Meilenstein 3									3							
Meilenstein 4										4						

In der Praxis hat sich als beste Vorgehensweise bewährt, Kooperationspartner sukzessive und zeitnah für die Durchführung der Befragung zu kontaktieren. Sobald der Befragungsort und der Befragungsbeginn in den jeweiligen Unterkünften feststand, konnten auch Sprachmittler und Sprachmittlerinnen für Arabisch und Farsi ausgewählt und geschult werden (Meilenstein 2). Da alle Kontakte auf den jeweiligen Befragungsort abgestimmt sein mussten, umfassten diese Arbeitsschritte den gesamten Zeitraum der Befragung von Geflüchteten (Februar 2020 bis Oktober 2021).

Die Verlängerung des Projektes um das Jahr 2021 war eine wesentliche Voraussetzung dafür, die unter Pandemie-Bedingungen deutlich erschwerte Durchführung des Projektes zu realisieren. Neben eingeschränkten Reisemöglichkeiten wurde die Anzahl an Bewohner und Bewohnerinnen in großen Gemeinschaftsunterkünften als Reaktion auf die Pandemie reduziert. Aufgrund dieser Umstände mussten deutlich mehr Einrichtungen pro Ort aufgesucht werden, um die geplante Anzahl an Befragungen durchführen zu können.

Die repräsentative Erhebung unter Geflüchteten konnte somit erst im Oktober 2021 abgeschlossen werden. Da sich die Zahl der Geflüchteten, die zur Zielgruppe der Studie gehören, seit 2018 beständig

verringert hat und auch die Annahmen zur Repräsentativität geändert werden mussten (vgl. Kapitel 5.1.) wurde die ursprünglich geplante Stichprobe von 1.537 Personen auf 1.200 Personen reduziert. Diese Zielvorgabe konnte nicht ganz erreicht werden. Nach Ausschluss unplausibler Fälle ist es gelungen, valide Daten von 1.116 Geflüchteten zu erheben (Meilenstein 3). Die Studie ist auf ein sehr großes Interesse bei den Betreibern der Gemeinschaftsunterkünfte und auch bei den Geflüchteten gestoßen. So haben sehr viele Geflüchtete im Anschluss an die Befragung geäußert, dass sie es als sehr positiv und mitunter als erleichternd erlebten, ihre Flucht- und Migrationsgeschichte anonym, ohne Konsequenzen für die Ausländerbehörde und in der eigenen Muttersprache mitteilen zu können. Die Erfahrungen mit den Befragungen zeigen, dass unter normalen Umständen alle Vorhabenziele wie geplant erreichbar gewesen wären.

Die Fokusgruppen mit den Einrichtungsleitungen, Sozialämtern und den in Bayern zuständigen Personen aus den Regierungen haben im 4. Quartal des Jahres 2021 stattgefunden (Meilenstein 4). Auf die Einbeziehung der Flüchtlingsräte wurde nach mehrfachen Kontakten verzichtet, da diese sich vorwiegend mit den Asylfragen beschäftigen und somit als Experten und Expertinnen weniger für die Zielsetzungen der Fokusgruppen relevant waren. Aufgrund der Pandemie waren lediglich virtuelle Fokusgruppen möglich, so dass die zu diesem Zweck geplanten Reisen und die damit verbundenen Kosten entfielen.

Auch wenn die genannten Umstände Auswirkungen auf den zeitlichen Verlauf des Projektes hatten, konnten alle geplanten Aktivitäten erfolgreich umgesetzt werden.

5 Ergebnisse

5.1 Repräsentativität der Stichprobe

Da ein Ziel der Studie in einer repräsentativen Erhebung bestand, wurde die Repräsentativität nach den Stichprobenberechnungen der WHO für epidemiologische Befragungen kalkuliert (The STEPS Sample Size Calculator).² Demzufolge wird bei der Kalkulation von einem Konfidenzniveau von 95 %, einem Fehlerbereich von 5 % (Ausmaß der Abweichungen zwischen der Stichprobe und der Gesamtpopulation Geflüchteter) und einer geschätzten Prävalenz des Substanzkonsums in der Zielgruppe von 25 % ausgegangen. Die Prävalenzschätzung beruht auf der bisherigen Forschung zum Substanzkonsum unter Geflüchteten. In die Kalkulation der Stichprobe fließt weiterhin ein, dass über vier Gruppen (nach

² Siehe "The STEPS Sample Size Calculator" der WHO: <http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/resources/sampling/en/>

Geschlecht und zwei Altersgruppen) repräsentative Aussagen getroffen werden sollen. Auf den genannten Grundlagen ergibt sich eine Stichprobengröße von $N=1.153$ Personen, die für eine repräsentative Erhebung eingeschlossen werden müssen.

Zur konkreten Stichprobenkalkulation für die Befragung von Geflüchteten wurde das Ausländerzentralregister mit den Daten zur „Anzahl registrierter Flüchtlinge in Deutschland nach Bundesländern“ zum Stichtag 30. Juni 2019 herangezogen. Auf dieser Basis wurde zunächst die proportionale Verteilung von Geflüchteten in den vier Bundesländern berechnet, um den jeweiligen Anteil der 1.153 Personen pro Bundesland zu ermitteln. In einem weiteren Schritt wurden die alle Altersgruppen umfassenden 71.088 Asylerstanträge im Jahr 2019 [29] verwendet, um die Verteilung nach den beiden Altersgruppen und nach Geschlecht zu berechnen. Auf dieser Grundlage wurde bei den männlichen Geflüchteten ein Anteil von jeweils 30 % in der Altersgruppe von 18-29 Jahren sowie in der Gruppe von 30 Jahren und älter ermittelt. Bei den weiblichen Geflüchteten lag der Anteil bei 17 % in der jüngeren und bei 23 % in der älteren Altersgruppe.

Tabelle 2 zeigt die Verteilung der geplanten und erreichten Stichprobe nach Geschlecht und den beiden Altersgruppen. Von den 1.153 Personen der Stichprobenkalkulation wurden nach der Datenbereinigung insgesamt 1.116 Geflüchtete erreicht. Damit liegt die Erreichungsquote gültiger Fälle bei 96,8 %. Aus der Tabelle geht hervor, dass in den Bundesländern Sachsen, Niedersachsen und Bayern überrekrutiert wurde. Dahingegen konnten in Nordrhein-Westfalen nur knapp 60 % der zu befragenden Geflüchteten in die Studie einbezogen werden. Wird die Verteilung nach Geschlecht und Altersgruppe betrachtet, ist erkennbar, dass sich eine Stratifizierung nach Geschlecht und den beiden Altersgruppen bei der Erhebung nicht umsetzen ließ. Mit einem durchschnittlichen Anteil von 23% in der Gruppe der 18-30-Jährigen wurden deutlich weniger junge männliche Geflüchtete erreicht als geplant (30 %). Zudem haben mit einem durchschnittlichen Anteil von 28 % mehr Frauen aus der Altersgruppe 30 Jahre und mehr teilgenommen als vorgesehen (23 %). Auch wenn die Verteilung Geschlecht und Altersgruppe in den Bundesländern sehr unterschiedlich ist, wurden mit der Studie insgesamt eher die älteren Geflüchteten erreicht.

Tabelle 2. Vergleich der Stichprobenkalkulation und der erreichte gültige Stichprobe

	Sachsen		Niedersachsen		NRW		Bayern		Gesamt	
	ge-plant	er-reicht	ge-plant	er-reicht	ge-plant	er-reicht	ge-plant	erreich	ge-plant	er-reicht
Männer von 18-29 Jahren	20	26 (29%)	73	60 (20%)	177	98 (26%)	76	83 (22%)	364	258 (23%)
Männer über 30 Jahre	19	33 (37%)	73	69 (33%)	177	122 (35%)	76	119 (31%)	364	373 (33 %)
Frauen von 18-29 Jahre	11	9 (10%)	42	49 (16%)	100	40 (12%)	43	80 (21%)	196	178 (16%)
Frauen über 30 Jahre	15	21 (24%)	56	92 (31%)	136	94 (27%)	59	100 (26%)	265	307 (28%)
GESAMT	65	89	244	300	590	345	254	382	1.153	1.116

Wie bereits in Kapitel 3.2 beschrieben, konnte keine echte Zufallsstichprobe realisiert werden. Um eine Repräsentativität der Stichprobe dennoch abzuschätzen, wurden alle aufgesuchten 54 Unterkünfte gebeten, bezogen auf den Befragungszeitpunkt Belegungslisten für die volljährigen Geflüchteten nach Nationalität und Geschlecht zur Verfügung zu stellen. Anhand der Belegungslisten wurde dann die Anzahl an Personen aus der Zielgruppe der Befragung ermittelt (vgl. Tab. 3).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass – mit Ausnahme von NRW – in den anderen Bundesländern etwa ein Fünftel der männlichen Geflüchteten aus den Zielgruppen erreicht wurde. Demgegenüber war die Erreichungsquote der weiblichen Geflüchteten außer in Sachsen sehr hoch und es konnten zwischen 38 % – 44 % der Zielgruppen in die Befragung einbezogen werden.

Tabelle 3. Erreichungsquote der Zielgruppen

	Erreichungsquote (%)	
	Männer	Frauen
Sachsen – 8 Unterkünfte (n=98)	22,4%	24,6%
Niedersachsen – 12 Unterkünfte (n=300)	19,6%	42,8%
NRW – 21 Unterkünfte (n=345)	35,5%	44,6%
Bayern – 13 Einrichtungen (n328)=	21,4%%	38,0%
Gesamt (N=1.116)	24,7%	37,5%

Abschließend lässt sich festhalten, dass sich eine Repräsentativität der Stichprobe in dieser Studie nicht zweifelsfrei überprüfen lässt, da keine verlässlichen Daten zur bundesweiten Grundgesamtheit an volljährigen Geflüchteten aus den Zielgruppen existieren und eine Zufallsauswahl nicht möglich war. Auch

wenn verschiedene Berechnungen wie die WHO Kalkulationen, das Ausländerzentralregister, die Personen mit einem Asylerstantrag und die Erreichungsquote in den Unterkünften als Referenz herangezogen wurden, ist nur eine Annäherung an die Frage der Repräsentativität möglich. Aufgrund der Stichprobengröße von 1.116 befragten Geflüchteten können jedoch belastbare Aussagen zu den Lebenslagen und dem Substanzkonsum getroffen werden.

5.2 Beschreibung der befragten Geflüchteten

Die in die Analyse einbezogenen volljährigen Geflüchteten werden bezüglich der Merkmale Geschlecht, Alter, gewählte Sprache der Befragung, Herkunftsländer, Familienangehörige und Dauer des Aufenthaltes in Deutschland beschrieben.

Von den 1.116 befragten Geflüchteten waren 631 Teilnehmende männlich (56,5 %) und 485 weiblich (43,5 %) weiblich. Die geflüchteten Männer waren im Mittel 33,9 Jahre alt und die Frauen im Mittel 34,4 Jahre alt. Die Altersspanne reichte bei den Männern bis 75 Jahre und bei den Frauen bis 72 Jahre (vgl. Abb.2). Deutlich wird, dass die Mehrheit der Befragten zwischen 30 und 50 Jahren Jahre alt waren (52,8 %).

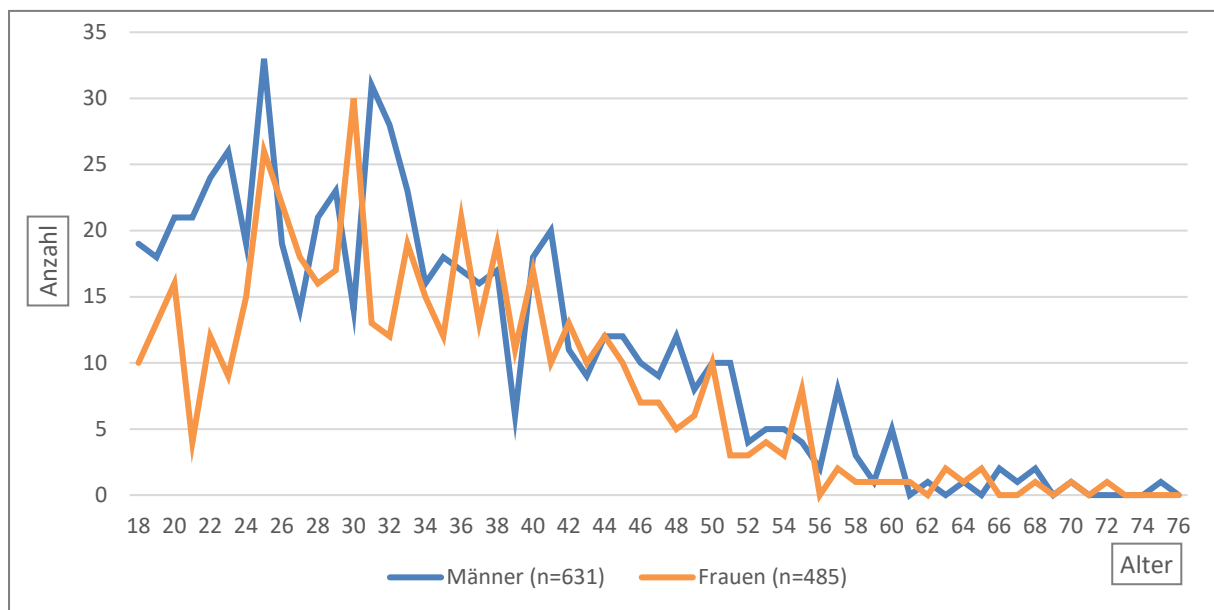


Abbildung 2. Alter der befragten Geflüchteten nach Geschlecht

Im Hinblick auf die beiden Alterskategorien der Studie dominieren diejenigen, die mindestens 30 Jahre alt waren (vgl. Abb. 3). Jüngere Geflüchtete im Alter von 18 bis 29 Jahren wurden eher unter den männlichen Befragten erreicht (40,9 %), wohingegen eine deutliche Mehrheit der befragten Frauen 30 Jahre und älter war. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen und dem Geschlecht sind statistisch nicht signifikant ($\chi^2=2,02$; $p=0,173$).

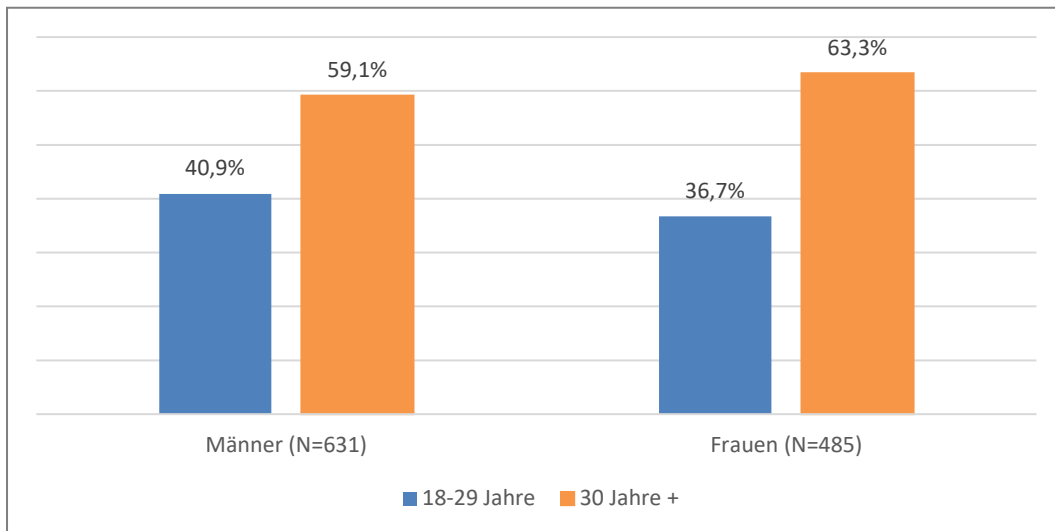


Abbildung 3. Befragte nach Geschlecht und Alterskategorien

Der Fragebogen wurde primär in arabischer Sprache (46,5 %) ausgefüllt. An zweiter Stelle folgte eine Beantwortung in Englisch (18,9 %), gefolgt von Deutsch (13,6 %), Farsi (12,5 %), Französisch (6,3 %) und Tigrinya (2,4 %).

Die befragten Geflüchteten stammen aus insgesamt 51 verschiedenen Ländern, wobei Syrien (21,8 %), Irak (18,7 %), Afghanistan (8,1 %) und Nigeria (7,3 %) die vier häufigsten Herkunftsländer waren. Angesichts der enormen Vielzahl an Herkunftsländern wurden diese - mit Ausnahmen von Syrien und Afghanistan - nach geographischen und teils zudem nach der verbreiteten Religion in diesen Ländern zusammengefasst.

- Arabische Länder: Iran, Irak, Libanon und Palästina
- Nordafrika: Libyen, Ägypten, Tunesien, Marokko und Algerien
- Christlich/islamisches Westafrika: Benin, Elfenbeinküste, Liberia, Togo, Biafra, Nigeria und Ghana
- Islamisches Westafrika: Mali, Niger, Senegal, Sierra Leone, Guinea und Gambia
- Christliches Ostafrika: Kenia, Tansania, Uganda, Burundi, Mosambik, Ruanda und Simbabwe
- Islamisches Ostafrika: Sudan, Somalia und Dschibuti
- Mittelfrika: Kamerun und Kongo
- Karibik: Kuba, Haiti, Kolumbien und Venezuela
- Südostasien: Indien, Pakistan, Bangladesch, Sri Lanka und Mongolei
- Schwarzmeerregion: Armenien, Aserbaidschan und Türkei; Geflüchtete aus diesen Ländern konnten an der Befragung teilnehmen, wenn sie als Kurden oder Jesiden verfolgt wurden.

Nach dieser Zusammenfassung zeigt sich, dass die arabischen Länder und Syrien insgesamt 49% aller Herkunftsländer ausmachen (vgl. Abb.4). Zu drei weiteren häufigsten Herkunftsländern gehören Afghanistan, Eritrea und Äthiopien sowie westafrikanische Länder, die entweder überwiegend christlich oder aber sowohl christlich als auch islamisch geprägt sind.

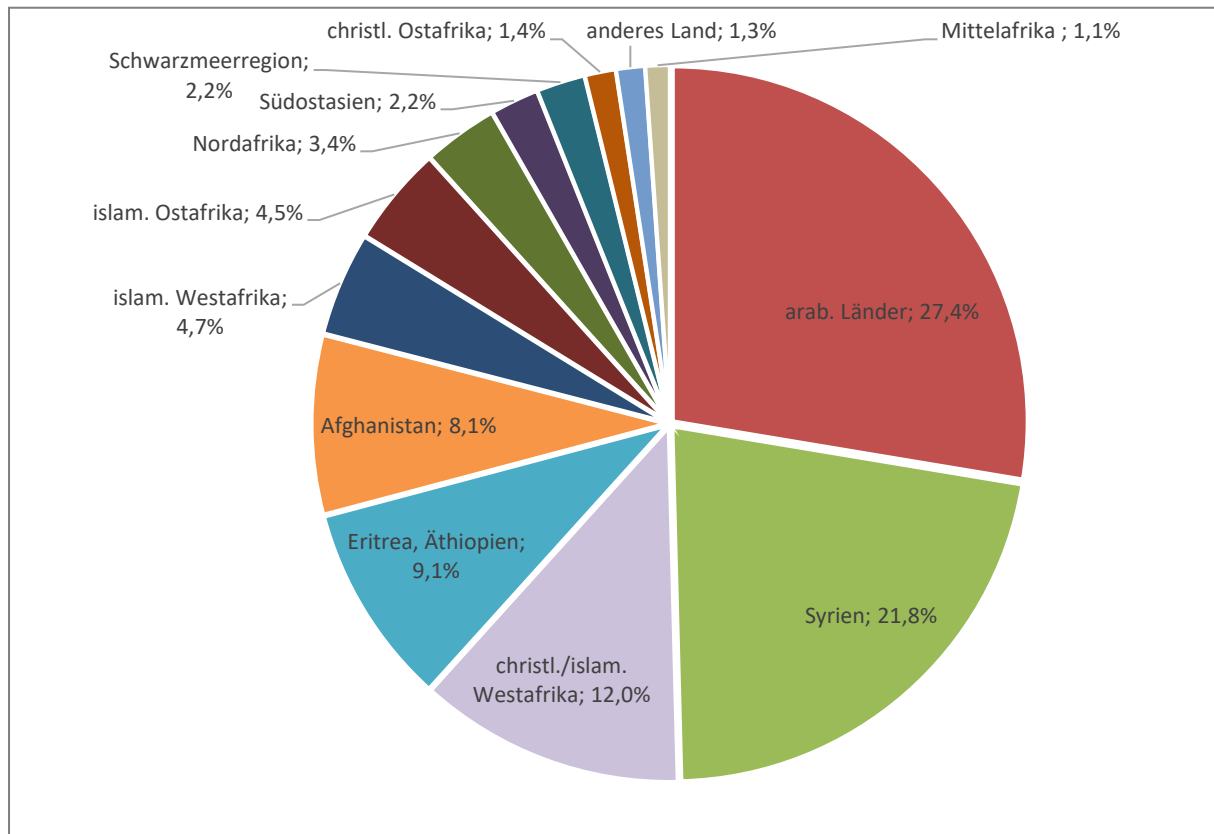


Abbildung 4. Herkunftsländer der Befragten

Alle Geflüchteten wurden gefragt, mit wem Sie in Deutschland zusammenleben. Aus der Auswertung geht hervor, dass die Befragten entweder mit der Familie zusammenleben oder aber alleine nach Deutschland gekommen sind und auch alleine hier leben (vgl. Tab. 4). Das Zusammenleben mit der Familie umfasst entweder nur ein Ehepaar, ein Ehepaar mit Kindern sowie weitere Familienangehörige wie Mutter, Vater und Geschwister. Während mehr als die Hälfte der Frauen in einem Familienzusammenhang lebt, ist etwas mehr als die Hälfte der Männer alleine in Deutschland. Ein Teil der Geflüchteten – vor allem der weiblichen Geflüchteten – ist alleinerziehend und lebt alleine zusammen mit ihren Kindern. Aleinerziehende kamen zumeist aus Nigeria, Irak, Syrien, Äthiopien und Ghana. Des Weiteren gibt es einen kleinen Teil der Geflüchteten, die nur mit Geschwistern zusammenlebt. Die Art des Zusammenlebens in Deutschland ist für die befragten Männer und Frauen statistisch hoch signifikant unterschiedlich.

Tabelle 4. Zusammenleben in Deutschland im familiären Kontext

	Männer (N=631)		Frauen (N=485)		Chi-Quadrat Test	
	N	%	N	%	χ^2	p
Mit Familie (Ehepartner, Kinder, weitere Familienangehörige)	295	41,0	277	57,1	165,64	<0,001
Alleine mit Kindern	29	4,6	109	22,5		
Nur mit Geschwistern	19	3,0	7	1,4		
Alleine in Deutschland	324	51,3	92	19,0		

Insgesamt 479 (44,5 %) der Befragten hatten mindestens ein Kind, darunter waren mit 62,2 % signifikant mehr Frauen als Männer ($\chi^2=127,71$; $p<0,001$). Ein Großteil von knapp 84 % hatte nicht mehr als zwei Kinder und der verbleibende Rest hatte 3-5 Kinder.

Die Geflüchteten waren zwischen einem Monat bis hin zu 20 Jahren in Deutschland. Eine Aufenthaltsdauer von 20 Jahren hat nur eine Person angegeben, die zuvor bereits mehrere Jahre in Deutschland gelebt hat, in die Heimat zurückgekehrt war und erneut nach Deutschland migrierte. Im Mittel waren die männlichen Geflüchteten seit 3,72 Jahren und die weiblichen Geflüchteten seit 3,17 Jahren in Deutschland. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Deutschland ist geschlechtsspezifisch signifikant unterschiedlich (T-Test: $t=4,24$; $p<0,001$).

Insgesamt waren 60 % der Befragten maximal seit 4 Jahren in Deutschland und bei einer maximalen Aufenthaltsdauer von 6 Jahren waren es sogar 93 % der Befragten. Die Aufenthaltsdauer getrennt nach Jahren und Geschlecht (vgl. Abb. 5) verdeutlicht, dass die befragten Männer deutlich früher nach Deutschland migriert sind als die befragten Frauen. So war knapp die Hälfte der Männer bereits seit fünf Jahren und länger in Deutschland, wohingegen die Aufenthaltsdauer bei über der Hälfte der Frauen maximal drei Jahre betrug.

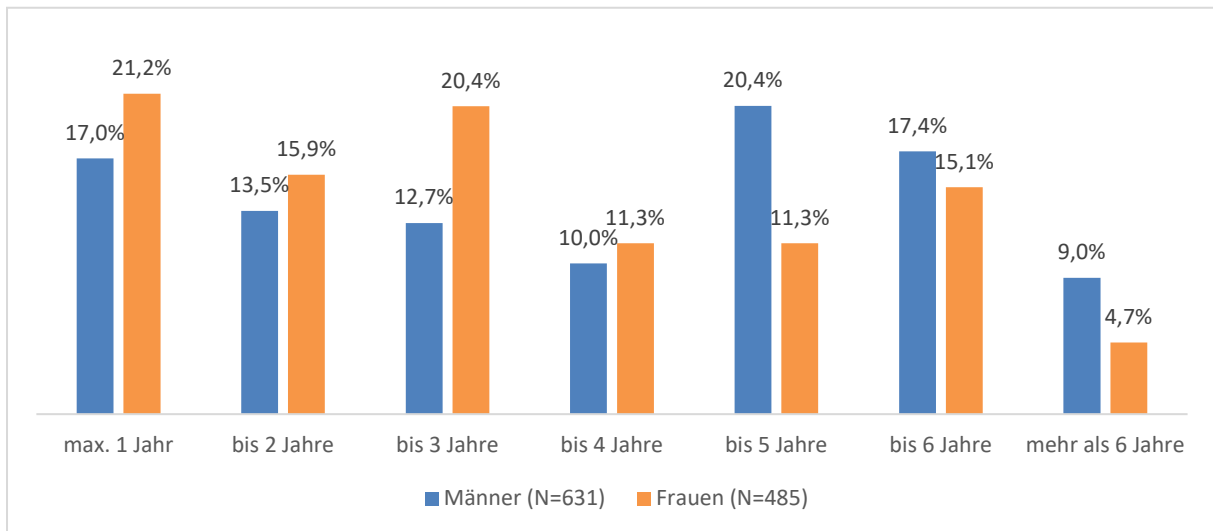


Abbildung 5. Aufenthaltsdauer nach Geschlecht

5.3 Fluchtgeschichte: Gründe, Dauer und belastende Erlebnisse

Die Gründe für die Flucht nach Deutschland waren sehr vielfältig. Unter den Gründen dominieren Kriegserlebnisse und mangelnde Sicherheit, was von mehr als die Hälfte der befragten Männer und Frauen genannt wurde (vgl. Abb. 6). Die Flucht vor politischer Verfolgung ist für männliche Geflüchtete der zweithäufigste Grund für die Flucht (32 %), wohingegen weibliche Geflüchtete am Zweithäufigsten den Wunsch nach einer besseren Zukunft für Ihre Kinder nannten (26 %). Diese beiden Fluchtgründe sind im Gendervergleich statistisch signifikant. Etwa ein Fünftel der Befragten flüchtete aufgrund von schlechten Lebensbedingungen im Heimatland wie dem Mangel an Arbeit. Etwas mehr als Viertel der Männer und knapp ein Fünftel der Frauen floh vor Terrororganisationen.

Aus der Analyse der Fluchtgründe gehen weitere geschlechtsspezifische Besonderheiten hervor. So berichteten signifikant mehr Frauen als Männer wegen der schlechten wirtschaftlichen Situation in der Heimat geflüchtet zu sein oder um zu Familienangehörigen zu ziehen. Männer waren signifikant häufiger als Frauen aus Angst vor einer Zwangsrekrutierung als Soldat geflüchtet. Zudem wurden unter anderen Fluchtgründen unterschiedliche Motive von Männern und Frauen benannt. Von Frauen wurden hier vor allem eine drohende Zwangsheirat und/oder Beschneidung, Probleme mit dem Ehemann und familiäre Probleme angegeben. Die männlichen Geflüchteten nannten insbesondere religiöse Konflikte innerhalb der Familie, die beispielsweise daraus resultierten, dass Mütter und Söhne Christen sind und muslimische Väter ihre Söhne gezwungen hatten, den muslimischen Glauben anzunehmen.

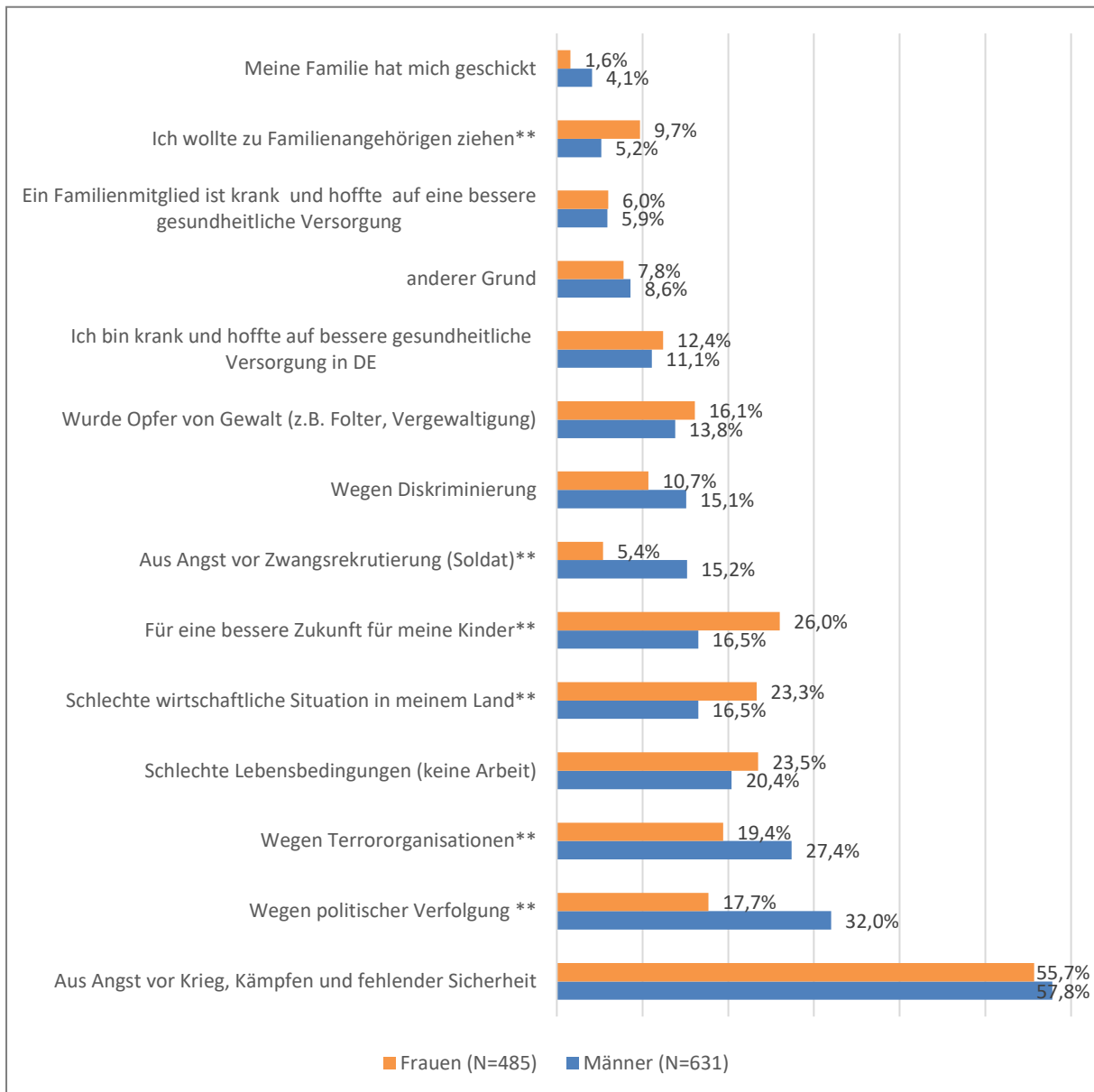


Abbildung 6. Gründe für die Flucht – Mehrfachnennungen

** (Chi-Test, $p < 0,005$)

Um die unterschiedlichen Fluchtgründe zusammenzufassen, wurden sie den drei Kategorien politische, wirtschaftliche und private Gründe zugeordnet. Mehrheitlich, das heißt zu über 80 %, waren die befragten Männer und Frauen aus politischen Gründen nach Europa und dann nach Deutschland geflüchtet (vgl. Tab. 5). Wirtschaftliche Fluchtgründe weisen signifikant mehr geflüchtete Frauen als geflüchtete Männer auf. Mehr Frauen als Männer nannten auch private Fluchtgründe, wobei diese eine vergleichsweise geringe Rolle dabei einnahmen, weshalb das Heimatland verlassen wurde.

Tabelle 5. Zusammengefasste Fluchtgründe nach Geschlecht

	Männer (N=631)	Frauen (N=485)	Gesamt	χ^2	p
Politische Gründe (%)	88,3	82,3	85,7	8,05	0,006
Wirtschaftliche Gründe (%)	38,4	47,6	42,2	9,967	0,002
Private Gründe (%)	7,6	10,9	9,1	3,67	0,059

Chi-Quadrat-Test

Fluchtdauer

Insgesamt waren 637 Befragte (57 %) innerhalb eines Tages per Flugzeug oder in maximal 12 Monaten nach Deutschland geflüchtet. Diese Art der direkten Flucht weisen 58 % der männlichen Befragten und 56 % der weiblichen Befragten auf. Die restlichen 479 Befragten (42 % Männer und 44 % Frauen) waren indirekt nach Deutschland geflüchtet, indem sie zuvor Transitländer mit einem jeweiligen Mindestaufenthalt von 3 Monaten passiert haben. Die Dauer der Flucht unterscheidet sich nach Art der Flucht. Eine direkte Flucht erfolgte im Mittel im Zeitraum von 1 bis 2 Monaten, wobei die Fluchtdauer der Frauen im Vergleich zu den Männern etwas geringer war (Tabelle 6). Eine Flucht über Transitländer dauerte von 3 Monaten bis zu 30 Jahren, wobei eine Fluchtdauer von mehr als 8 Jahren durch eine Arbeitsmigration (z.B. in den Vereinigten Arabischen Emiraten) oder einer jahrelangen Migration in ein Nachbarland (z.B. Türkei) begründet war. Im Mittel dauerte die Flucht über Transitländer etwa 40 Monate, wobei Frauen eine um etwa 4 Monate kürzere Fluchtdauer als Männer aufweisen.

Tabelle 6. Fluchtdauer– Mittelwerte und Standardabweichung (SD)

	Männer (N=631)	Frauen (N=485)	Gesamt	T	p
Fluchtdauer bei direkter Flucht (in Monaten)	1,9 (SD 2,57)	1,7 (SD 2,29)	1,8 (SD 2,62)	1,10	0,270
Fluchtdauer bei Flucht über Transitländer (in Monaten)	42,3 (SD 55,19)	37,8 (SD 39,17)	40,3 (SD 48,69)	1,04	0,033

Die Anzahl der passierten Transitländer auf dem Weg nach Deutschland reicht von einem Land bis zu 7 Ländern. Die 214 Frauen mit einer indirekten Flucht haben vorwiegend nur ein Transitland (77,5 %) oder zwei Transitländer (22,8 %) durchquert. Bei den 256 Männern mit einer indirekten Flucht hat lediglich etwas mehr als die Hälfte nur ein Transitland (52,6 %) passiert, einen Aufenthalt in 2 Transitländern hatten mehr als ein Drittel (34,2 %) und alle anderen Männer waren in mehr als 3 Transitländern vor ihrer Einreise nach Deutschland. Die Unterschiede in der Anzahl an Transitländern bei Männern und Frauen sind statistisch signifikant ($\chi^2=20,17$; $p=0,003$). Die vier häufigsten Transitländer, in denen die Befragten 3 Monate gelebt haben, waren Libyen, gefolgt von der Türkei, Italien und Griechenland.

Fluchterlebnisse

Während der Flucht erlebten mehr als die Hälfte der Befragten belastende oder traumatische Ereignisse (n=608; 54,6 %). Signifikant mehr Männer als Frauen berichteten von belastenden Erlebnissen auf der Flucht ($\chi^2=19,30$; $p<0,001$). Bei den Männern bestanden die häufigsten diese Erfahrungen in Schlägen und Misshandlungen, die knapp ein Drittel erlebte (vgl. Abb. 7). Auch Frauen hatten am häufigsten Schläge und Misshandlungen erlebt, jedoch waren Frauen signifikant seltener davon betroffen als Männer. Die befragten Männer waren auf der Flucht zudem oftmals Zeugen bei dem Tod eines Fremden und/oder wurden ausgeraubt. Frauen berichteten signifikant häufiger als Männer, während der Flucht vergewaltigt worden zu sein. Etwa 10 % der Befragten erlitten einen Schiffbruch auf der Flucht und verloren dabei zum Teil auch ihre Familienangehörigen.

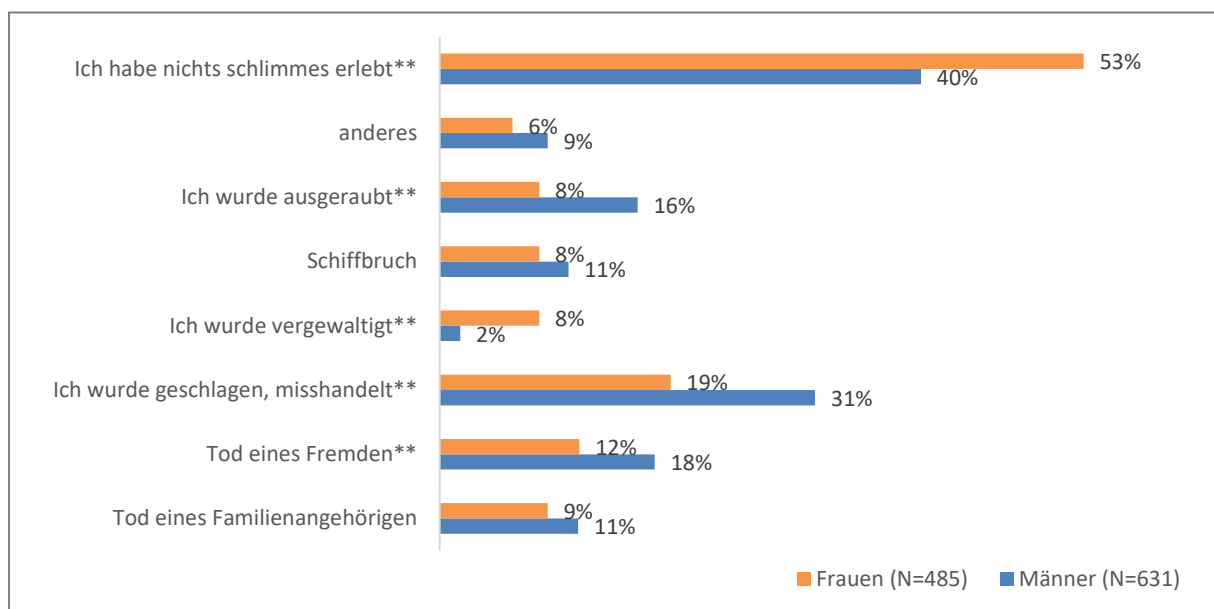


Abbildung 7. Erlebnisse während der Flucht - Mehrfachnennungen

** (Chi-Test, $p < 0,005$)

In einer offenen Antwortkategorie konnten die Befragten auch andere Fluchterlebnisse schildern, wovon 59 Personen Gebrauch machten. Besonders häufig wurde berichtet, die Flucht als traumatisch oder als psychischen Stress erlebt zu haben. Hierzu zählen auch Inhaftierungen in Libyen oder eine körperliche Erkrankung. 13 Befragte gaben an, während der Flucht unter Hunger und Durst gelitten zu haben.

5.4 Soziale Lebensumstände

Im Zusammenhang mit den sozialen Lebensumständen wurde die schulische Bildung, die aktuelle Wohnsituation, der Asylstatus, die Arbeitssituation in Deutschland und die deutsche Sprachkompetenz erfasst. Die Schulbildung bezieht sich auf diejenige, die im Herkunftsland absolviert wurde. Um die schulische Bildung zwischen den 51 Herkunftsländern in dieser Studie vergleichen zu können, wurden die zwei Kategorisierungen vorgenommen:

- Auf Grundlage der Schuljahre wurde eine Einteilung in Schulformen genommen, die dem deutschen Schulsystem entspricht.
- Die Herkunftsländer wurden zu weiteren Gruppen kategorisiert. Diese Herkunftskategorien werden auch für weitere Analysen verwendet.

Kategorisierung der Herkunftsländer für weitere Analysen

Gruppen von Herkunftsländern

Mittlerer Osten: Syrien, Iran, Irak, Libanon und Palästina

Islamisches Afrika: Mali, Niger, Senegal, Sierra Leone, Guinea, Gambia, Sudan, Somalia und Dschibuti, Libyen, Ägypten, Tunesien, Marokko, Algerien

Christliches Afrika: Benin, Elfenbeinküste, Liberia, Togo, Biafra, Nigeria, Ghana, Kamerun, Kongo, Kenia, Tansania, Uganda, Burundi, Mosambik, Ruanda, Simbabwe, Eritrea, Äthiopien

Karibik und Schwarzmeer: Kuba, Haiti, Kolumbien, Venezuela, Armenien, Aserbaidshan, Türkei

Südostasien: Indien, Pakistan, Bangladesch, Sri Lanka und Mongolei

Afghanistan: dieses Land wurde aufgrund seiner spezifischen Situation nicht weiter zugeordnet

Im Mittel sind die befragten Männer 6,8 Jahre und die befragten Frauen 5,8 Jahre in ihrer Heimat zur Schule gegangen (vgl. Tab. 7). Die Schulbildung der geflüchteten Frauen ist signifikant schlechter als die der geflüchteten Männer. Das zeigt sich auch bei der Art der Schulbildung. Erheblich mehr Frauen als Männer waren entweder nie in der Schule oder haben die Grundschule nicht abgeschlossen. Bei der höheren Bildung wie dem Abitur oder dem Besuch einer Hochschule gleichen sich die befragten Männer und Frauen wieder an.

Tabelle 7. Schulbildung im Heimatland nach Geschlecht

	Männer (N=631)	Frauen (N=485)	Gesamt	T/ χ^2	p
Schuljahre – im Mittel*	6,8 (SD 4,64)	5,8 (SD 4,83)	6,37 (SD 4,74)	3,31	0,001
Schulbildung – in %**				14,12	0,007
Keine formale Schule	21,6	31,3	25,8		
Grundschule nicht beendet	14,7	12,8	13,9		
Grundschule beendet	19,7	18,1	19,0		
Mittelstufe	15,7	14,2	15,1		
Abitur	28,4	23,5	26,3		
Hochschule**	16,5	12,4	14,7	3,69	0,061

*T-Test; ** Chi-Test

Die Schulbildung ist in den jeweiligen Herkunftsländern sehr unterschiedlich. Mit einer Abiturquote von 68 % weisen Geflüchteten aus dem Iran die beste Schulbildung auf. Eine vergleichsweise gute Schulbildung zeigen in dieser Studie auch Geflüchtete aus Ägypten, Libyen, Kongo, Gambia und Palästina. Demgegenüber haben Geflüchtete aus dem Irak eine vergleichsweise schlechte Schulbildung, denn über die Hälfte war entweder nicht in der Schule oder hat die Grundschule nicht abgeschlossen. Die schlechteste Schulbildung liegt bei Geflüchteten aus Somalia vor, die zu knapp 67 % keine oder keine abgeschlossene Schulbildung haben. Im Vergleich der Gruppen von Herkunftsländern wird deutlich, dass Geflüchtete aus Südostasien eine sehr gute Schulbildung in ihrer Heimat erfahren haben (vgl. Abb. 8.).

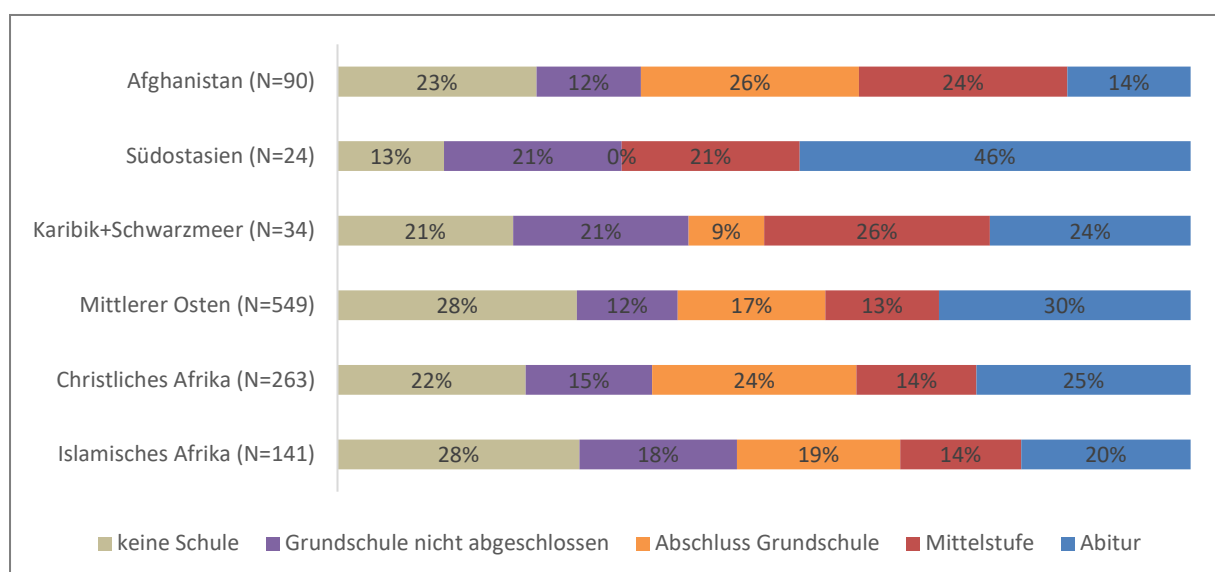


Abbildung 8. Schulbildung nach Gruppen von Herkunftsländern*

* Zur Gruppenbildung siehe „Kategorisierung nach Herkunftsländern

Alle Befragungen wurden in Gemeinschaftsunterkünften durchgeführt und die aktuelle Wohnsituation bezieht sich daher auf die Unterbringung in diesen Unterkünften. Zunächst wurde die allgemeine Zufriedenheit mit der Unterbringung erfragt. Wie aus Abbildung 9 hervorgeht, dominieren die Einschätzungen „zufrieden“ oder „mittel“, die 60 % alle Nennungen ausmachen. Mehr als ein Viertel äußerte jedoch, mit der gegenwärtigen Unterbringung unzufrieden oder sehr unzufrieden zu sein.

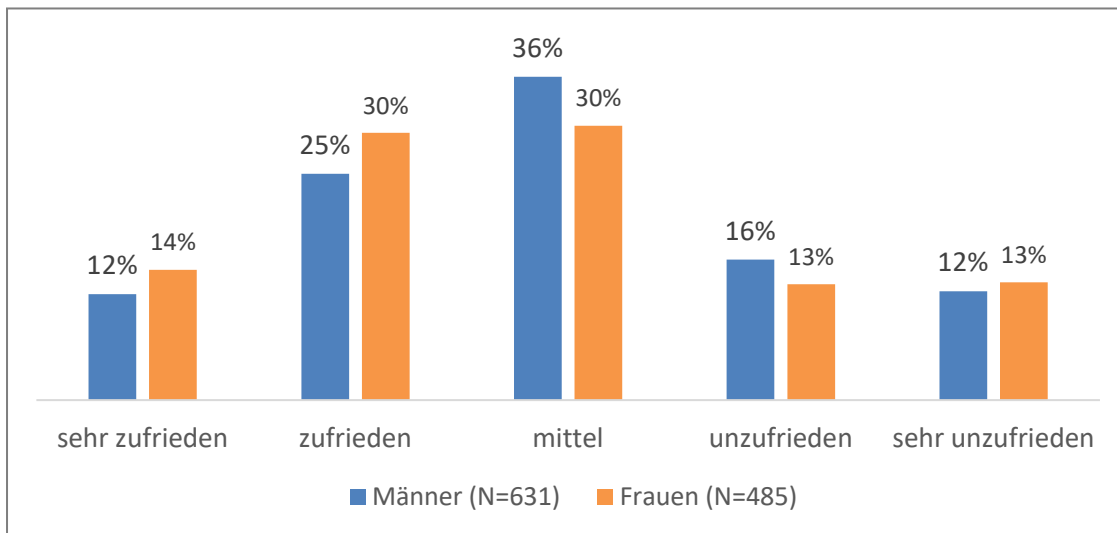


Abbildung 9. Zufriedenheit mit der aktuellen Unterbringung

Auf die Frage nach möglichen Stressfaktoren bei der Wohnsituation gaben lediglich 30 % aller Befragten an, dass sie „nichts“ stört. Bemängelt wurde am häufigsten, dass die Räume für die Familie zu klein sind (32 %). Des Weiteren empfanden es viele Befragte als zu laut in der Unterkunft (28 %) und dass zu viele Menschen in einer Einrichtung untergebracht sind (25 %). Insbesondere in den großen Gemeinschaftsunterkünften fehlte es den Befragten an einem ruhigen Rückzugsort (22 %). Weitere genannte Einschränkungen bestanden darin, dass nicht ausreichend Badezimmer vorhanden sind und es insgesamt zu unsauber in der Unterkunft ist (je 17 %).

Die soziale Lebenslage in Deutschland ist nicht nur durch die Wohnsituation, sondern insbesondere auch durch den Asylstatus und die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland unter diesen Bedingungen geprägt. Der Asylstatus nach Geschlecht zeigt, dass mehr Frauen als Männer bereits eine Aufenthaltserlaubnis haben (vgl. Tab. 8). Erheblich mehr Männer als Frauen sind bislang nur geduldet und sie sind zu einem größeren Anteil von einem Bescheid zur Ausreise bzw. Abschiebung betroffen. Der Asylstatus nach Aufenthaltsdauer verdeutlicht auf der einen Seite, dass mit einer zunehmenden Aufenthaltsdauer der Anteil an Geflüchteten mit einer Aufenthaltserlaubnis steigt. Auf der anderen Seite ist mit zunehmender Aufenthaltsdauer ein prozentualer Anstieg bei der Duldung zu beobachten. Weiterhin wartet mehr als ein Drittel der Geflüchteten, die sich bereits seit 2 bis 3 Jahre in Deutschland aufhalten

noch auf den Entscheid über ihren Asylantrag. Insgesamt haben signifikant mehr Männer als Frauen einen unsicheren Asylstatus. Je länger Geflüchtete in Deutschland sind, desto eher erhielten sie eine Aufenthaltserlaubnis. Zugleich gibt es eine relevante Gruppe an Geflüchteten, die auch nach mehreren Jahren noch keine Klarheit über ihr Bleiberecht haben, da sie noch immer nur geduldet sind oder die Entscheidung über ihren Asylantrag noch aussteht.

Tabelle 8. Asylstatus nach Geschlecht und Aufenthaltsdauer

	Noch kein Asylantrag gestellt (n=49)	Asylantrag nicht entschieden (n=307)	Aufenthalts-erlaubnis (befristet) (n=486)	(n=203)	Bescheid zur Aus-reise, Ab-schiebung (n=71)	X ²	p
Geschlecht - %						22,62	<0,001
Männer (N=631)	4,4	24,9	41,0	21,2	8,4		
Frauen (N=854)	4,3	30,9	46,8	14,2	3,7		
Jahre in Deutschland - %						103,85	<0,001
Max. 1 Jahr	7,1	45,7	31,9	11,4	3,8		
Bis 2 Jahre	4,3	34,6	37,0	16,7	7,4		
Bis 3 Jahre	2,8	35,2	40,8	14,5	6,7		
Bis 4 Jahre	3,4	19,5	55,9	16,1	5,1		
Bis 5 Jahre	5,4	14,7	47,3	23,9	8,7		
6 Jahre und mehr	3,0	16,0	50,6	24,0	6,5		

Die gegenwärtige Arbeitssituation sowie die Teilnahme an einem Deutschkurs sind auch von dem Asylstatus abhängig. Welche Tätigkeiten zum Zeitpunkt der Befragung von den Geflüchteten ausgeübt wurden, veranschaulicht Abbildung 10. Klar ersichtlich ist, dass sich die Tätigkeiten von den geflüchteten Männern und Frauen erheblich unterscheiden. Ein Großteil der Frauen hat einen Deutschkurs besucht (41,9 %) und/oder ist Hausfrau (35,5 %). Nur ein geringer Teil der geflüchteten Frauen gab an, in Ausbildung oder Arbeit zu sein oder aber eine Arbeit zu suchen. Ganz anders stellt sich die aktuelle Tätigkeit bei den geflüchteten Männern dar. Zwar besuchte auch etwas mehr als ein Drittel der Männer einen Deutschkurs, zugleich richteten sich ihre Tätigkeiten vor allem auf die Arbeitswelt; sei es durch eine Ausbildung, eine regelmäßige Arbeit oder die Suche nach Arbeit. Allerdings bestätigte ein Fünftel der geflüchteten Männer, gegenwärtig „nichts“ zu tun und keiner Tätigkeit nachzugehen.

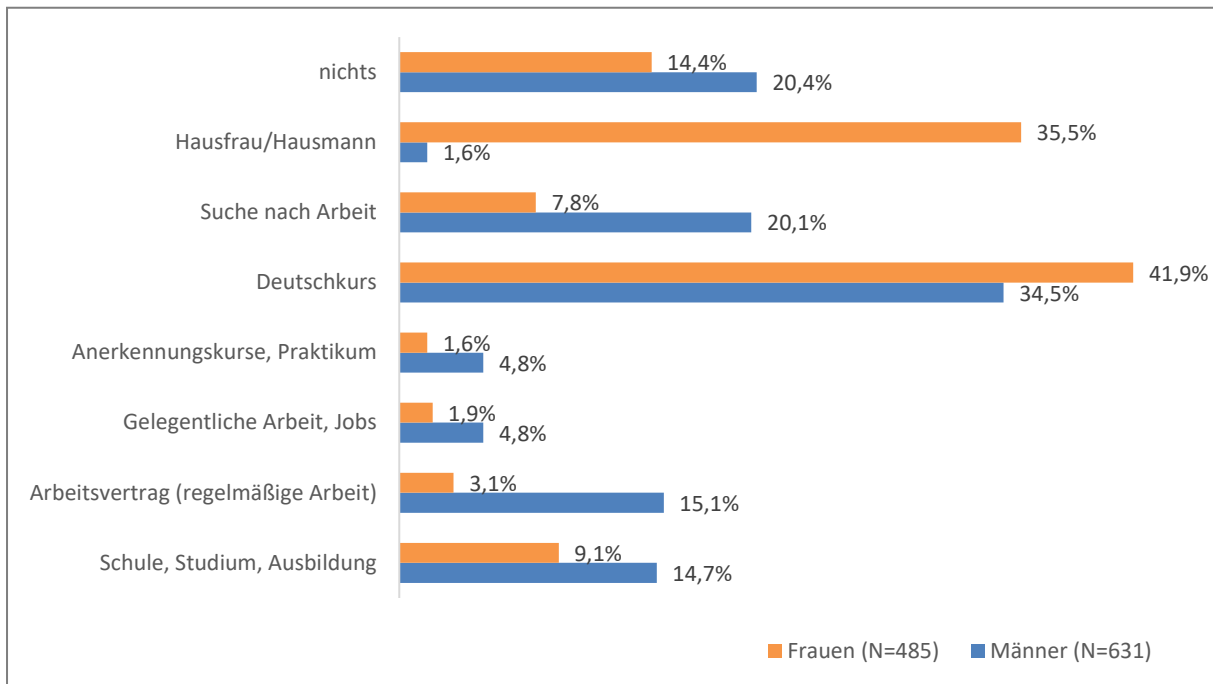


Abbildung 10. Aktuelle Tätigkeit in Deutschland nach Geschlecht - Mehrfachnennungen

Zum Abschluss der Analyse sozialer Lebensumstände wird ausgewertet, wie gut die deutsche Sprache verstanden, gesprochen und gelesen werden kann. Hierbei muss erwähnt werden, dass die Sprachkompetenz nicht in allen Fällen mit dem Besuch eines Deutschkurses korrespondiert. So berichtete ein Teil der Geflüchteten, die nicht an einem Deutschkurs teilnehmen durften, die deutsche Sprache auf anderen Wegen gelernt zu haben, wie über YouTube oder im Arbeitskontext. Zugleich gibt es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen (sehr) schlechten Deutschkenntnissen und der Nicht-Teilnahme an einem Deutschkurs (jeweils $p < 0,001$ für Verstehen, Sprechen und Lesen).

Im Folgenden wird dargelegt, wie die befragten Männer und Frauen ihre Kompetenzen der deutschen Sprache eingeschätzt haben (vgl. Abb. 11). Obwohl mehr befragte Frauen als befragte Männer an einem Deutschkurs teilgenommen haben, schätzten die Frauen ihre deutsche Sprachkompetenz in allen drei Bereichen – Verstehen, Sprechen und Lesen – signifikant schlechter ein als die Männer (jeweils $p < 0,001$). Während mehr als ein Viertel der Männer angab, sehr gut oder gut deutsch verstehen, sprechen und lesen zu können, verhält es sich bei den Frauen genau umgekehrt. So sagten mehr als ein Viertel der Frauen, eine schlechte oder sehr schlechte Sprachkompetenz in diesen Bereichen zu haben.

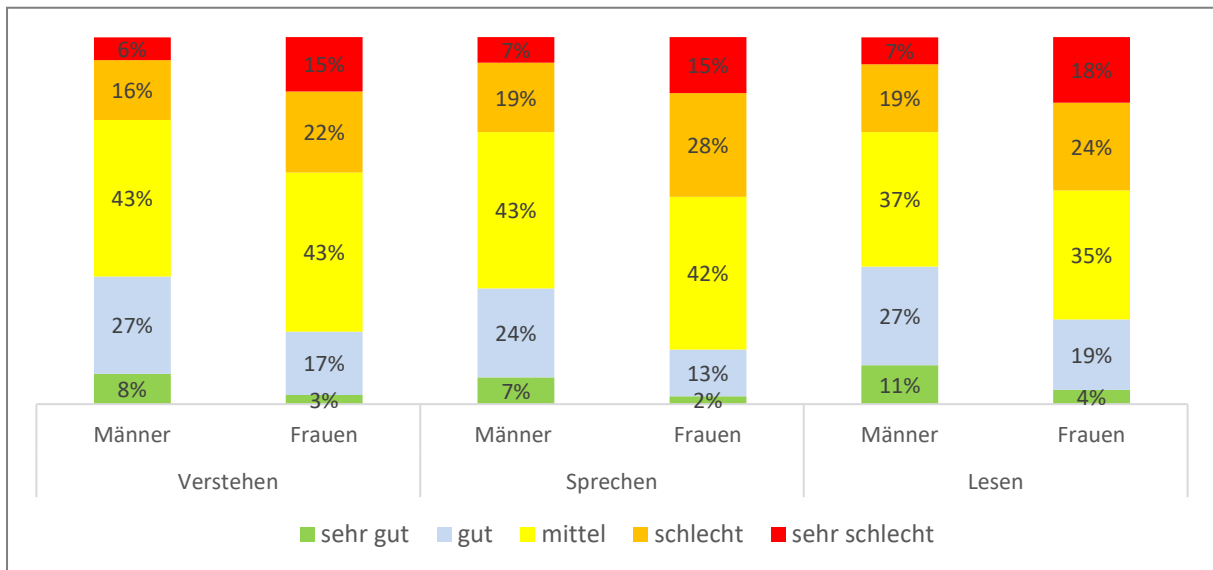


Abbildung 11. Selbsteinschätzung zur Kompetenz der deutschen Sprache – nach Geschlecht

5.5 Körperliche und psychische Gesundheit

Alle Geflüchteten wurden gefragt, wie sie ihre aktuelle körperliche und psychische Gesundheit auf einer 5-stufigen Skala von sehr gut bis sehr schlecht einschätzen. Bezogen auf den Gesundheitszustand in Deutschland bewerteten mehr als die Hälfte der Männer und Frauen ihre aktuelle körperliche und psychische Gesundheit als sehr gut oder gut (vgl. Abb. 12). Andererseits ging es etwa einem Fünftel der Befragten körperlich schlecht oder sogar sehr schlecht. Insgesamt war die körperliche Gesundheit von Frauen signifikant schlechter als die der Männer ($\chi^2=15,80$; $p=0,003$). Im Vergleich zur körperlichen Gesundheit war die psychische Gesundheit im Allgemeinen etwas schlechter. Bei der psychischen Gesundheit dominierte eine gute bis mittlere psychische Verfassung und hierbei wiesen die befragten Männer und Frauen ein fast identisches Muster auf. Ebenfalls etwa ein Fünftel der Befragten gab an, sich in einer schlechten oder sehr schlechten psychischen Verfassung zu befinden. Im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit unterschieden sich beide Geschlechter kaum voneinander ($\chi^2=4,51$; $p=0,340$).

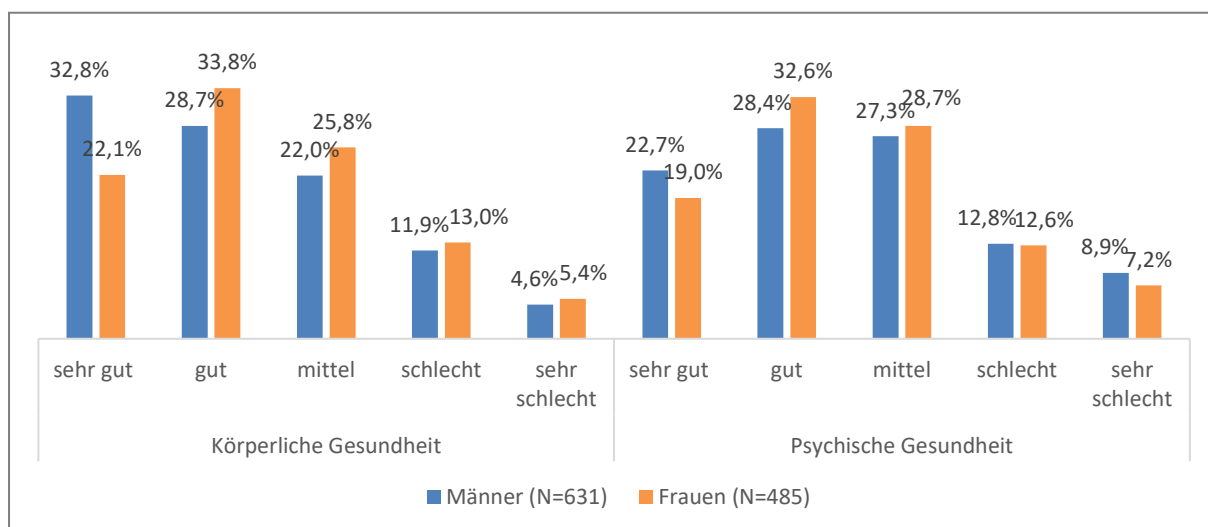


Abbildung 12. Aktueller körperlicher und psychischer Gesundheitszustand nach Geschlecht

Insgesamt bezeichneten sich 486 (43,5 %) der Befragten aktuell als gesund. Allerdings traf diese Einschätzung bei 47,5 % der Männer, jedoch nur bei 38,4% der Frauen zu. Die weiblichen Geflüchteten waren somit signifikant seltener gesund als die männlichen Geflüchteten ($\chi^2=9,42$; $p=0,002$). Bei 630 Befragten lag eine Erkrankung vor. Unter diesen Befragten waren die am häufigsten genannten körperlichen Erkrankungen Rücken- und Gelenkschmerzen (41,9 %), Kopfschmerzen und Migräne (36,7 %), Herzschmerzen und Bluthochdruck (19,4 %), Schwindel (19,0 %) und Atemprobleme oder Asthma (10,5 %). Bei Erkrankungen wie Kopfschmerzen, Herzschmerzen und Schwindel ist eine kulturspezifische Somatisierung wahrscheinlich. Insgesamt 65 der Befragten gaben (auch) weitere gesundheitliche Probleme an, unter denen eine Sehbehinderung bzw. Blindheit besonders häufig war ($n=11$). Überdies nannten 24 Befragte explizit eine psychische Erkrankung wie Depression, Schizophrenie, Angststörungen und Schlafstörungen.

In Deutschland in Behandlung

Von den 630 Befragten mit einer körperlichen Erkrankung wurde ein Großteil ($n=435$, 71,9 %) in Deutschland behandelt. Knapp Zweidrittel (62 %) wurde in einer ärztlichen Praxis und mehr als ein Drittel (38 %) im Krankenhaus behandelt. Bei dem Anteil und der Art der Behandlung gab es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Von allen Befragten waren 259 (23 %) schon einmal in Deutschland in einer Behandlung wegen psychischen Problemen (vgl. Tab. 9). 233 der Behandelten ging es psychisch schlecht oder sehr schlecht, sodass 90 % derjenigen Geflüchteten mit einer hohen psychischen Belastung auch in Deutschland eine entsprechende Behandlung erfahren haben. Im Geschlechtervergleich zeigte sich, dass signifikant mehr geflüchtete Männer als geflüchtete Frauen wegen psychischen Problemen behandelt wurden.

Tabelle 9. Behandlung psychischer Probleme in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit (N=1.116)

	In Behandlung (N=259)	Nicht in Behand- lung (N=857)	Gesamt	X ²	p
Psychische Gesundheit				83,71	<0,001
Sehr gut	11,6%	23,9%	21,1%		
Gut	16,6%	34,3%	30,2%		
Mittel	34,7%	25,8%	27,9%		
Schlecht	21,6%	10,0%	12,7%		
Sehr Schlecht	15,5%	6,0%	8,2%		

Chi-Test

Die Behandlung psychischer Probleme fand zumeist in einer Arztpraxis statt (40,5 %), gefolgt von einer spezifischen psychiatrischen, psychologischen oder neurologischen Behandlung (37,8 %). Knapp ein Drittel (31,7 %) bestätigte, (auch) in einem Krankenhaus behandelt worden zu sein, und ein kleiner Anteil von 12,7 % hatte sich an eine Beratungsstelle gewendet.

Ängstlichkeit und Depression

Um Symptome von Ängstlichkeit und Depression unter den befragten Geflüchteten zu untersuchen, wurde die Hopkins-Symptom-Checkliste-25 (HSCL-25) verwendet. Für die Auswertung wurden jeweils Mittelwerte für die Ängstlichkeit und Depression sowie für die Gesamtskala gebildet. Entsprechend betragen die Mittelwerte 1,62 (SD 0,69) für Ängstlichkeit, 1,75 (SD 0,72) für Depression und 1,71 (SD 0,68) für den Gesamtwert. Um die Mittelwerte einordnen zu können, wurden die Ergebnisse einer repräsentativen Stichprobe von 2.516 Personen aus der deutschen Allgemeinbevölkerung herangezogen [31]. In der Allgemeinbevölkerung lagen die Mittelwerte bei 1,29 (SD 0,34) für Ängstlichkeit, bei 1,30 (SD 0,42) für Depression und bei 1,29 (SD=0,37) für den Gesamtmittelwert. Im Vergleich mit der deutschen Allgemeinbevölkerung waren Geflüchtete erheblich stärker von Symptomen der Ängstlichkeit und Depression betroffen. Von den befragten Geflüchteten wiesen 375 (33,6 %) eine klinisch relevante Ängstlichkeit auf. Klinisch relevante Symptome einer Depression wurden bei 467 (41,8 %) Geflüchteten festgestellt.

Um zu ermitteln, welche Faktoren mit einer Ängstlichkeit und Depression zusammenhängen, wurden verschiedene unabhängige Variablen wie Geschlecht, Alter, Fluchterlebnisse, Migrationsstressoren, Asylstatus und Herkunftsländer getestet. Für diese Variablen wurden Mittelwertvergleiche vorgenommen. Als Migrationsstressor wurde definiert, wenn Familienangehörige wie Ehepartner, eigene Kinder, Mutter, Vater oder Geschwister noch im Heimatland bzw. nicht in Deutschland sind.

Aus der Auswertung geht hervor, dass weder das Geschlecht noch das Alter oder der Migrationsstressor einen deutlichen Einfluss auf die jeweilige Ausprägung von Ängstlichkeit und Depression haben (vgl. Tab. 10). Mit zunehmendem Alter sowie bei dem Vorhandensein eines Migrationsstressors stiegen zwar die Mittelwerte für eine Depression, dies jedoch nicht in signifikantem Maße. Ein hoch signifikanter Zusammenhang besteht zwischen belastenden Fluchterlebnissen und einer Ängstlichkeit und Depression. Stressoren während der Flucht führen zur erhöhter Ängstlichkeit und Depression.

Tabelle 10. Einflussfaktoren auf Ängstlichkeit und Depression (HSCL-25) - Mittelwerte

	Ängstlichkeit	T/F	p	Depression	T/F	p
Geschlecht		0,27	0,79		0,27	0,79
Männer (N=631)	1,61 (SD 0,69)			1,76 (SD 0,72)		
Frauen (N=485)	1,62 (SD 0,69)			1,75 (SD 0,73)		
Alter		1,17	0,24		1,70	0,09
18-29 Jahre (N=436)	1,59 (SD 0,69)			1,71 (SD 0,72)		
30 Jahre und mehr (N=680)	1,64 (SD 0,70)			1,78 (SD 0,73)		
Belastende Fluchterlebnisse		4,82	<0,001		4,44	<0,001
Nein (N=508)	1,51 (SD 0,61)			1,65 (SD 0,66)		
Ja (N=608)	1,71 (SD 0,75)			1,84 (SD 0,77)		
Migrationsstressor						
Nein (N=225)	1,60 (SD 0,75)	0,34	0,74	1,70 (SD 0,73)	1,15	0,25
Ja (N=891)	1,62 (SD 0,68)			1,77 (SD 0,72)		
Asylstatus		23,1	<0,001		33,0	<0,001
Aufenthalts-, Bleiberecht (N=486)	1,49 (SD 0,61)			1,58 (SD 0,65)		
Kein Asylantrag gestellt (N=49)	1,72 (SD 0,78)			1,77 (SD 0,79)		
Noch nicht entschiedener Asylantrag (N=307)	1,67 (SD 0,73)			1,82 (SD 0,77)		
Duldung (N=203)	1,69 (SD 0,67)			1,89 (SD 0,69)		
Abschiebebescheid (N=71)	2,04 (SD 0,83)			1,89 (SD 0,69)		
Herkunftsland		3,06	0,010		2,87	0,014
Islamisches Afrika (N=141)	1,68 (SD 0,79)			1,85 (SD 0,81)		
Christliches Afrika (N=263)	1,58 (SD 0,66)			1,69 (SD 0,64)		
Mittlerer Osten (N=549)	1,57 (SD 0,67)			1,71 (SD 0,73)		
Karibik/Schwarzmeerregion (N=34)	1,89 (SD 0,82)			1,79 (SD 0,67)		
Südostasien (N=24)	1,76 (SD 0,68)			1,97 (SD 0,82)		
Afghanistan (N=90)	1,77 (SD 0,73)			1,94 (SD 0,76)		

Auch der Asylstatus lässt einen hoch signifikanten Zusammenhang mit der Ängstlichkeit sowie der Depression erkennen. Eine einfaktorielle Varianzanalyse mit einem Post-hoc-Scheffé-Test offenbarte, dass ein gesicherter Aufenthaltsstatus mit einer geringeren Ängstlichkeit und Depression verbunden war. Im Vergleich zu einem sicheren Aufenthaltsstatus war die Ängstlichkeit erhöht, wenn noch kein Asylantrag gestellt wurde, lediglich eine Duldung oder ein Abschiebebescheid vorlag. Insbesondere eine drohende Ausweisung erhöhte die Ängstlichkeit gravierend. Im Hinblick auf die Depression liegt ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer Aufenthaltserlaubnis und einer Duldung sowie einem Abschiebebescheid vor. Der einfaktorielle Mehrfachvergleich zeigte, dass bei Symptomen von Ängstlichkeit die größte Differenz zwischen Befragten aus dem mittleren Osten und Befragten aus der Karibik/Schwarzmeerregion in der Hinsicht bestanden, dass letztere die stärkste Ausprägung bei der Ängstlichkeit aufwiesen. Im Zusammenhang mit der Depression lag die geringste Symptombelastung bei Befragten aus dem christlichen Afrika vor, wohingegen Befragte aus Südostasien die höchste Depressionssymptomatik zeigten.

5.6 Einnahme von Medikamenten

Zur Einnahme von Medikamenten wurden die folgenden fünf Medikamentengruppen abgefragt:

- Schmerzmittel wie z.B. Aspirin, Codein, Ibuprofen, Morphin, Novalgin;
- Schlaf- und Beruhigungsmittel wie Diazepam, Lorazepam, Tavor, Valium, Rohypnol;
- Aufputschmittel wie z.B. Ephedrin, Ritalin, Norephedrin;
- Antidepressiva wie etwa Fluoxetin, Citalopram, Sertralin, Amitriptylin;
- Mittel gegen Halluzinationen und Wahnvorstellungen (Antipsychotika) wie beispielsweise Haloperidol, Melperon, Clozapin, Risperidon.

In der Befragung wurde nicht zwischen den einzelnen Medikamenten differenziert, daher bei den Ergebnissen zu berücksichtigen, dass beispielsweise Aspirin und Morphin nicht vergleichbar sind.

In Bezug auf diese nicht weiter differenzierten Medikamentengruppen gaben 732 Befragte an, jemals in ihrem Leben Medikamente eingenommen zu haben. Eine Lebenszeitprävalenz für eine Medikamenteneinnahme lag bei 404 der männlichen Befragten (63,7 %) und bei 303 der weiblichen Befragten (68,0 %) vor. Die Auswertung der Medikamenteneinnahme nach unterschiedlichen Lebensstadien zeigte, dass die Hälfte der Befragten (n=562; 50,4 %) im Heimatland Medikamente nahmen (vgl. Tab. 11). In der Heimat hatten signifikant mehr Frauen als Männer Medikamente genutzt. Während der Flucht sank der Anteil an Geflüchteten mit einer Medikamenteneinnahme auf etwas mehr als ein Drittel (n=436; 39,1 %). Die insgesamt höchste Prävalenz der Medikamenteneinnahme lag in Deutschland vor, wo knapp 58 % (n=642) der befragten Männer und Frauen Medikamente einnahmen. Von denjenigen mit einer Medikamenteneinnahme haben insgesamt 305 (47,8 %) der Befragten sowohl in der

Heimat als auch auf der Flucht und in Deutschland Medikamente genommen; dieses traf signifikant häufiger auf die weiblichen als auf die männlichen Befragten zu (52 % vs. 44 %; $\chi^2=4,47$; $p=0,037$).

Tabelle 11. Lebenszeitprävalenz der Medikamenteneinnahme nach Ort und Geschlecht - Mehrfachnennungen

	Männer (N=631)	Frauen (N=485)	Gesamt (N=1.116)	χ^2	p
Medikamente im Heimatland	47,4%	54,2%	50,4%	5,14	0,025
Medikamente auf der Flucht	36,6%	42,3%	39,1%	3,69	0,055
Medikamente in Deutschland	55,0%	60,8%	57,5%	3,82	0,058

Chi-Test

Werden die einzelnen Medikamentengruppen näher betrachtet, so dominierte die Einnahme von Schmerzmitteln in der Heimat, auf der Flucht und in Deutschland (vgl. Tab. 12). An allen drei Orten hatten signifikant mehr befragte Frauen als befragte Männer Schmerzmittel eingenommen. Schlaf- und Beruhigungsmittel waren die Medikamente, die am zweithäufigsten sowohl in der Heimat, auf der Flucht als auch in Deutschland eingenommen wurden. Antidepressiva hatten etwa 11 % in der Heimat und 13 % in Deutschland genommen. Auf der Flucht haben noch etwa 8 % Antidepressiva eingenommen. Aufputschmittel sowie Antipsychotika waren insgesamt deutlich weniger prävalent als alle anderen Medikamente. Auffallend ist, dass auf der Flucht die Medikamenteneinnahme für alle Medikamentengruppen deutlich geringer war als im Heimatland oder später in Deutschland. Weiterhin zeigt die Analyse, dass im Vergleich zum Heimatland ein Anstieg der Einnahme von Schmerzmitteln, Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie von Antidepressiva in Deutschland zu beobachten war.

Tabelle 12. Medikamenteneinnahme nach Ort, Art und Geschlecht (Lifetime) - Mehrfachnennungen

	Männer (N=631)	Frauen (N=485)	Gesamt (N=1.1.16)	χ^2	p
Im Heimatland (%)					
Schmerzmittel	42,5	51,1	46,2	8,28	0,004
Schlaf- und Beruhigungsmittel	13,5	13,6	13,5	0,00	1,00
Aufputschmittel	7,3	5,2	6,4	2,19	0,174
Antidepressiva	11,1	10,7	10,9	0,04	0,932
Antipsychotika	6,2	4,9	5,6	0,78	0,433
Auf der Flucht (%)					
Schmerzmittel	32,6	38,8	35,3	4,49	0,037
Schlaf- und Beruhigungsmittel	10,8	12,0	11,3	0,38	0,567
Aufputschmittel	5,9	4,3	5,2	1,31	0,278
Antidepressiva	7,3	9,7	8,3	2,07	0,157
Antipsychotika	5,2	3,5	4,5	1,91	0,190
In Deutschland (%)					
Schmerzmittel	50,1	58,1	53,6	7,17	0,008
Schlaf- und Beruhigungsmittel	17,4	15,9	16,8	0,48	0,518
Aufputschmittel	7,0	4,1	5,7	4,12	0,051
Antidepressiva	12,7	12,6	12,6	0,00	1,00
Antipsychotika	6,0	4,1	5,2	2,01	0,175

Chi-Test

Mit der Ankunft in Deutschland war offenbar eine Lebenssituation verbunden, die bei mehr als der Hälfte der Geflüchteten dazu führte, Schmerzmittel und/oder Schlaf- und Beruhigungsmittel und/oder Antidepressiva einzunehmen. So zeigte sich, dass eine schlechte aktuelle psychische Gesundheit und der Migrationsstressor, nicht aber belastende Fluchterlebnisse signifikant mit dem Medikamentenkonsum in Deutschland zusammenhingen. Von den Befragten mit einem Migrationsstressor haben 60 % der Befragten Medikamente in Deutschland eingenommen ($\chi^2=9,52$; $p=0,002$) und von den Befragten mit einer schlechten oder sehr schlechten psychischen Gesundheit waren es 78 % bzw. 80 % ($\chi^2=98,89$; $p<0,001$). Von denjenigen mit belastenden Fluchterlebnissen haben 57 % Medikamente in Deutschland genommen ($\chi^2=2,99$; $p=0,089$).

Alle 642 Geflüchteten mit einem Medikamentenkonsum in Deutschland wurden danach gefragt, wie häufig sie die jeweiligen Medikamente seit ihrer Ankunft genommen haben. Da die befragten Geflüchteten seit einer sehr unterschiedlichen Dauer in Deutschland waren, wurde die Häufigkeit der Medika-

menteneinnahme nach drei Kategorien abgefragt. Aus der Auswertung geht hervor, dass es eine relevante Gruppe an Geflüchteten gab, die täglich Medikamente einnahmen (vgl. Abb. 13). So haben etwa ein Viertel der 642 Geflüchteten täglich Schmerzmittel und etwa jeder 10. dieser Geflüchteten täglich Schlaf- und Beruhigungsmittel und/oder Antidepressiva eingenommen. Bei den Schmerzmitteln gaben 12 % der Männer und 16 % der Frauen an, diese Medikamente etwa einmal pro Woche genommen zu haben. Im Geschlechtervergleich zeigte sich, dass Frauen signifikant häufiger als Männer Schmerzmittel nahmen ($\chi^2=8,13$; $p=0,043$). Zudem zeigten die Ergebnisse, dass ein Teil der Befragten dazu tendierte, Medikamente immer mal wieder einzunehmen; das gilt insbesondere bei Schmerzmitteln und Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

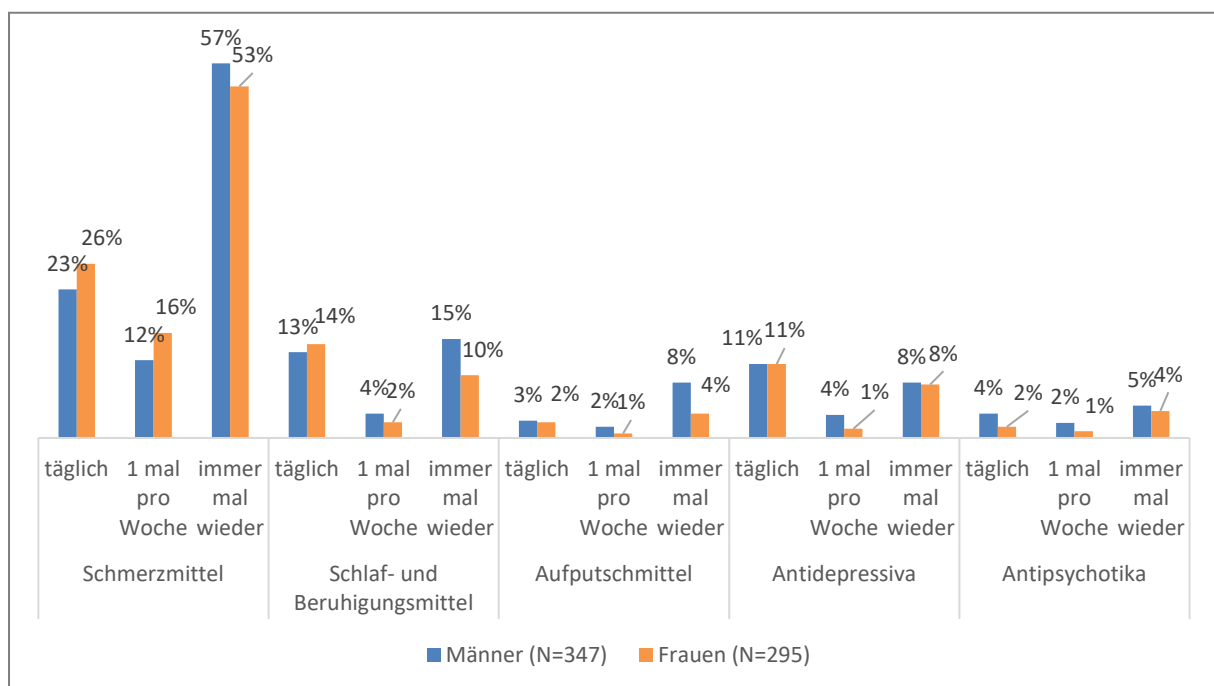


Abbildung 13. Häufigkeit der Medikamenteneinnahme in Deutschland (N=642)

In Deutschland erhielt die überwiegende Mehrheit der Befragten ihre Medikamente über ein Rezept von einem Arzt oder einer Ärztin (90,2 % der Männer und 87,8 % der Frauen). Die restlichen Befragten hatten noch Medikamente oder haben diese von der Familie oder Bekannten erhalten.

Um den aktuellen Medikamentenkonsum zu erfassen, wurden die 642 Geflüchteten nach ihrer Einnahme von Medikamenten in den letzten 30 Tagen gefragt. Wie aus der Abbildung 14 hervorgeht, wurden in den letzten 30 Tagen überwiegend Schmerzmittel eingenommen, wobei prozentual signifikant mehr Frauen als Männer Schmerzmittel verwendeten ($\chi^2=35,35$; $p>0,001$). Schlaf- und Beruhigungsmittel wurden von etwa 16 % der Männer und Frauen eingenommen. Etwas mehr Frauen als

Männer haben Antidepressiva in den letzten 30 Tagen genommen und etwas mehr Männer als Frauen nahmen aktuell Antipsychotika. Diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

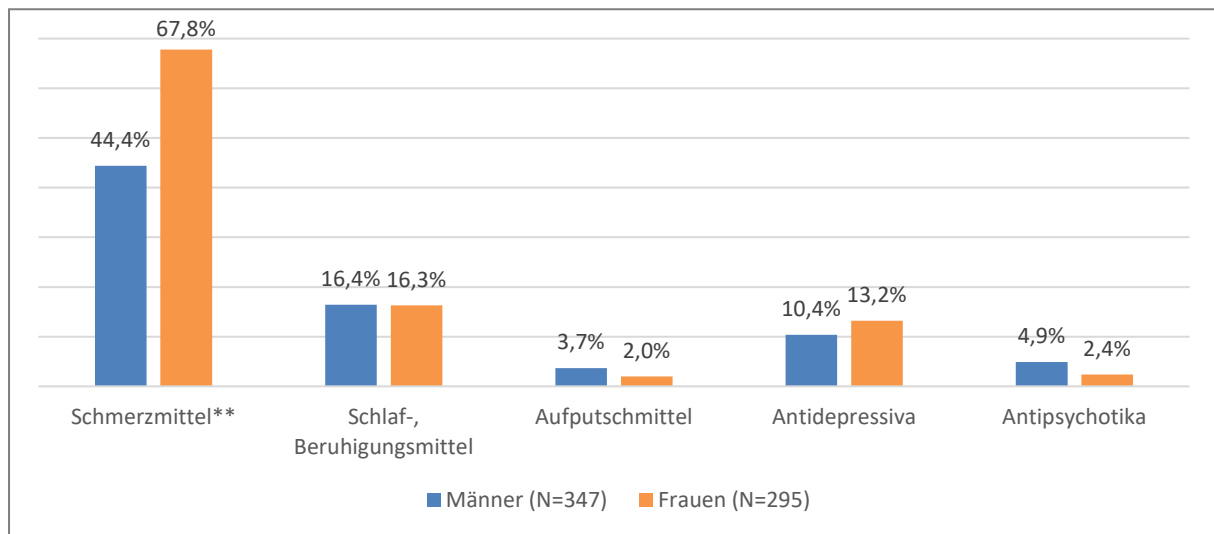


Abbildung 14. Medikamenteneinnahme in Deutschland in den letzten 30 Tagen (N=642)

Für diejenigen Geflüchteten mit einer Medikamenteneinnahme in den letzten 30 Tagen wurde auch die Konsumhäufigkeit erfasst, indem nach der Anzahl an Konsumtagen - zwischen 1 und 30 - gefragt wurde. Die Konsumhäufigkeit ist als Mittelwert dargestellt; je höher der Mittelwert, desto höher ist die Konsumfrequenz (vgl. Tab. 13). Anteilig haben zwar mehr Frauen als Männer in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel eingenommen, jedoch war die mittlere Konsumhäufigkeit der Frauen statistisch signifikant geringer als bei den Männern. Im Mittel nahmen Frauen an etwas mehr Tagen Schlaf- und Beruhigungsmittel und Aufputzmittel als Männer. Diese Geschlechterunterschiede sind jedoch marginal und statistisch nicht signifikant. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die mittlere Häufigkeit der Medikamenteneinnahme in den letzten 30 Tagen am höchsten bei den Antidepressiva und den Antipsychotika war. Beide Medikamente wurden im Mittel an etwa 20 Tagen im letzten Monat eingenommen, was auf eine regelmäßige Einnahme schließen lässt. Eine Analyse zur genauen Anzahl der Konsumtage für diese beiden Medikamentengruppen untermauert diese Annahme. So haben 58 % der 75 Befragten mit einer Einnahme von Antidepressiva dieses Medikament täglich genommen. Bei den Antipsychotika waren es 52 % der 24 Personen mit einer täglichen Einnahme.

Tabelle 13. Anzahl der Tage mit Medikamenteneinnahme in den letzten 30 Tagen – Mittelwert und Standardabweichung

	Männer	Frauen	Gesamt	T	p
Schmerzmittel (N=361)	13,4 (SD 12,2)	9,9 (SD 10,54)	11,6 (SD 11,4)	3,18	0,002
Schlaf- und Beruhigungsmittel (N=105)	14,8 (SD 12,4)	16,3 (SD 13,1)	15,5 (SD 12,7)	0,60	0,548
Aufputzmittel (N=19)	9,2 (SD 9,92)	12,2 (SD 12,2)	10,1 (SD 10,4)	0,57	0,573
Antidepressiva (N=75)	20,8 (SD 12,6)	19,4 (SD 12,5)	20,1 (SD 12,5)	0,47	0,638
Antipsychotika (N=24)	20,5 (SD 12,9)	17,3 (SD 12,6)	19,5 (SD 12,6)	0,56	0,586

T-Test

Für alle 642 Geflüchteten mit einem Medikamentenkonsum in Deutschland wurde der „Beliefs about Medicines Questionnaire“ (BMQ) [33] eingesetzt, der in mehreren Sprachen validiert wurde. Der BMQ misst die subjektiven Überzeugungen im Hinblick auf die beiden Skalen Notwendigkeit (5 Items) und Befürchtungen (5 Items) der Medikamenteneinnahme. Ein Beispiel für die Notwendigkeit ist „Ohne meine Medikamente wäre ich sehr krank“ und ein Beispiel für die Befürchtungen ist „Manchmal mache ich mir Sorgen, zu abhängig zu werden von meinen Medikamenten“. Die Antwortmöglichkeiten bestehen in einer 5-stufigen Skalierung von 1=stimme überhaupt nicht zu bis zu 5=stimme sehr zu.

Mehr als die Hälfte der Männer und Frauen betrachteten ihre Medikamente als sehr notwendig (vgl. Abb. 15). Knapp die Hälfte der Befragten äußerte aber auch große oder sogar sehr große Befürchtungen, auf Medikamente angewiesen zu sein. Hinsichtlich der Notwendigkeit und Befürchtungen der Medikamenteneinnahme unterschieden sich Männer und Frauen nicht.

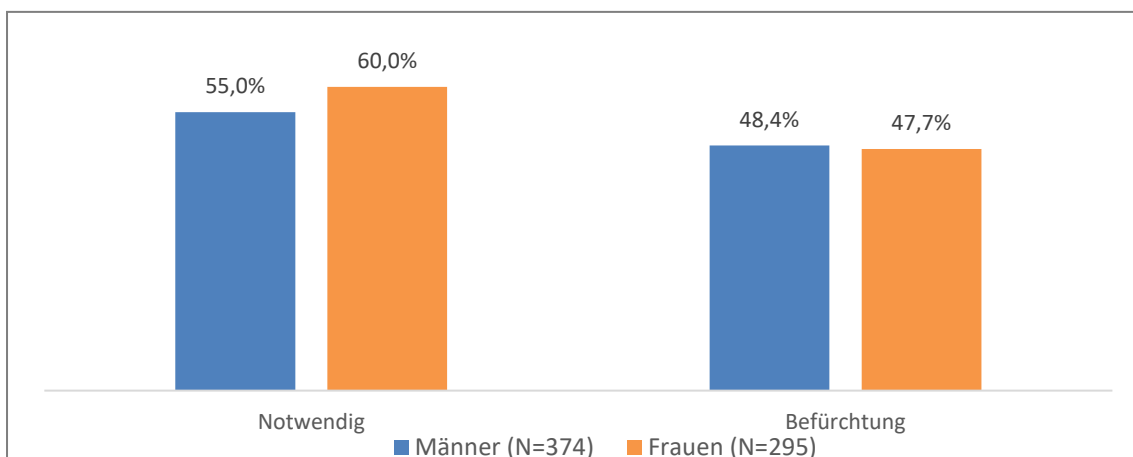


Abbildung 15. BMQ Ausprägung für „stimme zu“ und „stimme sehr zu“ für beide Skalen

5.7 Konsum von Alkohol

Insgesamt gaben 366 Geflüchtete (32,8 %) an, jemals im Leben Alkohol getrunken zu haben. Im Geschlechtervergleich zeigte sich, dass erheblich mehr Männer als Frauen jemals Alkohol konsumiert hatten (n=280; 44,4 % vs. n=86; 17,7 %); dieser Unterschied ist statistisch hoch signifikant ($\chi^2=88,31$; $p>0,001$). Die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums von Geflüchteten stellte je nach Herkunftsland unterschiedlich dar. Zu den Herkunftsländern, in denen mindestens dreiviertel der Geflüchteten jemals Alkohol getrunken hatten, gehörten Kamerun, Tunesien und Marokko. Haben mindestens die Hälfte der Geflüchteten jemals Alkohol getrunken, stammten diese aus Iran (66,7 %) Algerien und dem christlichen Ostafrika (jeweils 62,5 %), dem Kongo und der Karibik (jeweils 60,0 %), Nigeria (50,6 %) und dem christlichen Westafrika (50,0 %). Auf der anderen Seite gab es Herkunftsländer, in denen der Alkoholkonsum bei den Befragten dieser Studie kaum eine Rolle spielte und die Prävalenz unter 15 % lag; hierzu gehörten Gambia, Somalia und das islamische Ostafrika.

Im Folgenden wird die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums nach Konsumort und Geschlecht dargestellt (vgl. Tab. 14). Von allen Befragten hatten insgesamt 286 (25,6 %) Personen im Heimatland Alkohol getrunken, darunter waren 222 Männer. Nur ein kleiner Teil von allen befragten Frauen trank im Heimatland Alkohol (n=64; 13,2 %). Während der Flucht sank der Anteil an Geflüchteten mit einem Alkoholkonsum auf insgesamt 9,1 %. Mit der Ankunft in Deutschland stieg die Prävalenz des Alkoholkonsums wieder. In Deutschland haben insgesamt ein Viertel der Geflüchteten (25,5 %) Alkohol getrunken. Im Vergleich zum Heimatland war der Anteil an männlichen Geflüchteten, die in Deutschland Alkohol tranken, um etwa 4 % gestiegen. Demgegenüber war der Anteil an den weiblichen Geflüchteten mit einem Alkoholkonsum in Deutschland in etwa gleich hoch wie ihr Anteil mit einem Alkoholkonsum im Heimatland. Insgesamt bestand ein statistisch signifikanter Unterschied in der Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums zwischen den befragten Männern und Frauen für jeden der drei Orte.

Tabelle 14. Lebenszeitprävalenz des Konsums von Alkohol nach Ort und Geschlecht

	Männer (N=631)	Frauen (N=485)	Gesamt (N=1.116)	χ^2	p
Alkohol im Heimatland (N=286)	35,2%	13,2%	25,6%	69,6	<0,001
Alkohol während der Flucht (N=101)	13,3%	3,5%	9,1%	32,0	<0,001
Alkohol in Deutschland (N=307)	39,3%	12,9%	25,5%	101,3	<0,001

Im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums lässt eine genauere Analyse erkennen, dass die meisten der 366 Geflüchteten mit einem Alkoholkonsum sowohl im Heimatland als auch in Deutschland Alkohol getrunken haben (n=148; 40,9 %). Knapp ein Viertel hatte sowohl im Heimatland,

auf der Flucht und auch in Deutschland Alkohol konsumiert (n=85; 23,5 %). Insgesamt 50 (13,8 %) Personen haben ausschließlich im Heimatland Alkohol getrunken. Weniger als ein Fünftel hatte hat erst in Deutschland mit dem Alkoholkonsum begonnen (n=63; 17,4%).

Die männlichen Geflüchteten hatten im Mittel erstmals im Alter von 20,9 Jahren Alkohol getrunken, wobei das Erstkonsumalter zwischen 7 Jahren und 51 Jahren lag. Die weiblichen Geflüchteten tranken deutlich später im Alter von 23,0 Jahren erstmalig Alkohol und bei ihnen lag das Einstiegsalter zwischen 10 und 45 Jahren. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alter des Erstkonsums von Alkohol waren statistisch hoch signifikant ($T=2,87$; $p=0,004$).

Häufigkeit des Alkoholkonsums

Für die jeweiligen Orte des Alkoholkonsums wurde die Konsumhäufigkeit erhoben. Die Häufigkeit des Konsums bezieht sich jeweils auf die befragten Geflüchteten mit einem Alkoholkonsum und auf die Phase, in der am meisten getrunken wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil an einem Probierkonsum in der Heimat, auf der Flucht und in Deutschland nahezu gleich war und bei etwa 17 %-19 % lag (vgl. Abb. 16). In der Heimat trank mehr als die Hälfte der Befragten primär zu familiären Feierlichkeiten Alkohol, wohingegen in Deutschland ein Alkoholkonsum zu solchen Anlässen auf etwas mehr als ein Drittel gesunken war. Einen Alkoholkonsum am Wochenende praktizierte etwas mehr als ein Viertel im Heimatland, jedoch mit knapp 40 % deutlich häufiger in Deutschland. Im Vergleich zum Heimatland trank ein größerer Teil der Befragten in Deutschland täglich. Wenngleich insgesamt weniger Befragte auf der Flucht Alkohol tranken, ist die Konsumfrequenz derjenigen, die auf der Flucht Alkohol tranken, im Vergleich zu der Konsumfrequenz in der Heimat und in Deutschland auf der Flucht am höchsten. In dieser Phase tranken mehr als die Hälfte der Geflüchteten entweder am Wochenende oder sogar täglich.

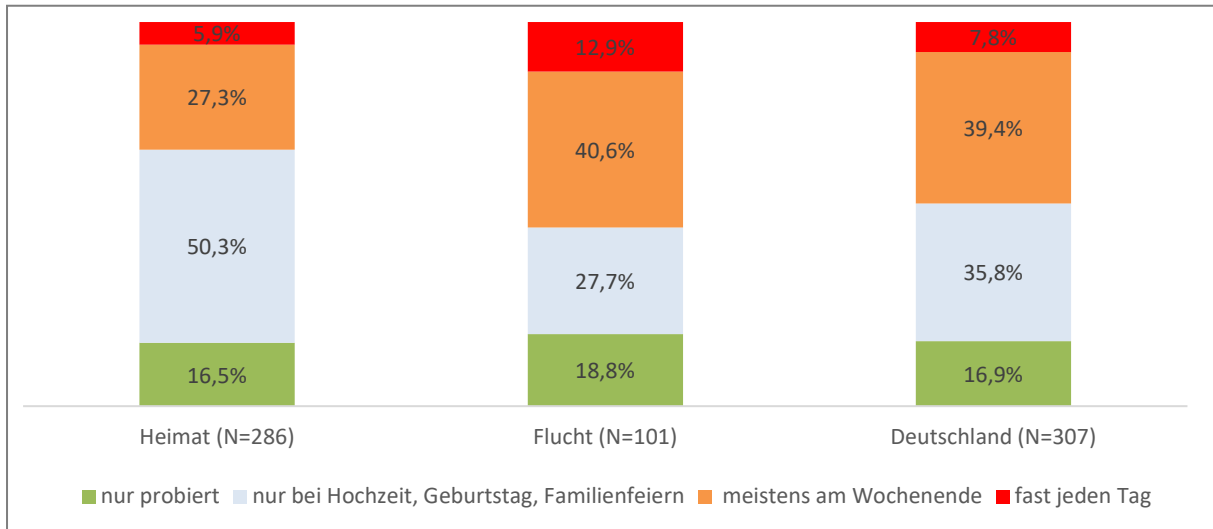


Abbildung 16. Frequenz des Alkoholkonsums bezogen auf die Phase mit dem häufigsten Konsum

Für die 307 Befragten mit einem Alkoholkonsum in Deutschland wurde die Konsumhäufigkeit nach Geschlecht betrachtet (vgl. Abb. 17). Bei der Auswertung ist zu berücksichtigen, dass nur ein sehr kleiner Teil der befragten Frauen Alkohol getrunken hat. In Deutschland tranken mehr als die Hälfte der geflüchteten Frauen primär im Rahmen von privaten Anlässen wie Hochzeiten oder Geburtstagen. Etwa ein Fünftel der Frauen hatte Alkohol nur probiert und ein weiteres Fünftel hatte Alkohol zumeist am Wochenende getrunken. Männer haben Alkohol zumeist am Wochenende getrunken. Weniger als ein Drittel trank überwiegend bei besonderen Anlässen. Einen täglichen Alkoholkonsum in Deutschland gaben etwa 9 % der Männer an, was 23 Personen entspricht. Insgesamt unterschied sich Trinkverhalten der Männer signifikant von dem der Frauen ($\chi^2=19,6$; $p<0,001$).

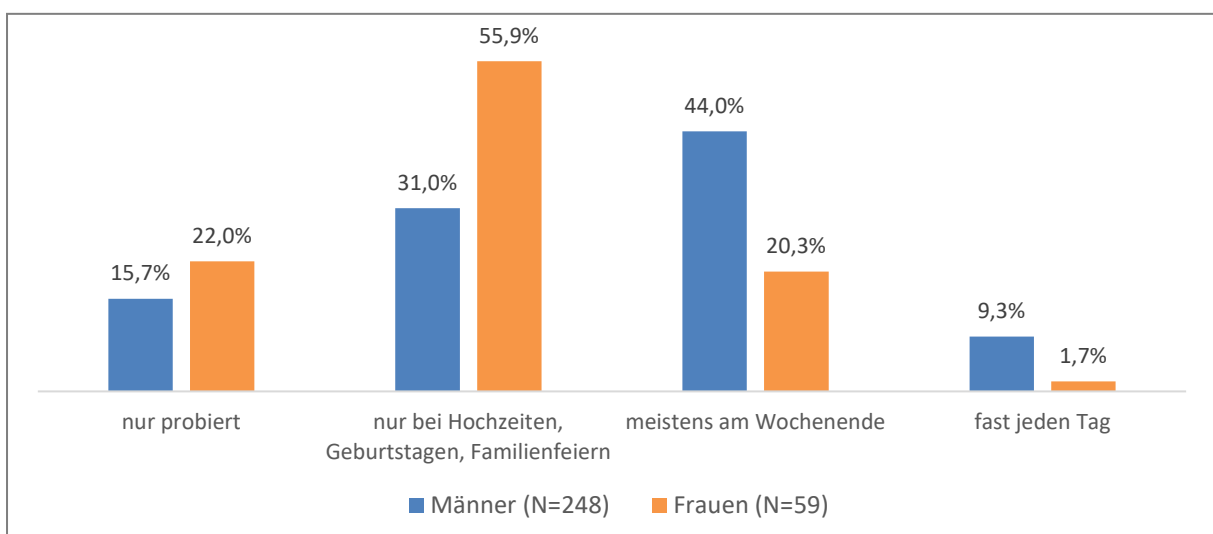


Abbildung 17. Häufigkeit des Alkoholkonsums in Deutschland nach Geschlecht (N=307)

In Deutschland tranken die Geflüchteten primär im privaten Raum bei Freunden, Bekannten oder in der Familie (49 %) und an zweiter Stelle im Wohnheim (29,7 %). Etwas mehr als ein Viertel trank Alkohol in Bars, Clubs oder Restaurants (27,7 %) und mehr als ein Fünftel draußen in Parks oder auf der Straße (23,2 %).

Alkoholprobleme in Deutschland

Um zu ermitteln, ob ein problematischer Alkoholkonsum der Geflüchteten in Deutschland vorlag, wurde der AUDIT-C eingesetzt. Der AUDIT-C bezieht sich auf den Alkoholkonsum im letzten Jahr und besteht aus drei Fragen. Mit der Beantwortung der drei Fragen kann eine Summe zwischen 0 und 12 Punkten erreicht werden. Auf Basis der Gesamtsumme liegt ein riskanter Alkoholkonsum bei 4 Punkten für Frauen und bei 5 Punkten für Männer vor. In die Analyse des AUDIT gehen alle 366 Befragten ein, die jemals im Leben Alkohol getrunken haben (vgl. Tab.15).

Etwa ein Fünftel dieser Befragten hatte keinen Alkohol im letzten Jahr getrunken, wobei der Anteil der Frauen im Vergleich zu den Männern deutlich höher war (31,4 % vs. 18,9 %). Wenn Frauen Alkohol tranken, dann zumeist einmal im Monat. Einen häufigen Alkoholkonsum von mindestens mehrmals pro Woche wiesen knapp 10 % der Frauen auf. Der Alkoholkonsum von Männern unterschied sich statistisch signifikant von dem der Frauen. Mehr als ein Viertel der Männer trank Alkohol entweder nur einmal pro Monat oder mehrmals pro Monat. Allerdings haben auch mehr als ein Viertel der Männer deutlich häufiger im letzten Jahr getrunken und davon 11,4 % mindestens viermal in der Woche. An einem typischen Tag hatte die überwiegende Mehrheit der Männer und Frauen nicht mehr als ein bis zwei Getränke zu sich genommen. Etwa ein Fünftel trank zwei bis vier Getränke. Einen höheren Alkoholkonsum von fünf Getränken und mehr wiesen insgesamt 16,7 % der Männer und Frauen auf. Mehr Männer als Frauen tranken an einem typischen Tag fünf oder mehr Getränke, die Unterschiede sind aber statistisch nicht signifikant. Die Frage nach einem Alkoholkonsum von mehr als 6 Gläsern an einem Tag bezog sich auf das Rauschtrinken. Mehr als ein Drittel derjenigen mit einem Alkoholkonsum gab an, nie mehr als 6 Getränke an einem Tag getrunken zu haben (36,7 %). Seltener als einmal pro Monat kam das Rauschtrinken bei 14,5 % der Männer und bei 25,4 % der Frauen vor. Ein häufiges Rauschtrinken einmal in der Woche oder sogar nahezu täglich praktizierten knapp ein Drittel der Männer und damit deutlich häufiger als Frauen. Das unterschiedliche Rauschtrinken von Männern und Frauen war statistisch signifikant.

Die Gesamtauswertung des AUDIT für die 366 Befragten mit einem Alkoholkonsum zeigte, dass insgesamt 246 Personen einen moderaten und 120 einen riskanten Alkoholkonsum aufwiesen. Die männlichen Befragten hatten ein signifikant anderes Konsummuster als die weiblichen Befragten. So bewahrten dreiviertel der Frauen einen moderaten Alkoholkonsum (n=67; 77,9 %), jedoch nur Zweidritteln

der Männer (n=179; 63,9 %). Insgesamt hatten 19 Frauen einen problematischen Alkoholkonsum entwickelt. Von den Männern trank ein Drittel trank in riskanter Weise Alkohol (n=101; 36,1 %).

Tabelle 15. AUDIT-C: Einzelauswertung und Gesamtauswertung zum Alkoholkonsum im letzten Jahr

	Männer	Frauen	Gesamt	X ²	p
Häufigkeit (%)	N=280	N=86	N=366	17,88	0,001
Nicht im letzten Jahr	18,9	31,4	21,9		
1 mal im Monat	29,3	41,9	32,2		
2-4 mal im Monat	26,8	17,4	24,6		
2-4 mal in der Woche	13,6	4,7	11,5		
4 mal und öfter pro Woche	11,4	4,7	9,8		
Anzahl der Getränke (%)	N=227	N=59	N=286	5,08	0,297
1-2	60,4	74,6	63,3		
2-4	20,7	16,9	19,9		
5-6	10,1	3,4	8,7		
7-9	2,6	1,7	2,4		
10 oder mehr	6,2	3,4	5,6		
Mehr als 6 Gläser Alkohol an einem Tag (%)				9,89	0,042
Nie	35,2	42,4	36,7		
Seltener als 1 mal im Monat	14,5	25,4	16,8		
1 mal im Monat	18,9	18,6	18,9		
1 mal in der Woche	24,7	8,5	21,3		
Fast täglich	6,6	5,1	6,3		
AUDIT-C Cut-off (%)	N=280	N=86	N=366	5,83	0,018
Moderater Alkoholkonsum	63,9	77,9	67,2		
Riskanter Alkoholkonsum	36,1	22,1	32,8		

Werden die Ergebnisse des AUDITS auf alle 1.116 befragten Geflüchteten bezogen, dann hatten 67,2 % nie Alkohol getrunken (n=750), 22,0 % tranken in moderater Art und Weise (n=246) und 10,8 % hatten einen Risikokonsum entwickelt (n=120).

Für die 307 befragten Geflüchteten mit einem Alkoholkonsum in Deutschland wurde erhoben, ob der Alkoholkonsum negative gesundheitliche oder soziale Auswirkungen hatte. Von diesen Geflüchteten waren 116 (37,8 %) Befragte schon mindestens einmal betrunken. Diejenigen, die ohne Familie alleine in Deutschland waren (n=174), waren signifikant häufiger schon einmal betrunken, als diejenigen mit Familienangehörigen (n=133). Mit Familie waren 27,8 %, ohne Familie 55,4 % schon einmal betrunken

($\chi^2=10,71$; $p=0,005$). Von den 116 mit Trunkenheit waren 23 (19,8 %) Befragte wegen einer Alkoholvergiftung auch im Krankenhaus. Im Hinblick auf potenzielle soziale Auswirkungen gab die überwiegende Mehrheit von 236 (84,8 %) an, noch niemals Probleme wegen ihres Alkoholkonsums gehabt zu haben. Sofern der verbleibende kleine Teil der Befragten Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum erlebte, dann an erster Stelle mit der Polizei, gefolgt von der Familie und an dritter Stelle mit dem Personal in der Unterkunft.

Nutzung von Hilfen für Alkoholprobleme

In Abhängigkeit von den Ergebnissen des AUDIT wurden die 120 Geflüchteten mit einem riskanten Alkoholkonsum gefragt, ob sie in Deutschland Einrichtungen oder Personen kennen, an die sie sich bei Alkoholproblemen wenden können. Geantwortet haben 114 Geflüchtete, darunter 18 Personen mit einem moderaten und 96 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum (80 % mit Risikokonsum). Da der Alkoholkonsum stärker unter den männlichen Geflüchteten verbreitet war, haben 101 (88,6 %) der männlichen und 13 (11,4 %) der weiblichen Geflüchteten Auskunft zur Kenntnis und Nutzung von Hilfen gegeben.

Von den 114 Befragten gaben lediglich 19 (16,7 %) Personen an, dass sie wissen, an wen sie sich wegen Alkoholproblemen wenden können. Somit war der überwiegenden Mehrheit von über 80 % der Geflüchteten mit einem problematischen Alkoholkonsum nicht bekannt, wer ihnen in Deutschland helfen könnte. Auf die Frage, von wem sich die Geflüchteten Hilfen für ihren Alkoholkonsum wünschen, antwortete fast die Hälfte der Befragten ($n=51$), von niemandem Hilfen zu wollen, da sie überzeugt waren, entweder kein Alkoholproblem zu haben oder aber das alleine bewältigen zu können (vgl. Abb. 18). Sofern Hilfe gewünscht wurde, dann überwiegend von einem Psychologen oder Therapeuten ($n=28$). An zweiter Stelle standen Freunde und Freundinnen, die ihnen bei ihrem Alkoholproblem helfen sollten. Andere Arten der gewünschten Unterstützung etwa durch die Familie oder die Sozialarbeit wurde nur von wenigen der Befragten genannt.

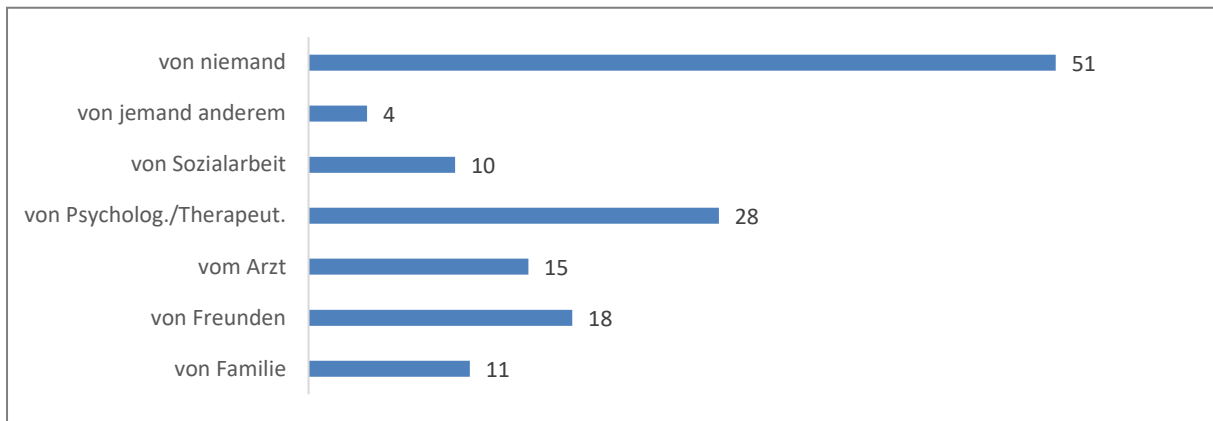


Abbildung 18. Anzahl an Befragten (N=114) mit gewünschte Hilfen bei Alkoholproblemen - Mehrfachnennungen

Nach den Gründen gefragt, warum jemand keine Hilfe möchte, gaben 35 Befragte an, nicht alkoholabhängig zu sein und deswegen keine Hilfe zu benötigen. Von diesen 35 Befragten hatten 26 (74 %) einen Risikokonsum nach AUDIT. Weitere 9 Personen lehnten jegliche Hilfe aus dem Grund ab, weiter trinken zu wollen. 7 Personen wollten keine Hilfe annehmen, da sie ihren Alkoholkonsum geheim halten wollten.

Bezogen auf die Hilfenutzung wurden die 114 Geflüchteten nach privaten Hilfen und professionellen Hilfen gefragt. Über alle Arten von Hilfen hinweg haben lediglich 13 Personen (11,4 %) bestätigt, schon Hilfe für ihr Alkoholproblem erhalten zu haben; 12 dieser Personen hatten einen riskanten Alkoholkonsum. Hinsichtlich der Art der Hilfe gaben die 13 Personen an, dass ihnen in ihrer Unterkunft schon mal Hilfe wegen des Alkoholkonsums angeboten wurde. Fünf Personen erhielten Unterstützung aus dem privaten oder familiären Umfeld. Lediglich drei Personen unterzogen sich einer stationären Alkoholentzugsbehandlung und nur eine Person hatte sich in einer Suchtberatungsstelle vorgestellt. Insgesamt hatte die überwiegende Mehrheit der Befragten noch niemals Hilfe wegen ihres Alkoholproblems genutzt (n=101; 88,6 %).

5.8 Konsum von illegalen Drogen

Alle 1.116 befragten Geflüchteten wurden aufgefordert anzugeben, wie gut sie die folgenden neun abgefragten Drogen kennen; Opium, Heroin, Cannabis, Khat, Amphetamine, Crack, Kokain, Ecstasy und Substitutionsmittel. Die Ergebnisse zeigten, dass 812 Geflüchtete (72,8 %) angaben, keine der aufgeführten Drogen zu kennen. Dieser Anteil ist sicherlich zu hoch, da ein Teil der Geflüchteten annahm, dass es sich um die Frage nach ihrem Konsum einer der Substanzen handelte. Unter Berücksichtigung der genannten Einschränkung bestätigten 304 Geflüchtete (27,2 %), zumindest eine der Drogen etwas oder sogar sehr gut zu kennen. Unter den bekannten Drogen steht Cannabis an erster Stelle (21,3 %),

gefolgt von Opium (13,8 %), Heroin (13,5 %) und Kokain (13,4 %). Alle anderen Substanzen waren deutlich weniger Befragten bekannt.

Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen betrug unter den Geflüchteten 7,4 % (n=83; darunter 6 Frauen). Gemessen an dem epidemiologischen Suchtsurvey [34], in dem eine Lebenszeitprävalenz von 29,5 % für den Konsum irgendeiner illegalen Droge in der erwachsenen Bevölkerung ermittelt wurde, war die Prävalenz des Drogenkonsums unter den Geflüchteten sehr gering. Die Lebenszeitprävalenz nach dem Ort des Konsums stellte sich für die Gesamtstichprobe wie folgt dar: 3,8 % der Befragten konsumierten illegale Drogen im Heimatland, 1,7 % auf der Flucht und 5,8 % in Deutschland.

Die weiteren Analysen beziehen sich auf die 83 Geflüchteten, die jemals in ihrem Leben illegale Drogen genommen haben. Im Hinblick auf die Orte des Drogenkonsums zeigte sich, dass die Hälfte der 83 Geflüchteten bereits im Heimatland Drogen konsumiert hatten (vgl. Tab. 16). Während der Flucht nahm etwas mehr als ein Fünftel der Geflüchteten Drogen. Mit dem Aufenthalt in Deutschland stieg der Anteil unter den Männern, die jemals Drogen konsumiert haben, erheblich auf 80,5 %. Von den 6 Frauen mit einem Drogenkonsum hatten drei Frauen auch in Deutschland Drogen konsumiert.

Tabelle 16. Lebenszeitprävalenz des Konsums irgendeiner Droge nach Ort und Geschlecht

	Männer (N=77)	Frauen (N=6)	Gesamt (N=83)	χ^2	p
Davon Drogen im Heimatland	49,4% (n=38)	66,7% (n=4)	50,6% (n=42)	0,67	0,676
Drogen während der Flucht	22,1% (n=17)	33,3% (n=2)	22,9% (n=19)	0,39	0,616
Drogen in Deutschland	80,5% (n=62)	50,0% (n=3)	78,3% (n=65)	3,05	0,113

Aus einer weiteren Analyse geht hervor, dass von den 83 Geflüchteten mit einem Drogenkonsum insgesamt 16 Personen (21,1 %) ausschließlich in ihrer Heimat Drogen konsumiert hatten. 14 der Befragten hatten sowohl in der Heimat als auch in Deutschland Drogen genommen. Des Weiteren nahmen 12 Befragte sowohl im Heimatland, auf der Flucht und in Deutschland Drogen. Unter den Geflüchteten mit einem Drogenkonsum hatten die meisten erst in Deutschland mit dem Konsum angefangen (n=63; 44,7 %). Bezogen auf die Gesamtgruppe der 1.116 Befragten lag der Anteil an Geflüchteten, die erst in Deutschland mit dem Konsum illegaler Drogen begonnen hatten, bei 5,6 %.

Die nachfolgende Abbildung (Abb. 19) veranschaulicht, welche illegalen Drogen jeweils von den 83 Geflüchteten mit einem Drogenkonsum konsumiert wurden. In dem jeweiligen Heimatland wurde vorwiegend Cannabis, Opium und Heroin konsumiert. Einige wenige Geflüchtete (n=5) haben in der Heimat Substitutionsmittel genommen, möglicherweise auch im Rahmen einer Substitutionsbehandlung. Während der Flucht wurde vorrangig Cannabis geraucht und einige Geflüchtete nahmen die stimulierenden Substanzen Khat oder Amphetamine. In Deutschland änderte sich das Konsumverhalten. Ein

Großteil konsumierte Cannabis und deutlich mehr Geflüchtete als zuvor nahmen Kokain und/oder Ecstasy. Während der Konsum von Opium in Deutschland mangels Verfügbarkeit abnahm, stieg der Konsum von Heroin leicht an. Insgesamt 6 Befragte nahmen Substitutionsmittel, wobei hierunter Personen mit Substitutionsmitteln von Schwarzmarkt oder in regulärer Substitutionsbehandlung fallen.

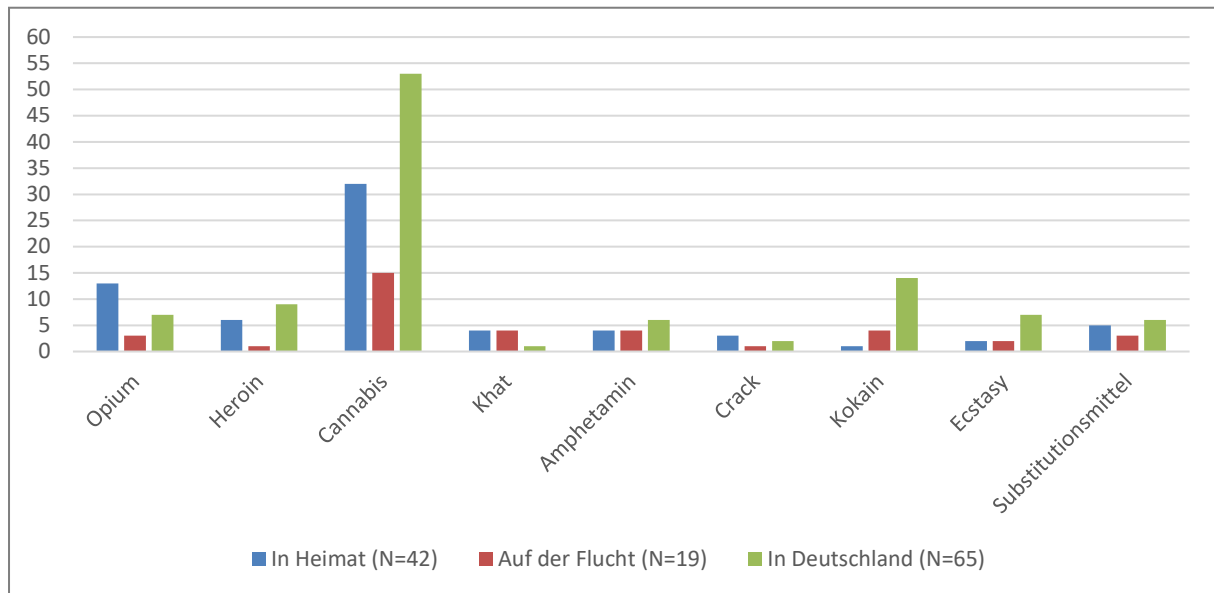


Abbildung 19. Konsumierte Drogen in der Heimat, auf Flucht und in Deutschland nach Anzahl der Personen - Mehrfachnennungen

Einstiegsalter und Konsumhäufigkeit

Das Einstiegsalter in den Konsum der jeweiligen Droge variierte sehr stark (vgl. Tab. 17). Khat wurde zwar nur von 4 Befragten genommen, jedoch in einem sehr jungen Alter von durchschnittlich 13,3 Jahren. Bei allen anderen Drogenarten fand der erstmalige Konsum illegaler Drogen im Mittel erst im frühen Erwachsenenalter ab 20 Jahren statt. Cannabis, Opium und Heroin wurden im Mittel im Alter zwischen 20 und 22 Jahren konsumiert, wobei das minimale und maximale Einstiegsalter bei Cannabis eine große Spannweite von 8 bis 49 Jahren aufwies. Bei den Stimulanzien Amphetamin und Ecstasy fand der erstmalige Konsum etwa im Alter von 23 bis 24 Jahren statt und der Einstieg in den Kokainkonsum erfolgte deutlich später in einem Alter von knapp 27 Jahren. Auffallend ist das Alter beim Erstkonsum von Substitutionsmitteln, das zwischen 16 und 41 Jahren lag. Bei einem sehr jungen Einstiegsalter ist von einer Selbstmedikation mit Substitutionsmitteln auszugehen.

Tabelle 17. Einstiegsalter in die jeweilige Droge (N=83)

	Alter (Mittelwert)	Standard-abwei- chung	Minimum – Maximum	Anzahl an Konsumierenden
Opium	21,1	4,08	15-30	17
Heroin	22,4	5,45	15-33	11
Cannabis	20,3	7,13	8-49	64
Khat	13,3	2,63	11-16	4
Amphetamin	23,4	4,13	18-30	9
Crack	21,4	6,50	18-33	5
Kokain	26,9	9,59	15-45	15
Ecstasy	23,8	8,48	17-45	10
Substitutionsmittel	25,7	8,32	16-41	9

Bezogen auf die jeweils konsumierten Drogen wurde die Konsumhäufigkeit abgefragt. Im Heimatland hat etwas mehr als ein Fünftel einmal im Monat oder seltener Drogen konsumiert (vgl. Abb. 20). Bei knapp einem Fünftel dominierte ein nahezu täglicher Drogenkonsum in der Heimat. Auf der Flucht war die Versorgung mit Drogen offenbar schwieriger, so dass ein Großteil gar nicht konsumierte. Wurde während der Flucht konsumiert, dann entweder eher selten oder täglich. Wie bereits geschildert, haben insgesamt mehr der Drogenkonsumierenden in Deutschland Drogen (vor allem Cannabis und Kokain) genommen oder erst hierzulande damit angefangen. Zugleich haben mehr als die Hälfte dieser Geflüchteten monatlich oder seltener illegale Drogen konsumiert. In Deutschland konsumierten 8 Personen wöchentlich und 13 Personen täglich Drogen.

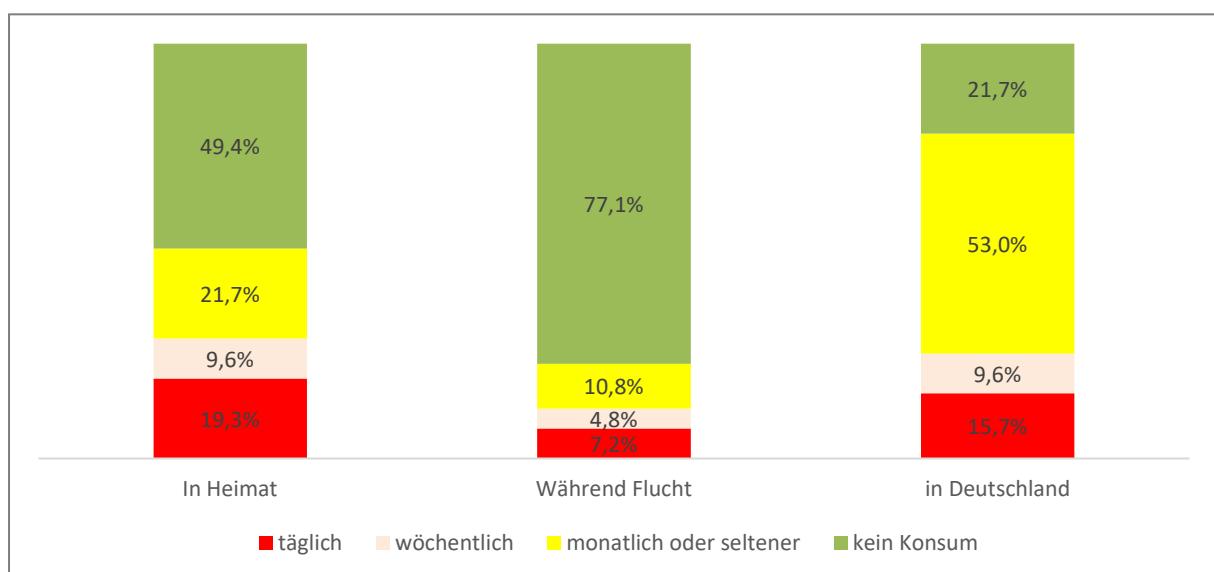


Abbildung 20. Häufigkeit des Konsums irgendeiner Droge (N=83)

Konsummotive, Konsumorte und Drogenbeschaffung

Von den 83 Befragten mit einem Drogenkonsum wurden verschiedene Gründe für den Konsum illegaler Drogen im Heimatland und in Deutschland genannt. Im Heimatland wie in Deutschland dominierte das Motiv, Drogen wegen Stress zu nehmen (vgl. Tab. 18). Gegenüber dem Heimatland ist ein stressbedingter Drogenkonsum in Deutschland jedoch häufiger und wurde von nahezu 46 % der Befragten genannt. In der Heimat waren mit 16,9 % die zweithäufigsten Gründe für den Drogenkonsum, abschalten und Spaß mit Freunden haben zu wollen. In Deutschland begründete demgegenüber nahezu ein Drittel der Befragten ihren Drogenkonsum damit, abschalten zu wollen. Ein Fünftel konsumierte in Deutschland aus Langeweile, was im Heimatland nahezu keine Rolle für den Drogenkonsum spielte. Signifikante Unterschiede in den Konsummotiven bestehen bei einem Drogenkonsum gegen Schmerzen und wegen Ärger in der Familie, was in Deutschland sehr viel häufiger den Konsum begründete als im Heimatland. Im Vergleich zum Heimatland gaben auch mehr Personen an, in Deutschland durch „falsche Freunde“ mit dem Drogenkonsum begonnen zu haben.

Tabelle 18. Motive für den Drogenkonsum in der Heimat und in Deutschland (N=83) - Mehrfachnennungen

Hauptmotive	In der Heimat	In Deutschland	χ^2	p
Wegen Stress	19,3%	45,8%	4,21	0,052
Gegen Schmerzen	13,3%	16,9%	12,84	<0,001
Um abzuschalten	16,9%	31,3%	2,73	0,098
Spaß mit Freunden	16,9%	15,7%	2,12	0,145
Aus Neugierde	10,8%	12,0%	1,38	0,240
Aus Langeweile	3,6%	20,5%	0,32	0,574
Wegen Ärger in Familie	9,6%	14,5%	16,52	<0,001
Durch falsche Freunde	8,4%	15,7%	4,280	0,039

Chi-Test

Drogenprobleme in Deutschland

In Deutschland haben insgesamt 65 Befragte Drogen konsumiert. Die meisten unter ihnen konsumierten auf der Straße oder im Park (n=31; 47,7 %), gefolgt von einem Drogenkonsum in der Unterkunft (n=20; 30,8 %). Ein Viertel konsumierte privat bei jemandem zuhause (n=17; 26,2 %). Zudem hatten einige der Befragten in Bars oder auch im Konsumraum oder an anderen Orten Drogen konsumiert.

Auf die Frage nach der Art der Drogenbeschaffung in Deutschland wollten 17 Befragte (26,2 %) nicht antworten. Von denjenigen mit einer Antwort gaben die meisten Personen an, Drogen auf der Straße gekauft oder geschenkt bekommen zu haben (n=37; 56,9 %). Insgesamt 7 Personen haben Drogen in

der Unterkunft gekauft oder erhielten sie gratis und lediglich 2 Personen bestätigten, selbst mit Drogen gehandelt zu haben. Trotz der Anonymität der Befragung war die Art der Drogenbeschaffung ein sensibles Thema, sodass von einer nicht immer wahrheitsgemäßen Beantwortung ausgegangen werden muss.

Im Hinblick auf mögliche soziale Auswirkungen des Drogenkonsums gaben mehr als die Hälfte der 65 Befragten an, bislang noch keine Schwierigkeiten wegen des Drogenkonsums erfahren zu haben (n=38; 58,5 %). Etwas mehr als 40 % der Befragten hatten bereits negative Konsequenzen erlebt, worunter am häufigsten von Problemen mit der Polizei berichtet wurde (n=13; 20,0 %). Insgesamt 13 Personen bestätigten Probleme mit der Familie und dem Freundeskreis aufgrund ihres Drogenkonsums. Einige wenige Befragte nannten Ärger mit dem Personal in der Unterkunft sowie Probleme mit der Ausländerbehörde.

Drogenprobleme wurden auch über das aktuelle Konsummuster und Entzugserscheinungen erfasst. In den letzten 30 Tagen hatten 25 von den 65 Befragten keine Drogen konsumiert (38,5 %). Demzufolge konsumierten über 60 % in den letzten 30 Tagen; hierbei wurde zumeist Cannabis (n=32) und Kokain (n=9) konsumiert. Darüber hinaus wurden auch alle anderen Drogenarten in den letzten 30 Tagen genutzt, jedoch jeweils nur von einigen wenigen Befragten. Bezogen auf die Gesamtstichprobe von 1.116 Geflüchteten hatte nur der Anteil von 3,6 % in den letzten 30 Tagen irgendeine Droge konsumiert.

Wegen der kleinen Zahl von 40 Geflüchteten mit einem aktuellen Drogenkonsum wurde die Konsumhäufigkeit für den Konsum irgendeiner Droge in den letzten 30 Tagen berechnet. Hierbei wurde für jede Person die jeweils höchste Konsumfrequenz ermittelt. Ein großer Teil der Befragten konsumierte gelegentlich an 1 bis 3 Tagen oder mehrmals im Monat an maximal bis zu 14 Tagen (vgl. Abb. 21). Eine höhere Konsumfrequenz hatten insgesamt 16 Befragte, davon 6 Befragte mit einem täglichen oder nahezu täglichem Drogenkonsum. In den letzten 30 Tagen wurden weder Opium, Heroin, Amphetamine noch Khat häufiger als mehrmals pro Monat konsumiert. Drogen, die in einer Frequenz von mehrmals pro Woche oder täglich genommen wurden, waren Cannabis, Crack, Kokain, Ecstasy und Substitutionsmittel.

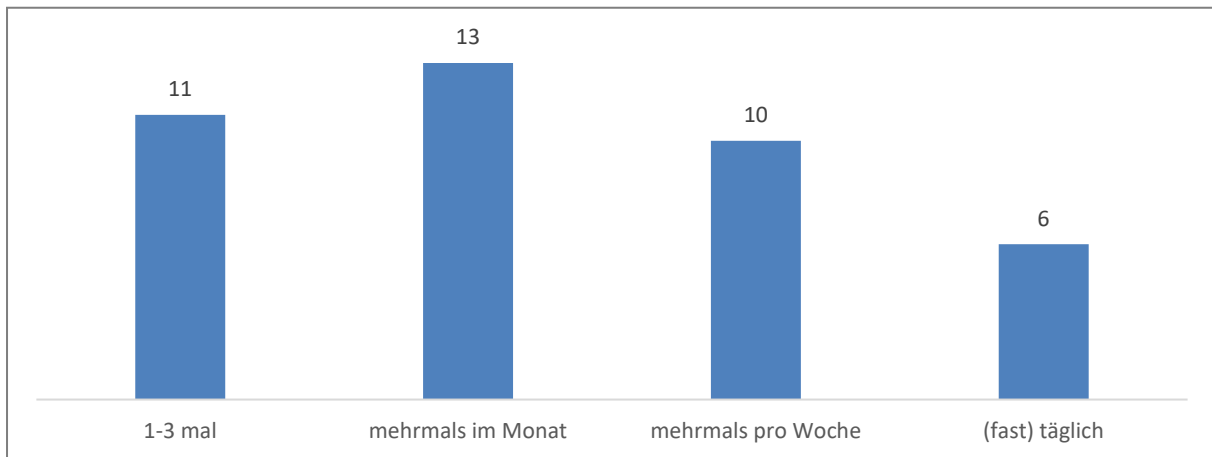


Abbildung 21. Konsumhäufigkeit irgendeiner Droge in den letzten 30 Tagen nach Anzahl der Personen (N=40)

Einen intravenösen Drogenkonsum gaben insgesamt 6 Befragte an, von denen 3 Befragte auch in den letzten 30 Tagen intravenös Drogen konsumierten. Auf die Frage nach Entzugserscheinungen gab über die Hälfte der 65 Befragten an, noch nie Entzugssymptome gehabt zu haben (n=38; 58,5 %). Insgesamt 27 Personen bestätigten, Symptome wie Schweißausbrüche oder Zittern erlebt zu haben, wenn keine Drogen genommen wurden.

Hilfenutzung und Hilfebedarfe

Alle 65 Geflüchteten mit einem Drogenkonsum in Deutschland wurden gefragt, ob sie hierzulande Einrichtungen kennen, die bei Drogenproblemen helfen und ob sie wegen ihres Drogenkonsums schon einmal in Behandlung waren (vgl. Tab 19). Die überwiegende Mehrheit gab an, noch nie in einer Behandlung gewesen zu sein (n=48; 73,8 %). Insgesamt hatten 17 Befragte eines oder mehrere Angebote der Suchthilfe in Anspruch genommen; darunter befanden sich 9 Personen, die täglich Drogen konsumiert hatten. Im Hinblick auf die Art der Behandlung zeigten die Ergebnisse, dass 10 von den 17 Befragten in einer Entzugsbehandlung waren (15,4 %), 6 Befragte waren in einer Entwöhnungsbehandlung und/oder 6 Befragte waren bei einer Drogenberatung.

Wenn davon ausgegangen wird, dass diejenigen Befragten mit einem täglichen oder wöchentlichen Drogenkonsum einen Hilfebedarf haben, dann war etwa die Hälfte dieser Befragten noch in keiner Behandlung. Möglicherweise liegt das auch darin begründet, dass unter den nicht Behandelten lediglich 8 (16,7 %) Personen bejahten, Einrichtungen oder Personen in Deutschland zu kennen, an die sie sich mit einem Drogenproblem wenden können.

Tabelle 19. Anzahl an Personen nach Konsumfrequenz einer Droge und Behandlung (N=65)

	In Behandlung (N=17)	Nie in Behandlung (N=48)	X ²	p
Bekanntheit von Hilfen bei Drogenproblemen	17	8	36,83	<0,001
Konsumfrequenz				
Täglich (n=13)	9	4	15,65	<0,001
Wöchentlich (n=8)	1	7		
Monatlich oder seltener (n=44)	7	37		

Zur Hilfenutzung wurde auch erhoben, ob in der Gemeinschaftsunterkunft bereits Hilfe wegen des Drogenproblems angeboten wurde. Dies hatte die überwiegende Mehrheit von 57 (87,7 %) der 65 befragten Geflüchteten verneint. Lediglich 8 der Geflüchteten erhielten ein Hilfeangebot in ihrer Wohnunterkunft, davon drei Personen von der Familie oder Freunden. In drei Fällen hatte eine Hilfeeinrichtung in der Unterkunft Kontakt mit ihnen aufgenommen und in zwei Fällen wurden sie vom Personal der Unterkunft zu einer Drogenberatung begleitet. Interessanterweise haben Befragte mit einem täglichen Drogenkonsum nur vom privaten Umfeld, in keinem Fall aber von professioneller Seite Hilfestellung erhalten.

Zum Abschluss werden die Ergebnisse zu den genannten Hilfebedarfen aufgezeigt. Aus Abbildung 22 geht hervor, dass einerseits ein erheblicher Anteil an Befragten mit einem monatlichen Drogenkonsum keinen Hilfebedarf hatte (n=18; 40,9 %), andererseits nannte über die Hälfte dieser Befragten den Bedarf nach Hilfe. Besonders häufig wurde eine professionelle Hilfe von psychologischen oder therapeutischen Fachkräften, aber auch von Fachkräften aus der Sozialarbeit oder von Ärzten und Ärztinnen gewünscht. Sofern die wenigen Befragten mit einem wöchentlichen Drogenkonsum überhaupt einen Hilfebedarf äußerten, wurde ebenfalls primär professionelle Hilfe gewünscht. Von den Befragten mit einem täglichen Drogenkonsum gab knapp ein Viertel an, keinerlei Hilfe zu benötigen und ihren Drogenkonsum alleine bewältigen zu können. Bei denjenigen mit einem geäußerten Hilfebedarf wurden die Sozialarbeit und ‚jemand anderes‘ benannt. In einer offenen Frage wurde hierzu aufgeführt, einen Anwalt oder einen Deutschkurs oder überhaupt eine Hilfe zur Beendigung des Drogenkonsums zu wünschen.

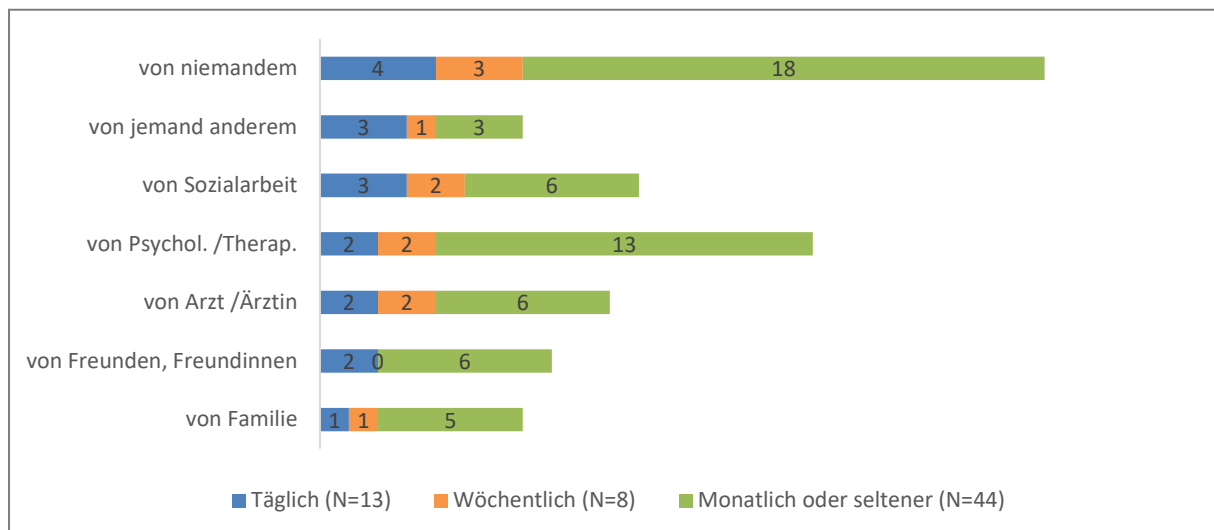


Abbildung 22. Anzahl an Personen nach Art der Hilfebedarfe und Konsumfrequenz einer Droge (N=65) - Mehrfachnennungen

Die insgesamt 25 (38,5 %) befragten Geflüchteten, die aussagten von „niemanden“ Hilfe zu benötigen, wurden nach den Gründen für diese Einstellung gefragt. Von den meisten dieser Personen wurde als Begründung genannt, nicht drogenabhängig zu sein und daher auch keine Hilfe zu brauchen (n=15). Weiterhin wollten 6 Befragte nicht, dass jemand über den Drogenkonsum Bescheid weiß und vier Befragte gaben an, weiterhin gelegentlich Drogen nehmen zu wollen. Ebenfalls vier Personen waren überzeugt, dass ihnen niemand bei ihrem Drogenproblem helfen könne.

5.9 Vergleich von Geflüchteten mit und ohne Substanzkonsum

Ein Ziel der Studie bestand darin, herauszufinden ob sich Geflüchtete mit einem Substanzkonsum in bestimmten Merkmalen (wie Geschlecht, Alter, Aufenthaltsdauer etc.) von denjenigen ohne einen Substanzkonsum unterscheiden. Dazu wurde ein Gruppenvergleich vorgenommen, wobei sich der Substanzkonsum darauf bezieht, ob jemals Medikamente, Alkohol oder illegale Drogen seit der Migration nach Deutschland genommen wurden. Wird die Einnahme eines Medikamentes aus den fünf abgefragten Medikamentengruppen, der Alkoholkonsum und der Drogenkonsum über alle 1.116 befragten Geflüchteten betrachtet, dann haben insgesamt 764 (68,5 %) der Geflüchteten mindestens eine Substanz in Deutschland genommen.

Für die vergleichende Analyse wurden die folgenden drei eindeutig voneinander zu unterscheidenden Gruppen gebildet:

- Kein Substanzkonsum (keine Medikamente, kein Alkohol und keine Drogen) – Gruppe KS: N=352 (38,3 %)
- Nur Konsum von Alkohol und/oder Drogen, aber keine Medikamente – Gruppe AD: N=122 (13,3 %)

- Nur Medikamente, aber kein Alkohol und keine Drogen – Gruppe ME: N=444 (48,4 %).

Ausgeschlossen von der Analyse wurden 198 Befragte, die neben der Einnahme von Medikamenten auch Alkohol und/oder Drogen konsumiert haben. Bei dieser Gruppe ein aussagekräftiger Vergleich aufgrund des Mischkonsums schwierig.

Aus dem Gruppenvergleich geht hervor, dass mehr als ein Drittel der geflüchteten Männer und Frauen keinerlei Substanzen in Deutschland genommen haben (vgl. Tab. 20). Signifikante Geschlechtsunterschiede zeigten sich jedoch in der Hinsicht, dass mit 21 % der Anteil der Männer mit einem Drogenkonsum 4-mal so hoch ist wie bei den Frauen. Im Vergleich zu den Männern war die Einnahme von Medikamenten unter geflüchteten Frauen deutlich verbreiteter, die zu mehr als die Hälfte Medikamente nahmen. Im Zusammenhang mit den beiden Altersgruppen lassen die Ergebnisse erkennen, dass mit zunehmenden Alter die Einnahme von Medikamenten signifikant um 13 % gestiegen war. Zudem wiesen mehr Jüngere als Ältere einen Drogen- und Alkoholkonsum auf. Belastende Erlebnisse auf der Flucht spiegeln sich in einem höheren Substanzkonsum wieder. Das weniger für die Medikamenteneinnahme, als vielmehr für den Konsum von Alkohol und/oder Drogen. Es wurde bereits an anderer Stelle dargelegt, dass belastende Fluchterlebnisse und die psychische Gesundheit in einem signifikanten Zusammenhang stehen. Auch in dem Gruppenvergleich wird deutlich, dass psychische Gesundheit der Geflüchteten, die Medikamente einnahmen, signifikant schlechter war als bei Geflüchteten ohne jeglichen Substanzkonsum.

Tabelle 20. Vergleich von Gruppen ohne und mit Substanzkonsum anhand verschiedener Variablen

	Gruppe KS (N=352)	Gruppe AD (N=122)	Gruppe ME (N=444)	X ² /F	p
Geschlecht				58,71	<0,001
Männer (n=471)	39,3%	21,0%	39,7%		
Frauen (n=447)	37,4%	5,1%	57,5%		
Alter				14,73	0,001
18-29 Jahre (n=369)	43,9%	15,4%	40,7%		
30 Jahre und mehr (n=549)	34,6 %	11,8%	53,6%		
Belastende Fluchterlebnisse				7,97	0,018
Nein (n=438)	42,0%	10,5%	47,5%		
Ja (n=480)	35,0%	15,8%	49,2%		
Aufenthaltsdauer in Jahren (Mittelwert und SD)	3,34 (SD 2,19)	3,72 (SD 2,62)	3,46 (SD 2,15)	1,34	0,263
Psychische Gesundheit (Mittelwert und SD)	2,14 (SD 1,08)	2,22 (SD 1,02)	2,75 (SD 1,13)	33,39	<0,001
Migrationsstressor				5,81	0,055

	Gruppe KS (N=352)	Gruppe AD (N=122)	Gruppe ME (N=444)	X ² /F	p
Nein (n=197)	45,2%	13,7%	41,1%		
Ja (n=721)	36,5%	13,2%	50,3%		
Alleine in Deutschland				36,75	<0,001
Nein (n=616)	42,9%	8,9%	48,2%		
Ja (n=302)	29,1%	22,2%	48,7%		
Keine Arbeit/arbetsuchend				6,54	0,038
Nein (n=637)	41,0%	12,2%	46,8%		
Ja (n=281)	32,4%	15,6%	52,0%		
Jahre in einer Schule (Mittelwert und SD)	5,7 (SD 4,61)	8,0 (SD 4,19)	6,1 (4,93)	11,18	<0,001
Religion				65,85	<0,001
Islam (n=580)	40,0%	7,9%	52,1%		
Christentum (n=186)	29,0%	23,1%	47,9%		
Jesidentum (n=94)	51,1%	12,8%	36,1%		
Andere/keine Religion (n=58)	31,0%	36,2%	32,8%		
Asylstatus				18,84	0,016
Aufenthalts-, Bleiberecht (n=419)	40,6%	10,7%	48,7%		
Kein Asylantrag gestellt (n=43)	53,5%	9,3%	37,2%		
Noch nicht entschiedener Asylantrag (n=251)	37,1%	13,9%	49,0%		
Duldung (n=156)	30,8%	16,0%	53,2%		
Abschiebebescheid (n=49)	36,7%	26,5%	36,7%		
Herkunftsland				16,79	0,079
Islamisches Afrika (n=111)	33,3%	14,4%	52,3%		
Christliches Afrika (n=210)	36,7%	15,7%	47,6		
Mittlerer Osten (n=463)	43,6%	11,2%	45,2%		
Karibik/Schwarzmeerregion (n=27)	29,6%	14,8%	55,6%		
Südostasien (n=19)	31,6%	21,1%	47,3%		
Afghanistan (n=74)	24,3%	13,5%	62,2%		

Die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland erwies sich zunächst als nicht relevant für den Substanzkonsum. Den Einfluss der Dauer muss in weiteren Analysen noch einmal genauer geprüft werden. Auch das Vorhandensein eines Migrationsstressors, d.h. wenn Familienangehörige noch in der Heimat oder in einem anderen Land sind, ergab keine eindeutigen Ergebnisse im Gruppenvergleich. Tendenziell nahmen mehr Geflüchtete Medikamente, wenn dieser Migrationsstressor vorlag.

Zu den Stressoren der Migration zählt auch, wenn jemand alleine nach Deutschland geflüchtet war und hier ohne Familie lebte. Die alleinlebenden Geflüchteten unterschieden sich signifikant von Geflüchteten mit Familienangehörigen im Konsum von Alkohol und/oder Drogen. Ein Fünftel der Alleinlebenden wies einen Alkohol- und Drogenkonsum auf, jedoch nur 9 % der Geflüchteten mit Familienanschluss. Zu belastenden sozialen Faktoren in Deutschland gehört ferner die Suche nach Arbeit bzw. die Problematik, keine Arbeit zu haben oder noch nicht arbeiten zu dürfen. Geflüchtete mit einer Arbeit oder Beschäftigung hatten deutlich seltener Medikamente eingenommen und auch seltener Alkohol und/oder Drogen konsumiert. Die Anzahl der Schuljahre im Herkunftsland offenbarte, dass Geflüchtete mit einer vergleichsweise niedrigen Schulbildung signifikant häufiger in der Gruppe ohne Substanzkonsum zu finden waren, während Geflüchtete mit einer hohen Schulbildung von im Mittel acht Schuljahren vorwiegend in der Gruppe mit einem Alkohol- und/oder Drogenkonsum zu finden waren. Allerdings ist die Streuung bei den Schuljahren sehr hoch, sodass hierzu weitere detaillierte Analysen zukünftig vorgenommen werden müssen.

Ausgehend von der Hypothese, dass die Religionszugehörigkeit einen Einfluss auf den Substanzkonsum hat, wurde dieses Merkmal im Gruppenvergleich ausgewertet. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass sich diese Hypothese bestätigt. So war der Anteil der Geflüchteten ohne jeglichen Substanzkonsum mit 51 % unter Jesiden am größten, gefolgt von 40 % unter muslimischen Geflüchteten. Signifikante Unterschiede bestanden darin, dass vor allem Muslime aber auch Jesiden im Vergleich zu Geflüchteten anderer Religionen den geringsten Anteil in der AD-Gruppe hatten. Einen Alkohol- und/oder Drogenkonsum wiesen mehr als ein Fünftel der christlichen Geflüchteten auf. Im Vergleich zu allen anderen Religionsgruppen hatten Geflüchtete mit einer anderen oder keiner Religion mit 36 % den höchsten Anteil in der AD-Gruppe mit einem ausschließlichen Alkohol- und/oder Drogenkonsum.

An anderer Stelle wurde bereits festgestellt, dass der Asylstatus einen Einfluss auf die Ängstlichkeit und Depression hatte. Aus diesem Grund wurde untersucht, ob sich ein Zusammenhang zwischen dem Asylstatus und dem Substanzkonsum erkennen lässt. Im Ergebnis zeigte sich, dass der sich Asylstatus signifikant auf die Prävalenz des Substanzkonsums auswirkte. Diejenigen Geflüchteten, die noch keinen Asylantrag gestellt hatten, gehörten zu über die Hälfte der Gruppe ohne jeglichen Substanzkonsum an. Das mag darin begründet liegen, dass diese Geflüchteten noch nicht so lange in Deutschland waren und deswegen in geringerem Ausmaß Zugang zu einer medikamentösen Behandlung und zu Drogen hatten. Die größten Unterschiede bestanden zwischen Geflüchteten mit einer Duldung oder einem Abschiebebescheid und Geflüchteten mit einem noch nicht gestellten Asylantrag. Geflüchtete mit einer Duldung hatten den höchsten Anteil in der Gruppe mit einer Medikamenteneinnahme (53 %) und

auch einen hohen Anteil von 16 % in der AD-Gruppe. Bei dem Vergleich nach Asylstatus wiesen Geflüchtete mit einem Abschiebebescheid den höchsten Anteil in der AD-Gruppe auf; hier hatten mehr als ein Viertel Alkohol und/oder Drogen konsumiert.

Ein Gruppenvergleich in Bezug auf die Herkunftsländer ist ausgesprochen schwierig, da eine Vielfalt an Ländern aus unterschiedlichen Kultur-, Sprach- und Wirtschaftsräumen zusammengefasst wurden. Die Ergebnisse sind daher mit Vorsicht zu interpretieren. Der Anteil an Geflüchteten ohne jeglichen Substanzkonsum variierte zwischen knapp 44 % (Mittlerer Osten) und etwa einem Viertel (Afghanistan). Für die AD-Gruppe lag ebenfalls eine große Heterogenität vor, die von etwa 11 % (Mittlerer Osten) bis zu 21 % (Südostasien) reicht. Auch im Hinblick auf die Einnahme von Medikamenten lässt sich kein eindeutiges Muster feststellen. Wiederum war die Medikamenteneinnahme im Mittleren Osten mit etwa 45 % am niedrigsten und in Afghanistan mit etwa 62 % am höchsten.

5.10 Fokusgruppen

Im Dezember 2021 wurde in jedem der vier Bundesländer – Sachsen, Niedersachsen, NRW und Bayern – eine virtuelle Fokusgruppe durchgeführt. Für die Teilnahme wurden alle beteiligten Fachkräfte aus den Regierungen (Bayern), Sozialämtern und Gemeinschaftsunterkünften eingeladen, die in den 15 aufgesuchten Städten in diesen Bundesländern zuständig waren. Zudem wurde in der Einladung darauf hingewiesen, dass auch weitere Interessierte teilnehmen konnten. Ursprünglich war geplant, auch die regionalen Flüchtlingsräte in die Fokusgruppen einzubeziehen. Davon wurde abgesehen, da sich bei den im Verlauf der Studie kontaktierten Flüchtlingsräten herausstellte, dass sich deren Arbeit primär auf asyl- und sozialrechtliche Fragen konzentriert.

An den virtuellen Fokusgruppen haben insgesamt 21 Fachkräfte teilgenommen, die aus Stade, Wismar, Göttingen, Hannover, Dresden, Dortmund, Essen, Nürnberg und München kamen. Wismar gehörte nicht zu den aufgesuchten Städten, sodass insgesamt Fachkräfte aus 8 von 15 Städten an den Fokusgruppen beteiligt waren. Einige der eingeladenen Fachkräfte bedauerten, aus zeitlichen Gründen nicht teilnehmen zu können und die Teilnahmequote wäre sicherlich höher gewesen, wenn die Fokusgruppen im November stattgefunden hätten. Dies war jedoch nicht möglich, da die Datenerhebungen erst im Oktober abgeschlossen wurden und erst danach die Datenanalyse möglich war.

Ziel der Fokusgruppen war, zum einen die Ergebnisse der Befragung vorzustellen und zu diskutieren. Zum anderen sollten auf Basis der Ergebnisse Empfehlungen und Maßnahmen erörtert werden, die seitens der Flüchtlingshilfe als notwendig erachtet werden, um die Problemlagen substanzkonsumierender Flüchtlinge angemessen zu adressieren.

Rückmeldungen zu den Forschungsergebnissen

Mehrere Fachkräfte bestätigten, dass die Ergebnisse die Realität der Geflüchteten sehr gut wieder spiegeln. Insbesondere die Analysen zu psychischer Gesundheit und zur Wohnsituation würden mit den Erfahrungen übereinstimmen, die in der tagtäglichen Arbeit erlebt werden. So wurden die in der Studie festgestellte erhöhte Ängstlichkeit und Depressionen unter Geflüchteten auch von Fachkräften in den Wohnunterkünften wahrgenommen. Im Hinblick auf die Wohnsituation der Geflüchteten in den jeweiligen Unterkünften wurde geäußert, dass die Kritik der Geflüchteten an den zu kleinen Räumlichkeiten für eine Familie und an der zu großen Anzahl an Personen in den Unterkünften nachvollziehbar sei. Das galt insbesondere, wenn Geflüchtete in ehemaligen Bürogebäuden, alten Fabriken, Kasernen oder sehr großen Containersiedlungen untergebracht waren.

Aus Sicht der Fachkräfte wäre eine bessere Wohnsituation wünschenswert, scheitere aber an den jeweiligen Zuständigkeiten. Während in den meisten Bundesländern die Kommune für die Unterbringung von Geflüchteten zuständig ist, ist die Unterbringung in Bayern eine Aufgabe der bayrischen Staatsregierung. Geeignete Vorschläge zur Verbesserung bedürften der Zustimmung der Regierung und würden zumeist nicht bewilligt. In allen Bundesländern werden Geflüchteten auch eigene Wohnungen angeboten, an die eine Sozialbetreuung angeschlossen ist. Angesichts des angespannten Wohnungsmarktes sei es jedoch schwierig, eine eigene Wohnung zu erhalten, und das führe dazu, mitunter jahrelang in den Übergangwohnheimen untergebracht zu sein.

Von einigen Fachkräften wurde hervorgehoben, dass diese Studie für die eigene Arbeit sehr wichtig sei, da es hiermit evidenzgestützte Erkenntnisse zu einer Vielzahl von Themen gäbe, mit denen bei Verbesserungsvorschlägen argumentiert werden könne.

Zur Gesundheit von Geflüchteten

Unter dem Aspekt der Gesundheit wurden die bestehenden Barrieren bei der Nutzung und der Verfügbarkeit einer Gesundheitsversorgung diskutiert. Unter dem Aspekt der Nutzung verfügbarer Angebote hat eine Teilnehmerin ihre Erfahrungen mit einem Angebot zur COVID-Impfung in der Unterkunft dargestellt. Trotz vielfältiger Bemühungen, Geflüchtete in persönlichen Gesprächen zur Impfung zu motivieren, gab es eine große Ablehnung durch verschiedene ethnische Communities in der Unterkunft. Aus ihrer Sicht wurden sie von Geflüchteten als Repräsentanten des Staates erlebt, denen nicht getraut wird. Somit hatten lediglich 10 Personen von der für 280 Personen zur Verfügung stehenden Impfung Gebrauch gemacht. In den Befragungen schilderten einige Geflüchtete ihr Misstrauen gegenüber deutschen Behörden, die mit Kontrollen gleichgesetzt wurden. Aufgrund der eigenen Geschichte bestand wenig Vertrauen in Staatsorgane und oftmals wurden Informationen über soziale Medien wie

Facebook gewonnen, die mitunter Falschinformationen enthalten. Nicht zuletzt äußerten manche Geflüchtete aus Afrika Skepsis gegenüber unbekanntem Medikamenten, da sie an Medikamentenversuche aus der Kolonialzeit erinnert würden.

Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen schilderten mehrere Fachkräfte, dass psychische Belastungssymptome ein großes Problem in der Unterkunft darstellen und Möglichkeiten der Behandlung oftmals nicht in Anspruch genommen würden. Zugleich wurde betont, dass die Gesundheitsversorgung bei psychischen Problemen im Asylbewerberleistungsgesetz schon per Definition defizitär sei. Dieses Gesetz sieht lediglich eine medizinische Grundversorgung vor, nicht aber eine psychische Behandlung. Dieses Dilemma ließe sich nur lösen, wenn die gesundheitliche Versorgung von den Inhalten des Asylbewerberleistungsgesetzes entkoppelt wäre. Aus Sicht mehrerer Fachkräfte wäre es eine enorme Verbesserung, die gesundheitliche Versorgung nicht länger vom Aufenthaltsstatus abhängig zu machen.

Zum Substanzkonsum von Geflüchteten

Ein Teil der Fachkräfte äußerte den Bedarf nach mehr Informationen wie zum Beispiel, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum und der Religion oder den Herkunftsländern gibt. Von einem anderen Teil der Fachkräfte gab es ambivalente Diskussionsbeiträge zum Alkohol- und Drogenkonsum. Eine Teilnehmerin berichtete, von der in der Studie festgestellten Prävalenz des Alkoholkonsums „positiv überrascht“ zu sein, da ihr eine sehr viel höhere Prävalenz des Alkoholkonsums und der Alkoholabhängigkeit unter Geflüchteten in der ostdeutschen Region bekannt sei. Demgegenüber bestätigte eine andere Fachkraft, dass die Unterkunftsleitung von dem Alkohol- und Drogenkonsum zu meist nichts mitbekommt, wenn dieser nicht sehr auffällig ist. Eine Fachkraft schilderte, dass Unterkünfte in Bayern erhebliche Schwierigkeiten mit Suchtproblemen haben und deshalb versucht wird, suchtkranke Geflüchtete räumlich von anderen Geflüchteten zu trennen. Für Substituierte musste die Leitung die jeweiligen Substitutionsmittel besorgen; eine neue Aufgabe, die zunächst als befremdlich empfunden wurde.

Zum Drogenkonsum äußerten einige Fachkräfte, dass sie die Ergebnisse zu den Motiven für den Drogenkonsum im Heimatland und in Deutschland mit großem Interesse zur Kenntnis genommen haben. Insbesondere die Daten zu dem hohen Stresslevel als Konsummotivation in Deutschland seien „erschreckend“. Eine Erklärung für den Drogenkonsum und den Post-Migrationsstress bestehe nach Einschätzung einer Fachkraft darin, dass die Realität des Lebens in Deutschland eine andere ist, als zuvor von den Geflüchteten antizipiert. In Deutschland wüssten sie nicht, was sie mit ihrer Zeit anfangen sollen und so entstünde eine große Frustration und auch Langeweile, die einen Drogenkonsum begünstigen können.

Dass ein großer Anteil der befragten Geflüchteten aussagte, nicht zu wissen wo sie Hilfe für ihr Alkohol- oder Drogenproblem finden können, hat einige der Fachkräfte „erschrocken“ und „überrascht“. In einigen Wohnunterkünften gibt es verschiedensprachige Flyer dazu, welche Suchteinrichtungen in der Stadt vorhanden sind. Flyer erscheinen aber als keine geeignete Maßnahme, den Zugang zur Suchthilfe zu ebnen. Wichtiger wäre eine direkte Ansprache, was in der Praxis jedoch selten geschehe, da ein Alkohol- oder Drogenkonsum in Gesprächen mit den Geflüchteten nicht thematisiert würde. Von einer Fachkraft wurde berichtet, dass es in der Unterkunft eine Fortbildung zum Thema Drogen gab und dass im Anschluss an die Fortbildung seitens der Einrichtung gewünscht wurde, dass die örtliche Drogenhilfe in die Einrichtung kommt. Das wurde von dem Drogenhilfeträger abgelehnt mit dem Argument, die Betreuer oder Betreuerinnen in der Einrichtung sollen Geflüchtete zur Drogenhilfe begleiten. Aus Zeitgründen – so die Fachkraft - kann die Sozialbetreuung diese Aufgabe aber nicht leisten.

Übereinstimmend wiesen mehrere Fachkräfte darauf hin, dass die Anbindung von Geflüchteten an die Regelversorgung ein großes Problem darstellt. Zum einen sei eine direkte Ansprache potentieller Drogenprobleme wegen des Mangels an einem Einzelbüros, aus Datenschutzgründen und wegen Sprachbarrieren nicht möglich oder zumindest problematisch. Zum anderen mangle es Geflüchteten möglicherweise an Vertrauen gegenüber den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in der Unterkunft. Überdies sei auch bei Geflüchteten nicht immer das Bewusstsein vorhanden, eine professionelle Hilfe zu benötigen.

Empfehlungen zur Verbesserung der Problemlagen von Geflüchteten

Die Wohnunterkünfte von Geflüchteten sind der am besten geeignete Ort, soziale und gesundheitliche Problemlagen von Geflüchteten zu erkennen. Wohnunterkünfte umfassen dabei sowohl Gemeinschaftsunterkünfte als auch die Unterkunft in einer eigenen Wohnung. Bei den gesundheitlichen Problemlagen stehen weniger Arztbesuche und eine medikamentöse Behandlung im Vordergrund als vielmehr die Anbindung an eine Regelversorgung bei psychischen Problemen und einem Alkohol- und Drogenkonsum. Im Hinblick auf die Wahrnehmung von Problemlagen sind sehr große Flüchtlingsunterkünfte aufgrund der Vielzahl an untergebrachten Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und Sprachräumen vor einer größeren Herausforderung gestellt als kleinere Gemeinschaftsunterkünfte.

- Gesicherte Finanzierung von Sozialberatungen für Geflüchtete

Sozialberatungen in den Unterkünften, die etwa von Trägern der freien Wohlfahrtspflege angeboten werden, sind für Geflüchtete von zentraler Bedeutung, da sie die Bewohner und Bewohnerinnen und deren Problemlagen gut kennen. Einige der dort tätigen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sprechen zudem Arabisch, Farsi, Kurdisch oder Französisch, was die persönlichen Kontakte zu einer rele-

vanten Gruppe der Geflüchteten erleichtert. Problematisch ist jedoch, wenn die Finanzierung der Sozialberatung nur für einen zu kurzen Zeitraum bewilligt wird oder insgesamt zu wenig finanziell gesichert ist. Diese Problematik trifft laut einer Fachkraft der Fokusgruppe vor allem auf Bayern zu.

Für Geflüchtete, die Gemeinschaftsunterkünfte verlassen und beispielsweise eine eigene Wohnung beziehen, sind ebenfalls Ansprechpersonen oder Integrationslotsen unverzichtbar. So hat eine Teilnehmerin der Fokusgruppen geschildet, als Migrationsberaterin in den vergangenen fünf Jahren über 42.000 Kontakte zu Geflüchteten gehabt zu haben, die eine Unterstützung unter anderem bei gesundheitlichen oder konsumbezogenen Problemen in Anspruch nahmen.

Übereinstimmend gaben mehrere Fachkräfte in den Fokusgruppen an, dass viele Geflüchtete auch nach mehreren Jahren der Migration nach Deutschland noch auf eine intensive Beratung angewiesen sind, um sich in der deutschen Gesellschaft und ihren bürokratischen Prozessen orientieren zu können. Daher wurde dafür appelliert, die Finanzierung der Sozial- oder Migrationsberatung für Geflüchtete personell und finanziell abzusichern.

- Fortbildungen zum Thema Alkohol- und Drogenkonsum

Angesichts der zentralen Bedeutung von Hilfen durch die Sozialarbeit kommt ihnen eine besondere Funktion in der Prävention des Substanzkonsums von Geflüchteten zu. Da sich schriftliche Informationen zu Substanzen und Hilfeeinrichtungen bei Geflüchteten als eine ineffektive Maßnahme erwiesen haben, stellt der persönliche Kontakt zu den Geflüchteten ein adäquater Zugang für Präventionsbotschaften dar. Um die in der Flüchtlingshilfe tätige Sozialarbeit in die Lage zu versetzen, Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen zum Substanzkonsum anbieten zu können, ist eine regelmäßige z.B. jährliche Teilnahme an verfügbaren Fortbildungen zu Themen des Alkohol- und Drogenkonsums zu empfehlen. Die Teilnahme an den Fortbildungen sollte von dem zuständigen Träger oder der zuständigen Behörde für die Unterbringung von Geflüchteten finanziert werden.

- Aufsuchende Arbeit der Suchthilfe

Hemmnisse in der Anbindung von Geflüchteten an die Suchthilfe wurden von mehreren Fachkräften in den Fokusgruppen als ein relevantes Thema und noch ungelöstes Thema genannt. Barrieren im Zugang zur Versorgung bestehen in dem mangelnden Vertrauen in Institutionen, aber auch in dem mangelnden Bewusstsein alkohol- und drogenkonsumierender Geflüchteter, Unterstützung zu benötigen. Um Geflüchtete mit einem potenziellen Hilfebedarf zu erreichen, müssen sie dort aufgesucht werden, wo sie sich befinden. Eine aufsuchende Arbeit der regionalen Suchthilfe in die Gemeinschaftsunter-

künfte trägt wesentlich dazu bei, Hemmschellen zu senken. Dies ist beispielsweise von einer Hamburger Suchthilfeeinrichtung bekannt, die das erfolgreich praktizierte.³ Durch die Präsenz von Suchthilfeeinrichtungen in den Wohnunterkünften für Geflüchtete kann zum einen das Informationsdefizit zur Entstehung einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit verringert werden. Zum anderen kann über die Angebote der Suchtberatung und Behandlung aufgeklärt werden. Nicht zuletzt lernen die Geflüchteten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Suchthilfeeinrichtung persönlich kennen, was für die Anbindung an die Regelversorgung von Vorteil ist.

- Flexibilisierung der gesetzlichen Regelungen zur Behandlung von chronischen psychischen Krankheiten

Die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten ist in § 4 Absatz 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) geregelt. Für Asylsuchende besteht nach dem AsylbLG der Anspruch auf eine Akutversorgung bei behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Schmerzen. Psychiatrische Behandlungen gelten nach dem Gesetz als Akutbehandlungen, nicht aber eine Psychotherapie oder Rehabilitationsmaßnahmen. In Einzelfällen kann eine psychotherapeutische Kurzzeittherapie bewilligt werden, wobei allerdings die Kostenerstattung für eine notwendige Sprachmittlung während der Therapie eine weitere Barriere darstellt. Für Geflüchtete, über deren Asylantrag noch nicht entschieden wurde, kann die Kostenübernahme für die Sprachmittlung beim Sozialamt beantragt werden.

Mehrere Fachkräfte haben in den Fokusgruppen kritisiert, dass die gesetzlichen Regelungen und Rahmenbedingungen zu unflexibel sind und den Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung für Geflüchtete deutlich erschweren. Berichtet wurde beispielsweise, dass eine Entzugsbehandlung bewilligt und die Kosten dafür übernommen werden, eine anschließende Therapiemaßnahme jedoch abgelehnt wurde. Auch ein männlicher Geflüchteter berichtete in den Befragungen davon, nach einer Entzugsbehandlung seit zwei Jahren abstinent zu sein und wöchentlich Urinproben an die Ausländerbehörde abzugeben. Laut seiner Darstellung äußerte die Behörde, dass niemand wisse, ob er nicht wieder rückfällig werde und aus diesem Grund würde sein Asylantrag noch nicht entschieden. Diese Beispiele dokumentieren, dass eine adäquate Gesundheitsversorgung bei einer Suchterkrankung unter den geltenden gesetzlichen Regelungen nahezu unmöglich ist. Erst mit der Anerkennung des Asylgesuchs besteht der Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung, die der von allen gesetzlich Krankenversicherten entspricht.

Um die Stressoren durch einen ungesicherten Aufenthaltsstatus zu mindern, forderten die Fachkräfte in den Fokusgruppen eine kürzere Verfahrensdauer bei den Asylentscheidungen. Zugleich bekräftigten sie ihre Haltung, dass die Gesundheit und Genesung von Geflüchteten im Vordergrund stehen müsse.

³ Siehe hierzu: <file:///C:/Users/ZIShz/AppData/Local/Temp/zeitung-48.pdf>, Seite 4

Dazu müsse das AsylbLG mehr Flexibilität ermöglichen oder Gesundheitsleistungen sollten von diesem Gesetz entkoppelt werden.

- Sprachbarrieren durch die Teilnahme an Deutschkursen senken

Aus Sicht der Fachkräfte stellen sich Sprachbarrieren in der Praxis als „immerwährende Herausforderung“ dar. Sprachmittler und Sprachmittlerinnen sind für die Anbindung an die Regelversorgung unverzichtbar, gleichzeitig bestehen Schwierigkeiten der Kostenübernahmen für diese Leistungen. So sind psychotherapeutische und suchtmmedizinische Behandlungen oftmals aufgrund der Sprachbarrieren nicht umsetzbar. Vorhandene Sprachbarrieren ließen sich nur senken, indem möglichst viele Geflüchtete an einem Deutschkurs teilnehmen könnten. Eine Teilnahmeberechtigung zu einem solchen Integrationskurs besteht derzeit nur, wenn eine Aufenthaltserlaubnis besteht. Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass jedoch nur 44 % der 1.116 befragten Geflüchteten eine Aufenthaltserlaubnis hatten. Somit ist der überwiegende Teil der Geflüchteten von einem Deutschkurs ausgeschlossen. Um eine Entlastung bei den Kosten für eine Sprachmittlung herbeizuführen und Geflüchteten einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, sind Kenntnisse der deutschen Sprache unabdingbar. Eine Herabsetzung der Zugangskriterien zu einem Integrationskurs wäre hierfür eine zentrale Voraussetzung.

Insgesamt sind Geflüchtete eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Bildungs- und Sprachressourcen, gesundheitlichen Problemlagen und Bedarfen an eine gesundheitliche Regelversorgung. Aus den Studienergebnissen ging hervor, dass Frauen häufiger medizinische Hilfen benötigten, während Männer eher zu den Alkohol- und oder Drogenkonsumierenden zählten. Viele der dargelegten Empfehlungen sind von so grundlegender Natur sind, dass sie gleichermaßen männliche wie weibliche Geflüchtete betreffen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine gendersensitive Betrachtung der benötigten Gesundheitsversorgung kaum möglich.

6 Diskussion der Gesamtergebnisse und Gesamtbeurteilung

Ausgehend von den bestehenden Forschungsdefiziten sollten mit der Studie repräsentative Erkenntnisse zur Verbreitung des Konsums legaler und illegaler Substanzen unter volljährigen Geflüchteten sowie zu ihren sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen gewonnen werden. Zudem war es ein Ziel, durch einen Vergleich von Geflüchteten mit und ohne Substanzkonsum Risikokonstellationen für einen Substanzkonsum zu identifizieren. Die Barrieren bei der Nutzung medizinischer und psychiatrischer Hilfen sowie der Suchthilfe wurde aus Perspektive der Geflüchteten und der Fachkräfte erhoben, die an den Fokusgruppen teilnahmen.

Die Studie wurde in den vier Bundesländern Sachsen, Niedersachsen, NRW und Bayern implementiert. In diesen Bundesländern wurden Geflüchtete in 54 Gemeinschaftsunterkünften in 15 Städten aufgesucht. Der Befragung lag ein standardisierter auf Tablets programmierter Fragebogen in den Sprachen Deutsch, Englisch Französisch, Arabisch, Farsi und Tigrinya zugrunde. Pro Bundesland wurde zudem eine – aufgrund der Pandemie virtuelle – Fokusgruppe mit Fachkräften aus den Wohnunterkünften und den zuständigen Behörden durchgeführt, an der 21 Fachkräfte teilnahmen.

Die Berechnung einer repräsentativen Stichprobe erfolgte auf der Grundlage der WHO Kalkulation für epidemiologische Befragungen, bei von der geschätzten Prävalenz des Substanzkonsums von 25% in der Gruppe der Geflüchteten ausgegangen wurde. Demzufolge hätte eine Stichprobengröße von N=1.153 Personen erreicht werden müssen. Nach Ausschluss ungültiger Fälle konnten N=1.116 Geflüchtete in die Analysen einbezogen werden. In der Studie sollte auf Basis des Ausländerzentralregisters (Stichtag 30. Juni 2019) eine Stratifizierung nach Geschlecht und Altersgruppen vorgenommen werden. Die Stratifizierung ließ sich in der Forschungspraxis nicht umsetzen. So wurden mehr Frauen und mehr ältere Geflüchtete erreicht als theoretisch geplant. Ungeachtet dieser Abweichungen ist es mit der Studie gelungen, dass umfassende und evidenzbasierte Erkenntnisse zu den sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen von Geflüchteten in Deutschland vorliegen.

Von den 1.116 befragten Geflüchteten waren 631 männlich (56,5 %) und 485 weiblich (43,5 %). Die geflüchteten Männer waren im Mittel 33,9 Jahre alt und die Frauen im Mittel 34,4 Jahre alt. Insgesamt waren 60 % der Befragten maximal seit 4 Jahren in Deutschland, wobei die befragten Männer deutlich früher nach Deutschland migriert waren als die befragten Frauen; im Mittel waren die männlichen Geflüchteten seit 3,72 Jahren und die weiblichen Geflüchteten seit 3,17 Jahren in Deutschland. Die Befragten stammten aus 51 verschiedenen Ländern, wobei 60 % von ihnen aus Syrien, Irak, Afghanistan und Nigeria kamen.

- Zur Flucht

In der Literatur wurden die Gründe für die Flucht bislang nur in der IAB-BAMF-SOEP-Befragung detailliert erhoben [18, 19]. In Übereinstimmung mit diesen Befragungen zeigte sich auch in dieser Studie, dass über 70 % der Geflüchteten vor Krieg, mangelnder Sicherheit und politischer Verfolgung geflohen waren. Während mehr Männer als Frauen aus politischen Gründen flüchteten, haben mehr Frauen als Männer aus wirtschaftlichen und privaten Gründen ihre Heimat verlassen. Frauen flüchteten aus dem Wunsch nach einer besseren Zukunft für Ihre Kinder, vor Zwangsheirat und Beschneidung. Insgesamt berichtete mehr als die Hälfte der Befragten (54,6 %) von belastenden Erlebnissen während der Flucht; ein vergleichbarer Anteil wurde auch in der IAB-BAMF-SOEP Befragung festgestellt [18]. Signifikant mehr Männer als Frauen wiesen Fluchtbelastungen auf (53 % vs. 40 %), die bei Männern vor allem in Schlägen und Misshandlungen, bei Frauen zudem in Vergewaltigungen bestanden.

Bei knapp 60 % der Befragten dauerte die Flucht nicht länger als 12 Monate; im Mittel waren sie nach 1,8 Monaten Flucht in Deutschland angekommen. Der verbleibende Anteil flüchtete über mehrere Transitländer und benötigte im Mittel 40,3 Monate. Die Fluchtdauer war signifikant kürzer bei den Frauen als bei den Männern. Eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Fluchtmotive und Fluchterlebnisse fehlt in der Literatur. Aus den Ergebnissen dieser Studie geht hervor, dass sich die Fluchtgeschichte von Männern und Frauen signifikant voneinander unterscheidet. Der jeweiligen Fluchtgeschichte sollte daher nicht nur in der Forschung, sondern auch in den Sozialberatungen mehr Beachtung gewidmet werden.

- Zur sozialen Lebenslage

Die zentralen Aspekte der sozialen Lage von Geflüchteten in Deutschland sind bestimmt durch die Schulbildung, die gegenwärtige Beschäftigung sowie die Kenntnisse der deutschen Sprache. Im Hinblick auf die Schulbildung im Herkunftsland wiesen die geflüchteten Männer eine signifikant bessere Schulbildung auf als die geflüchteten Frauen. Männer waren im Mittel 6,8 Jahre in einer Schule und Frauen ein Jahr weniger. Über ein Fünftel der Männer, aber knapp ein Drittel der Frauen haben nie eine Schule besucht. Im Vergleich zu anderen Forschungsergebnissen ist die Schulbildung der befragten Geflüchteten deutlich schlechter [9, 21]. So lag der Anteil an Geflüchteten ohne formelle Schulbildung in anderen Studien bei 9 % [19] bis zu 17 % [22]. Auf der anderen Seite hatten etwa ein Viertel der befragten geflüchteten Männer und Frauen das Abitur und knapp 15 % haben an einer Hochschule studiert. Damit liegt der Anteil an Geflüchteten mit einer sehr guten Bildung höher als in anderen Untersuchungen [19, 22]. Übereinstimmend mit der Auswertung der SoKo-Daten [22] hatten Geflüchtete aus Iran eine sehr hohe und Geflüchtete aus Somalia eine sehr schlechte Schulbildung. Zur Tätigkeit in Deutschland gab jeweils ein Fünftel der männlichen Befragten an, zumindest gelegentlich zu arbeiten und ein Fünftel suchte eine Arbeit. Von den Frauen war über ein Drittel als Hausfrau tätig. Vergleichbare Daten zur Beschäftigungssituation in Deutschland liegen nicht vor. Lediglich die älteren Daten des Mikrozensus aus dem Jahr 2014 bieten einen Anhaltspunkt zur Einordnung der Ergebnisse [35]. Nach dem Mikrozensus waren in Gemeinschaftsunterkünften 18 % der jüngeren (unter 30 Jahre) und knapp 27 % der älteren Geflüchteten erwerbstätig, was einem höheren Anteil als in der vorliegenden Studie entspricht.

Signifikant mehr befragte Frauen als befragte Männer haben einen Deutschkurs besucht (41,9 % vs. 34,5 %), dennoch schätzten die Frauen ihre deutsche Sprachkompetenz signifikant schlechter ein als die Männer. Mehr als ein Viertel der Frauen sagte, deutsch schlecht oder sehr schlecht verstehen, sprechen und lesen zu können. Demgegenüber meinte mehr als ein Viertel der Männer, eine gute oder sehr gute Sprachkompetenz in diesen Bereichen zu haben. In der IAB-BAMF-SOEP-Befragung hatten

26 % der Frauen und 39 % Männer ihre Deutschkenntnisse als gut oder sehr gut eingeschätzt, was bei den Männern ein noch höherer Anteil ist als in der vorliegenden Studie.

Die Schulbildung, eine Beschäftigung sowie Deutschkenntnisse sind für die Integrationschancen von entscheidender Bedeutung. Die Bedeutung dieser Aspekte wird dadurch unterstrichen, dass die Ergebnisse dieser Studie wie auch weitere Studien [25, 28] zeigen, dass die Langeweile durch das Nichtstun den Konsum von Alkohol und Drogen begünstigt. So kam auch die IAB-BAMF-SOEP-Befragung [36] zu dem Schluss, dass mit der Ankunft in Deutschland die größten ungedeckten Hilfebedarfe im Bereich der Bildung, Beruf und Deutschkenntnisse bestanden. Eine Teilnahme an einem Deutschkurs und auch die gegenwärtige Arbeitssituation sind jedoch vom Asylstatus abhängig. Von den Fachkräften in den Fokusgruppen wurde mehrfach betont, dass Sprachbarrieren ein zentrales Hindernis bei der Anbindung von Geflüchteten an die medizinische und therapeutische Gesundheitsversorgung darstellen. In der Forschung hat sich die Möglichkeit zur Nutzung einer Migrationsberatung als eine statistisch signifikant positive Auswirkung auf alle Lebensbereiche herausgestellt [36], und auch die Möglichkeit zur Nutzung einer umfassenden Gesundheitsversorgung vom ersten Tag der Migration an wurde als elementar wichtig erachtet [21]. Um Sprachbarrieren zu verringern und damit die Nutzung von Hilfeangeboten zu erhöhen, sollten die Möglichkeiten der Teilnahme an einem Integrationskurs ausgeweitet werden auf Geflüchtete, die noch keinen Asylantrag gestellt haben oder deren Asylantrag noch nicht entschieden ist.

- Zur körperlichen und psychischen Gesundheit

Von den 1.116 Befragten bezeichneten sich 486 (43,5 %) aktuell als gesund. Allerdings waren signifikant mehr Männer als Frauen gesund (47,5 % vs. 38,4%). Bei 630 Befragten lag eine körperliche Erkrankung vor und hierbei waren – wie auch in der Wido-Studie [21] – Rücken- und Gelenkschmerzen sowie Kopfschmerzen und Migräne am häufigsten. Von den Befragten mit einer körperlichen Erkrankung wurde die Mehrheit (71,9 %) in Deutschland bereits behandelt. Da nicht mehr als 43,5 % der Befragten ein Bleiberecht hatten, kann von einer guten medizinischen Behandlung körperlicher Erkrankungen auch unabhängig vom Aufenthaltsstatus ausgegangen werden.

Insgesamt ein Fünftel der befragten Männer und Frauen gab an, in einer schlechten oder sehr schlechten psychischen Verfassung zu sein. Im Unterschied zu anderen Studien [18, 20] konnten bei der psychischen Gesundheit keine Geschlechts- oder Altersunterschiede festgestellt werden. Eine detaillierte Analyse der psychischen Gesundheit im Hinblick auf die Ängstlichkeit und Depression (nach der HSCL-25) ergab einen Mittelwert von 1,62 für Ängstlichkeit und von 1,75 für Depression. Geflüchtete waren erheblich stärker von Symptomen der Ängstlichkeit und Depression betroffen als die deutsche Allgemeinbevölkerung [18, 31] und andere Migrantengruppen [10], jedoch in deutlich geringerem Ausmaß

als traumatisierte Geflüchtete in Behandlung [11]. Während in einigen Studien geflüchtete Frauen häufiger als Männer psychische Störungen aufwiesen [11, 17], konnte in einer dieser mit der vorliegenden Studie vergleichbaren deutschen epidemiologischen Studie [9] ebenfalls kein Unterschied zwischen dem Geschlecht nachgewiesen werden [ebenfalls: 13]. In der vorliegenden Studie waren stärkere Symptome von Ängstlichkeit und Depression signifikant mit belastenden Fluchterlebnissen und einem unsicheren Aufenthaltsstatus verbunden, insbesondere wenn eine Duldung oder ein Abschiebebescheid vorlag. Die einzige deutsche Studie, die ebenfalls die Auswirkungen des Aufenthaltsstatus auf psychische Beeinträchtigungen untersucht hat, kam zu vergleichbaren Ergebnissen [16].

Insgesamt wiesen ein Drittel der befragten Geflüchteten eine klinisch relevante Ängstlichkeit und knapp 42% eine klinisch relevante Depression auf. Zugleich wurden nicht mehr als 23 % der Befragten – signifikant mehr Männer als Frauen – in Deutschland wegen psychischen Problemen behandelt. Die Ergebnisse dieser Studie belegen, dass eine erhebliche Zahl der Geflüchteten psychisch stark belastet ist und zwischen 33% und 40 % der 1.116 Befragten eine psychische Störung aufweisen, die den Bedarf nach einer Behandlung anzeigen. Gemessen an der geringen Behandlungsrate insbesondere von weiblichen Geflüchteten sind verstärkte Anstrengungen erforderlich, den Zugang zu psychosozialer und therapeutischer Unterstützung für Geflüchtete zu verbessern.

- Zur Einnahme von Medikamenten

Zur Einnahme von Medikamenten bei Geflüchteten gibt es bislang kaum Forschungsergebnisse. Mit der vorliegenden Studie wurde erstmalig die Einnahme unterschiedlicher Medikamente in dieser spezifischen Gruppe untersucht. Bezogen auf fünf abgefragte Medikamentengruppen hat die Hälfte der Befragten (n=562; 50,4 %) jemals im Heimatland und ein etwas höherer Anteil jemals in Deutschland (n=642; 57,5%) Medikamente genommen. Sowohl in der Heimat als auch in Deutschland haben signifikant mehr Frauen als Männer Medikamente eingenommen. In Deutschland wurden am häufigsten Schmerzmittel eingenommen, wobei die geflüchteten Frauen signifikant häufiger zu Schmerzmitteln gegriffen haben als die geflüchteten Männer (58 % vs. 50 %). Schlaf- und Beruhigungsmittel haben knapp 17 % und Antidepressiva knapp 13 % der Befragten in Deutschland genommen; hierbei gab es keine Geschlechtsunterschiede. Von den 642 Geflüchteten mit einem Medikamentengebrauch in Deutschland hat ein Viertel täglich Schmerzmittel und etwa jeder 10. dieser Geflüchteten täglich Schlaf- und Beruhigungsmittel und/oder Antidepressiva eingenommen. Für mehr als die Hälfte der Hälfte der Männer und Frauen waren die Medikamente für die eigene Gesundheit notwendig oder sehr notwendig.

In Deutschland nahmen 60 % der Geflüchteten mit einem Migrationsstressor (Familienangehörige lebten noch in der Heimat) und knapp 80 % derjenigen mit einer sehr schlechten psychischen Gesundheit

Medikamente. Zu Medikamentenkonsum gibt es lediglich eine Studie aus Schweden, in der die Einnahme von Antidepressiva im Vergleich von 2.198 jungen Geflüchteten und gleichaltrigen Schweden untersucht wurde [37]. Den Ergebnissen zufolge hatten Geflüchtete mit Depressionen oder Angststörungen seltener eine Behandlung mit Antidepressiva genutzt als die Vergleichsgruppe. Unter Geflüchteten kam eine geringe aber konstante Einnahme von Antidepressiva besonders häufig vor. Zur Einnahme von Antidepressiva und einer entsprechend angemessenen Behandlung fehlen es in Deutschland nach wie an Forschungsarbeiten. In mehreren Studien wurde festgestellt, dass Geflüchtete eine vulnerable Gruppe für die Entwicklung somatischer (Schmerz-)Symptome sind [9-11, 16]. Inwieweit die Einnahme von Medikamenten mit einer Somatisierung und weiteren Einflussfaktoren zusammenhängt, ist ebenfalls eine Fragestellung, die einer weiteren Forschung bedarf.

- Zum Alkoholkonsum

In Deutschland hat insgesamt ein Viertel der 1.116 Befragten jemals Alkohol getrunken (N=307). Der Konsum von Alkohol ist dabei vorrangig ein Phänomen von männlichen Geflüchteten; Alkohol tranken etwa 39 % der Männer aber nur 13 % der Frauen in Deutschland. Jeweils über ein Drittel trank hauptsächlich bei privaten Anlässen wie Familienfeiern oder am Wochenende. Ein täglicher Alkoholkonsum war selten. Die Ergebnisse des AUDITS zeigen, dass von den 1.116 befragten Geflüchteten 67,2 % nie Alkohol getrunken haben, 22,0 % tranken in moderater Art und Weise und 10,8 % hatten einen Risikokonsum entwickelt. Ein riskanter Alkoholkonsum traf signifikant häufiger bei den geflüchteten Männern zu. Verglichen mit der deutschen Allgemeinbevölkerung tranken erheblich weniger Geflüchtete überhaupt Alkohol. So geht aus den Ergebnissen zum riskanten Alkoholkonsum aus dem Jahr 2014 hervor, dass 13,7 % der deutschen Bevölkerung nie tranken, 31,4 % hatten keinen Risikokonsum und 16 % hatten in riskanter Weise Alkohol getrunken [38]. Zugleich wird bei dem Vergleich deutlich, dass bezogen auf einen riskanten Alkoholkonsum der Unterschied zwischen Geflüchteten und der Allgemeinbevölkerung nur etwa 5 % beträgt. Möglicherweise ist das ein Indiz dafür, dass sich der Alkoholkonsum von Geflüchteten dem Konsum im Gastland zunehmend angleicht. Verschiedene Forschungsergebnisse stützen diese Vermutung, da mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Gastland eine vergleichbare Prävalenz von Alkoholstörungen unter Geflüchteten wie im Gastland festgestellt wurde [6, 24]. Allerdings gibt es im Hinblick auf den Alkoholkonsum kulturelle Unterschiede. Ein Alkoholkonsum war unter Befragten aus Iran, Algerien und dem christlichen Ostafrika eher verbreitet, dagegen unter Befragten aus Somalia außerordentlich selten [vgl. auch 26].

Von den 120 Geflüchteten mit einem riskanten Alkoholkonsum gaben 101 Personen (88,6 %) an, noch niemals Hilfen für ihr Alkoholproblem genutzt zu haben. Nahezu ebenso viele Geflüchtete berichteten, nicht zu wissen, wer ihnen in Deutschland hierbei helfen könnte. Lediglich 13 Personen (11,4 %) erhielten bereits eine Hilfe für ihr Alkoholproblem. Die Hälfte derjenigen mit einem Alkoholproblem wollte

keine Hilfe, da sie unter anderem nicht abhängig seien. In den Fokusgruppen stellte sich heraus, dass die Fachkräfte nicht wussten, dass Geflüchteten die Angebote einer Alkoholberatung- und Behandlung nicht bekannt sind. Aus diesen Grund sollte der Alkoholkonsum in persönlichen Gesprächen mit den Geflüchteten thematisiert werden, um Geflüchteten sowohl Wissen zum Alkoholkonsum als auch Informationen zu Hilfeangeboten zu vermitteln. Hierfür eignen sich insbesondere die Sozialberatungen in den Wohnunterkünften. Für Geflüchtete mit einer Suchterkrankung ist eine engere Kooperation zwischen der Flüchtlings- und Suchthilfe zu empfehlen.

- Zum Drogenkonsum

Gemessen an der Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen von 29,5 % in der erwachsenen deutschen Bevölkerung [34] ist der Drogenkonsum unter Geflüchteten deutlich geringer. Bezogen auf die Gesamtstichprobe beträgt die Lebenszeitprävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge 7,4 % (n=83). In Deutschland haben insgesamt 65 Geflüchtete jemals Drogen genommen, was einer Lebenszeitprävalenz von 5,6 % entspricht. Ebenso wie der Alkoholkonsum ist auch der Drogenkonsum ein männliches Verhalten; nur 3 geflüchtete Frauen haben in Deutschland Drogen konsumiert. Die geringe Prävalenz des Drogenkonsums unter Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen sowie die Korrelation zwischen Drogenkonsum und männlichen Geflüchteten wurde auch in anderen Studien festgestellt [24, 26].

Mit der Ankunft in Deutschland wurde überwiegend Cannabis, Kokain und/oder Ecstasy konsumiert. Opium oder Heroin, die vor allem im Herkunftsland konsumiert wurden, spielten in Deutschland kaum eine Rolle. Eine deutsche Studie zum Drogenkonsum unter Geflüchteten konnte nachweisen, dass sich der Drogenkonsum in dieser Gruppen an den Drogenmarkt in Deutschland anpasst [39]. Im Hinblick auf die Konsumfrequenz zeigte sich, dass zumeist ein gelegentlicher Konsum praktiziert wurde und ein täglicher Drogenkonsum eher die Ausnahme war. Ein Vergleich der Konsummotive im Heimatland und in Deutschland offenbarte, dass in Deutschland ein Drogenkonsum aus Stress, um abzuschalten und aus Langeweile dominierte. Angesichts der Konsummotive erscheint der Drogenkonsum in Deutschland als eine Form der Selbst-Medikation; der Konsum wird somit als eine Bewältigungsform und nicht als problematisch wahrgenommen.

Eine Nutzung der Drogenhilfe in Deutschland bestätigten lediglich 17 Befragte und diese hatten zumeist Kontakt zu einer Drogenberatung mit dem Resultat, dass 10 Befragte eine Entzugsbehandlung und 6 Befragte auch eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nahmen. Die Mehrheit der Drogenkonsumierenden gab an, nicht zu wissen, an wen sie sich mit einem Drogenproblem wenden können. Somit gilt die gleiche Empfehlung zur Aufklärung und Information, die bereits zur Hilfe bei Alkoholproblemen genannt wurde.

- Vergleich von Geflüchteten ohne und mit Substanzkonsum

Der Vergleich von Geflüchteten ohne jeglichen Substanzkonsum (einschließlich Medikamenten) mit denjenigen, die Alkohol und/oder Drogen in Deutschland konsumierten oder aber ausschließlich Medikamente einnahmen, ließ erkennen, dass der Substanzkonsum ein komplexes Phänomen ist. Zwar fand sich ein Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum und der psychischen Gesundheit. Darüber hinaus konnten fluchtspezifische Zusammenhänge identifiziert werden. So stellten belastende Fluchterlebnisse, das Alleinleben ohne Familienangehörige und ein unsicherer Aufenthaltsstatus und hier insbesondere die Duldung oder Abschiebung deutliche Risikofaktoren für einen Alkohol- und/oder Drogenkonsum dar. Andererseits wirkten eine Beschäftigung und der Glaube eine protektiv. So wiesen Geflüchtete mit einer Arbeit oder Beschäftigung sowie muslimische oder jesidische Geflüchtete signifikant seltener einen Alkohol- oder Drogenkonsum auf.

Aus den Forschungsergebnissen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- Zur Einnahme von Medikamenten bei Geflüchteten besteht ein Forschungsbedarf, um die Medikamenteneinnahme im Kontext der Somatisierung und psychischer Erkrankungen sowie einer adäquaten medizinischen Behandlung näher zu untersuchen.
- Um Alkohol- und Drogenprobleme seitens der Geflüchteten sowie seitens der Fachkräfte besser wahrzunehmen, besteht der Bedarf nach Aufklärung auf beiden Seiten. In dieser Hinsicht sollten vor allem die Sozialberatungen in den Wohnunterkünften der Geflüchteten durch Fortbildung zur Sucht in ihrer Kompetenz gestärkt werden, da diese den besten Kontakt zu Geflüchteten haben und somit frühzeitig präventiv handeln können.
- Um die Hürden bei der Anbindung alkohol- oder drogenkonsumierender Geflüchteter an die Angebote der Suchthilfe zu senken, sollte die Suchthilfe eine aufsuchende Arbeit in den Flüchtlingsunterkünften anbieten.
- Insgesamt wäre eine stärkere Kooperation zwischen der Suchthilfe und der Sozialberatung in den Wohnunterkünften wünschenswert, wobei die spezifischen Risikofaktoren für einen Substanzkonsum bei Geflüchteten systematisch Beachtung finden sollten.
- Sprachbarrieren sowie eine ungeklärte Finanzierung von Suchtbehandlungen erschweren eine adäquate Versorgung. Diese Hindernisse bestehen insbesondere bei Geflüchteten, die (noch) kein Bleiberecht haben. Mehrfach betonten die Fachkräfte in den Fokusgruppen, dass die gesetzlichen Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes eine angemessene Gesundheitsversorgung behindern. Daher wäre aus ihrer Sicht eine Trennung der Gesundheitsversorgung vom dem Asylbewerberleistungsgesetzes nötig, um Geflüchteten angemessen bei gesundheitlichen Belangen zu unterstützen. Überdies wäre eine Ausweitung der Zugangsregelungen für die Teilnahme an einem Deutschkurs zu überdenken, um Sprachbarrieren als eine der Hürden in der Gesundheitsversorgung zu senken.

In Übereinstimmung mit anderen Forschungsergebnissen zeigte auch diese Studie einen Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum und den Belastungen durch die Fluchtgeschichte und die Migration nach Deutschland. Eine effektive Suchtprävention muss die psychosozialen Stressoren der Migration in den Blick nehmen und ihnen leicht zugänglich und niedrigschwellig Wissen zur Struktur und den

Angeboten der Suchtprävention und Suchtbehandlung vermitteln. Nach Lorenz [27] muss die Prävention eines riskanten Substanzkonsums kultursensibel, bedarfsgerecht und settingbasiert sein. Von den Fachkräften der Fokusgruppen wurde zudem darauf hingewiesen, dass Suchtprävention auch eine Community-Orientierung beinhalten sollte. Wie sich diese Präventionsansätze konkret gestalten lassen und welche Wirksamkeit etwa mehrsprachige Online-Tools oder Peer-Ansätze haben, ist bislang ungeklärt und bedarf weiterer Forschung.

7 Gender Mainstreaming Aspekte

Mit der Studie sollte ein Anteil an geflüchteten Frauen von 40 % erreicht werden. Nach Ausschluss ungültiger Fälle konnte ein Frauenanteil von 43,5 % in die Analysen einbezogen werden. Bislang haben nur wenige Studien zu Geflüchteten geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt, sodass diese Forschungsarbeit einen wichtigen Beitrag dazu leistet, Erkenntnisse zu den Unterschieden in der sozialen und gesundheitlichen Lebenslage sowie im Substanzkonsum zwischen geflüchteten Männern und Frauen zu gewinnen. Somit liegen erstmals umfangreiche geschlechtsspezifische Daten zu der spezifischen Gruppe von Geflüchteten vor.

Durch den hohen Frauenteil in der Studie besteht eine solide Datengrundlage, die es ermöglichte, durchgängig geschlechtsspezifische Auswertungen vorzunehmen. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass sich die Fluchtgeschichte, die gesundheitliche Situation sowie der Substanzkonsum bei geflüchteten Frauen erheblich von denen der Männer unterscheiden. Bislang haben sich Hilfemaßnahmen auf Geflüchtete insgesamt konzentriert, ohne geschlechtsspezifische Differenzen zu beachten. Zukünftig müssen daher die besonderen Bedarfe von geflüchteten Frauen eine stärkere Berücksichtigung in der Gesundheitsversorgung erfahren.

8 Veröffentlichungen

Zu Thematik von Geflüchteten und den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sind folgende Publikationen erschienen:

- Kuhn S, Zurhold H (2021) Migration, Substanzkonsum und andere Suchtproblematiken. In: Spallek J, Zeeb H (Hg.) Handbuch Migration und Gesundheit. Hogrefe Verlag, Bern, 299-312.
- Zurhold H, Kuhn S (2020) Substanzkonsum von unbegleiteten minderjährigen Ausländern: Ergebnisse einer Befragung von Fachkräften. Prävention und Gesundheitsförderung (5), 283-289: DOI: 10.1007/s11553-019-00751-2.

Auf Grundlage erster Ergebnisse dieser Studie wurde ein Beitrag in der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ eingereicht mit dem Titel „Gesundheitliche Verfassung von Geflüchteten in Deutschland. Erste Ergebnisse aus der Befragung von Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften“. Der Beitrag wurde bereits einem Review unterzogen und wird erneut auf Basis der vollständigen Ergebnisse eingereicht.

Da bislang keine Informationen zur Medikamenteneinnahme unter Geflüchteten vorliegen, ist hierzu ein englischsprachiger Artikel geplant. Zudem sollen die Ergebnisse zum Substanzkonsum in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.

9 Verwertung und Verbreitung

Die Ergebnisse der Studie wurden auf verschiedenen Veranstaltungen präsentiert.

- Virtuelle Konsultation zu „Addressing substance use disorders in humanitarian settings“, die von der UNODC „Prevention Team and Rehabilitation Section (PTRS) in Kooperation mit der WHO und der UNHCR am 08-10 September 2020 durchgeführt wurde.
- Virtuelle Podiumsdiskussion 26.01.2021 zu UMA und Drogen, die von der Fachhochschule Freiburg im Rahmen des forschungsorientierten Master Soziale Arbeit durchgeführt wurde.
- Virtuelles Symposium zu Substanzproblemen bei Geflüchteten auf dem Deutschen Suchtkongress und Vortrag zu „Einflussfaktoren auf die körperliche und psychische Gesundheit von Geflüchteten und ihre Einnahme von Medikamenten“, das am 13.–15. September 2021 stattgefunden hat.
- Vortrag auf den kommenden Suchttherapietagen in 2022 zu dem Thema „Substanzkonsum unter erwachsenen Geflüchteten – Ergebnisse einer Befragung in Übergangwohnheimen“.

Der erstellte Fragebogen und die Übersetzungen können für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt werden. Zudem wurde mit Frau Prof. Dr. Glaesmer vom Uniklinikum Leipzig vereinbart, ihr Daten der Studie zur Verfügung zu stellen, damit sie den Gesundheitsfragebogens (HSCL-25) in mehreren Sprachen validieren kann.

Literatur

1. Ibragimova I, Žužak M: Refugee health in Europe: mapping review of research literature (2015–2019). *International Journal of Health Governance* 2020, 25(4):349-369. <https://doi.org/10.1108/IJHG-04-2020-0031>.
2. Kleist JO, Engler M, Etzold B, Mielke K, Oltmer J *et al*: Flucht- und Flüchtlingsforschung in Deutschland - Eine Bestandsaufnahme. In: *Abschlussbericht des Verbundprojektes ‚Flucht: Forschung und Transfer‘*. Osnabrück, Bonn: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück, Internationales Konversionszentrum Bonn (BICC); 2019: 60
3. Johansson S: Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland. In: *Eine Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung und des SVR-Forschungsbereichs*. Robert Bosch Stiftung, Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration, Forschungsbereich; 2016: 100
4. Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O, Bozorgmehr K, Schenk L *et al*: Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017, 2(1):24. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-005>.
5. RKI: Maßnahmen zur Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund (IMIRA). In: *Abschlussbericht 2020*. Berlin: Robert Koch Institut; 2020: 115
6. Priebe S GD, El-Nagib R: Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. In: *Health Evidence Network (HEN) Synthesis Report 47*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016: 71
7. Morina N AA, Barth J, Schnyder U Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review. 2018, 9(433). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00433>.
8. Brandt L, Henssler J, Müller M, Wall S, Gabel D *et al*: Risk of Psychosis Among Refugees. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2019, 76(11):1133-1140. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1937>.
9. Nesterko Y, Jäckle D, Friedrich M, Holzapfel L, Glaesmer H: Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2020, 29(e40):1-11. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000325>.
10. Iyer Søegaard EG, Kana Z, Koirala R, Hauff E, Thapa SB: Variations in psychiatric morbidity between traumatized Norwegian, refugees and other immigrant patients in Oslo. *Nordic Journal of Psychiatry* 2020, 74(6):390–399. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1714724>.
11. Jongedijk RA, D.Eising D, Aaa Nvd, J.Kleber R, A.Boelen P: Severity profiles of posttraumatic stress, depression, anxiety, and somatization symptoms in treatment seeking traumatized refugees. *Journal of Affective Disorders* 2020, 266:71-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.077>.
12. Pignon B, Geoffroy PA, Thomas P, Roelandt JL, Rolland B *et al*: Prevalence and clinical severity of mood disorders among first-, second- and third-generation migrants. *J Affect Disord* 2017, 210:174-180
13. Georgiadou E, Morawa E, Erim Y: High Manifestations of Mental Distress in Arabic Asylum Seekers Accommodated in Collective Centers for Refugees in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2017, 14(612):13. <https://doi.org/10.3390/ijerph14060612>.
14. Starck A, Gutermann J, Schouler-Ocak M, Jesuthasan J, Bongard S *et al*: The Relationship of Acculturation, Traumatic Events and Depression in Female Refugees. In., vol. 11: 906: *Front. Psychol*; 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00906>.
15. Keller AM, Hajji R: Die psychische Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland. Zur Rolle der Lebenszufriedenheit als Mediator zwischen dem Gefühl „willkommen zu sein“ und der psychischen Gesundheit. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2021. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00833-0>.

16. Winkler JG, Brandl EJ, Bretz HJ, Heinz A, Schouler-Ocak M: Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatr Prax* 2019, 46(04):191-199. <https://doi.org/10.1055/a-0806-3568>.
17. Solberg Ø, Vaez M, Johnson-Singh CM, Saboonchi F: Asylum-seekers' psychosocial situation: A diathesis for post-migratory stress and mental health disorders? *Journal of Psychosomatic Research* 2020, 130. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109914>.
18. Brücker H, Croisier J, Kosyakova Y, Kröger H, Pietrantuono G *et al*: Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung. Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung. In: *IAB-Kurzbericht Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*. vol. 3. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit; 2019: 16
19. Brücker H, Rother N, Schupp J, Babka von Gostomski C, Böhm A *et al*: IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten. Flucht, Ankunft in Deutschland und erste Schritte der Integration. In: *Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge*. vol. 5/2016. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; 2016
20. Metzging M, Schacht D, Scherz A: Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen. In: Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.; 2020: 3-12. https://doi.org/10.18723/diw_wb:2020-5-3.
21. Schröder H, Zok K, Faulbaum F: Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *WIDO-monitor* 2018, 1(15):1-20
22. Heß B: Potenziale von Asylantragstellenden: Analyse der "SoKO" - Sozialstrukturdaten. Halbjahresbericht. In: *Berichtsreihen zu Migration und Integration - Reihe 3*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl; 2021: 23
23. Rommel A, Sass AC, Born S, Ellert U: Health status of people with a migrant background and impact of socio-economic factors. First results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesund* 2015, 58(6):543-552. 10.1007/s00103-015-2145-2.
24. Harris S DJ, Hollander A-C, Dalman C, Kirkbride JB Substance use disorders in refugee and migrant groups in Sweden: A nationwide cohort study of 1.2 million people. *PLoS Med* 2019, 16(11):e1002944. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002944>.
25. Lindert J, Neuendorf U, Natan M, Schäfer I: Escaping the past and living in the present: a qualitative exploration of substance use among Syrian male refugees in Germany. *Conflict and Health* 2021, 15:26. <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00352-x>.
26. Horyniak D MJ, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review. *PLoS ONE* 2016, 11(7):e0159134. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159134>.
27. Lorenz MH, Julia Taggert ML, Thomas Heidenreich: Prävention des riskanten und abhängigen Substanzkonsums bei geflüchteten Menschen. Eine systematische Übersicht. *Sucht* 2021, 67(5):255–271. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000732>.
28. Cuthill F, Grohmann S: Exploring the factors that influence harmful alcohol use through the refugee journey: a qualitative study. In: Edited by Edinburgh Uo. Edinburgh: Scottish Health Action on Alcohol Problems (SHAAP); 2020
29. BAMF: Aktuelle Zahlen. Ausgabe Dezember 2019. In. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF); 2019: 17
30. BAMF: Aktuelle Zahlen. Ausgabe Dezember 2020. In. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF); 2020: 17
31. Glaesmer H, Braehler E, Grande G, Hinz A, Petermann F *et al*: The German Version of the Hopkins Symptoms Checklist-25 (HSCL-25) — Factorial structure, psychometric properties, and population-based norms. *Comprehensive Psychiatry* 2014, 55(2):396-403. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.020>.

32. Vindbjerg E, Mortensen E, Makransky G, Nielsen T, Carlsson J: A rasch-based validity study of the HSCL-25. *Journal of Affective Disorders Reports* 2021, 4:100096. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100096>.
33. Horne R, Weinman J, Hankins M: The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health* 1999, 14(1):1-24. <https://doi.org/10.1080/08870449908407311>.
34. Seitz NN, John L, Atzendorf J, Rauschert C, Kraus L: Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. In. München: Institut für Therapieforschung (IFT); 2019
35. Schanze J-L: Schwer befragbar und vernachlässigbar? Die Bevölkerung in Gemeinschaftsunterkünften. *Informationsdienst Soziale Indikatoren* 2019, 62:13-20. <https://doi.org/10.15464/isi.62.2019.13-20>.
36. Scheible JA, Böhm A: Geflüchtete Menschen in Deutschland: Hilfebedarfe und Nutzung von Beratungsangeboten. In: *Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge*. vol. 05/2018. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; 2018: 12
37. Rahman S, Filatova S, Chen L, Björkenstam E, Taipale H *et al*: Trajectories of antidepressant use and characteristics associated with trajectory groups among young refugees and their Swedish-born peers with diagnosed common mental disorders—findings from the REMAIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2021, published online: 23. July 2021:13. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02139-0>.
38. Lange C, Manz K, Kuntz B: Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring* 2017, 2(2):66-73. 10.17886/RKI-GBE-2017-031.
39. Kuhn S, Zurhold H, Lehmann K, Verthein U: Drug Use and Special Needs of Refugees in Germany. *Suchttherapie* 2018, 19(3):140-147. 10.1055/a-0637-8126.