

Suchtmittelmissbrauch bei Migranten – Chancen und Widrigkeiten der hausärztlichen Versorgung

1. Einleitung

Die Bedeutung von Krankheit und Gesundheit wechselt von Gesellschaft zu Gesellschaft. Ethnomedizinische Untersuchungen belegen, dass Auffassungen von Krankheiten, die Art ihrer Beschreibung und Klassifikation, aber auch Techniken und Methoden von Heilung oder Vorbeugung geprägt sind durch historisch gewachsene und kulturell tradierte Vorstellungen. Auf der einen Seite bedeutet dies, dass nach Migration in einen anderen Kulturraum im Zuge des Akkulturationsprozesses alte Gewissheiten und Gewohnheiten brüchig werden oder aber auch als Folge der Abgrenzung zur Bevölkerung des Einwanderungslandes noch an Bedeutung gewinnen können (Herrmann 2000). Auf der anderen Seite ist zu sehen, dass die autochthone Bevölkerung selten reflektiert, inwieweit ihre – anders gearteten – Gewissheiten und Gewohnheiten durch die eigene Kultur determiniert sind und sich historisch entwickelt haben. Für den Umgang mit Suchtmitteln gilt diese Aussage in besonderer Weise. In welchem Zusammenhang Sucht definiert wird, was und wie über Ge- und Missbrauch bei uns gedacht wird, entspringt einer spezifischen abendländischen Geschichte (Legnaro 1999; Spode 1993; Treiber/Steinert 1980; Levine 1982a,b; Weber 1920; Elias 1976).

2. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung von Suchtgefährdeten und -kranken

2.1 Suchtprobleme: Hohe Verbreitung – als Behandlungsanlass selten

Probleme im Umgang mit Suchtmitteln sind in der Bevölkerung häufig und entwickeln sich in der Regel über Jahre hinweg. Sie werden von den Betroffenen allerdings nur selten direkt angesprochen. Hausärzte, zumeist die ersten Ansprechpersonen für gesundheitliche Probleme, sind unzureichend für diskrete Zeichen, Präsentiersymptome oder Gesprächsbedürfnisse sensibilisiert. Von der Häufigkeit schädigenden Alkohol-

gebrauchs in der Bevölkerung ausgehend, die 1995 bei Männern in den alten Bundesländern auf 15,1%, in den neuen Bundesländern sogar auf 20,5%, und bei Frauen auf 10,0% (alte Bundesländer) bzw. 10,5% (neue Bundesländer) geschätzt wurde (Bühringer et al. 1999), müsste unter Hinzunahme der in einem Familiensystem mitbetroffenen Partner und Kinder sowie der übrigen durch Drogen- und Tablettenabhängigkeit Gefährdeten jeder vierte Patient in der allgemeinärztlichen Sprechstunde von Suchtproblemen betroffen sein. Neben direkten körperlichen und psychischen Beschwerden durch Mißbrauch von Suchtmitteln sind Unfälle im Verkehr, Beruf und in der Freizeit sowie häusliche und öffentliche Gewalt mittelbare Folgen des Missbrauchs von Suchtmitteln. Allerdings nur bei etwa jedem hundertsten Besucher einer hausärztlichen Praxis werden Suchtprobleme erkannt und angesprochen (Hesse 1992). Dabei sind es die Fachärzte für Allgemeinmedizin, die die psychosozialen Bedingungen ihrer Patienten durch ihre hausärztliche und familienärztliche Tätigkeit am ehesten kennen. Auf Suchtprobleme ihrer Patienten könnten sie frühzeitig aufmerksam werden, weil ihnen oftmals die ersten Symptome mitgeteilt werden: unspezifische Beschwerden und psychosoziale Belastungen. Die häufig jahrelange Betreuung auch der Familienangehörigen macht es den Ärzten möglich, sowohl über Suchtkarrieren als auch über den Umgang mit Sucht und Suchtmitteln ein Bild zu gewinnen. Für die Entwicklung von Maßnahmen im Bereich der Prävention, aber auch der Rehabilitation sowie der gesundheitlichen Hilfen für Migranten mit Suchtproblemen spielt der Facharzt für Allgemeinmedizin somit eine zentrale Rolle. Ihm obliegt die Früherkennung von Suchtgefährdungen, die Einleitung und Koordination von Entgiftung und Entwöhnung bei manifester Suchterkrankung sowie die Behandlung sekundärer Folgeerkrankungen. Eine kontinuierliche allgemeinärztliche Begleitung in der Nachsorge ist gleichermaßen wesentlich. Die Steuerung der notwendigen Kooperation mit anderen Institutionen der Suchthilfe liegt ebenfalls nicht selten in den Händen von Allgemeinärzten. Dennoch bestehen Probleme in der Prävention und Behandlung von Suchtgefährdeten und -kranken infolge eines zersplitterten Versorgungssystems und der zwischen verschiedenen Kostenträgern oftmals umstrittenen Zuständigkeit für die Erbringung und Finanzierung der Leistungen (Richter 2001).

2.2 Defizitärer Umgang mit Suchtpatienten in der ärztlichen Praxis

Neben den spezifischen pharmakologischen Eigenschaften einer Droge werden biologische, psychologische, kulturelle und soziale Faktoren für die Entwicklung einer Sucht verantwortlich gemacht (Blätter 1999). Dem

Zeitpunkt der ersten Behandlung ist oftmals ein jahrelanger schädlicher Konsum vorausgegangen, der nicht erkannt wurde (Bühringer et al. 1999). Die Psychodynamik in der Suchtentwicklung, die Persönlichkeitsstrukturen, Abwehrmechanismen und Interaktionsformen suchtfährdeter und süchtiger Patienten sind differenziert und gut beschrieben (z.B. Dübgen 1999; Subkowski 2000; Voigtel 2000). Der Umgang mit Süchtigen in der Primärversorgung ist nachgewiesenermaßen defizitär und verbesserungswürdig (Reimer 1993). Alkoholismus zählt zu den »unbeliebtesten« Krankheiten (Reimer und Freisfeld 1984). Süchtiger und Arzt gehen sich aus dem Weg; Alkoholiker gelten als »die undankbarsten« Patienten überhaupt; die den Ärzten »aufgedrängte« Behandlung wird von diesen häufig als fruchtloses Unterfangen aufgefasst (Reimer 1996). Wenn bestimmte Patientenpflichten bezüglich Kooperation und Compliance von Personen mit Alkoholproblemen nicht akzeptiert werden, wird die Patientenrolle ärztlicherseits verweigert. Andererseits verleitet das Medizinsystem die Patienten zu hohen Erwartungen bei Aufrechterhaltung der eigenen Passivität. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist besonders anfällig für negative Affekte auf beiden Seiten. Der Arzt kann die spürbare Frustration und Selbstentwertung auf Seiten des Patienten leicht als Kränkung missverstehen und negativ erwidern. Negative Sanktionierung des süchtigen Verhaltens führt am Ende zu ausgefeilten Strategien der Vertuschung. Die Patienten gelten als verschlagen, trickreich und aggressiv. Sie werden abgelehnt und ausgegrenzt, entwickeln daraus eine vorwurfsvolle Grundhaltung und zementieren so die Zugehörigkeit zur Gruppe der Ausgestoßenen und der am Rande der Legalität Lebenden. Oft ist bei Ärzten ein therapeutischer Nihilismus zu beobachten, der auch auf Unkenntnis vorhandener therapeutischer Angebote zurückzuführen ist. Moralische Be- bzw. Entwertungen (»schlechte Angewohnheit«, »Charakterschwäche«, »Disziplinlosigkeit«) sind keine Seltenheit. Latente Vorwürfe der »Ich-Schwäche« lassen unberücksichtigt, dass diese ein mit der Suchtproblematik verbundenes Persönlichkeitsmerkmal darstellt. Moralische Appelle, die durch Ärger und Verachtung beeinflusst werden, verstärken Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenzen auf Seiten des Patienten. Auf ärztlicher Seite werden nicht selten ebenfalls Vermeidungsstrategien eingeschlagen, um sich unliebsame Gespräche zu ersparen – so werden z.B. körperliche Folgekrankheiten behandelt, ohne das eigentliche Problem – die Alkoholkrankheit – zu thematisieren (Reimer 1996). Suchtkranke mobilisieren aber auch Ängste beim Arzt, beispielsweise die Befürchtung, andere Patienten durch die Behandlung von Süchtigen zu verlieren. Die schwierigste Aufgabe für den Behandler stellt nach Auffassung von Gölz (1997) die Wahrung der Balance zwischen therapeutischer Distanz

und empathischer Nähe dar. Zwischen Ärzten und Süchtigen sind im allgemeinen heftige Gegenübertragungsphänomene zu beobachten.¹ Eine solcherart psychodynamisch belastete Beziehung dürfte sich möglicherweise in noch schärferer Form zwischen drogenabhängigen Migranten und Ärzten abspielen.

2.3 Strukturelle und finanzielle Restriktionen für die Versorgung Suchtgefährdeter und Suchtkranker

Der Umgang mit unterschiedlichsten Patientengruppen und Behandlungsanlässen gehört zum Alltag einer hausärztlichen Praxis. Dabei gelten Patienten mit bestimmten Beratungsanlässen als besonders schwierig oder zeitintensiv. Aufgrund von Budgetierung und Fallpauschalen kann es nun dazu kommen, daß deren komplexe Anliegen nicht erkannt oder nur unzureichend behandelt werden. Durch Zusatzbudgets und budgetfreie Einzelleistungen wird versucht, diesen Behandlungsanlässen gerecht zu werden. Gesonderte Budgets für Psychotherapie, onkologische Schwerpunktpraxen oder Methadonsubstitution sind Beispiele hierfür. Für die hausärztliche Betreuung von suchtgefährdeten oder süchtigen Patienten ist, abgesehen von der begrenzten Nutzungsmöglichkeit eines Zusatzbudgets für psychosomatische Leistungen sowie für Methadonsubstitution bei schwerer i.v.-Drogenabhängigkeit, bislang keine zusätzliche finanzielle Honorierung vorgesehen. Psychotherapeutische Leistungen können in der Betreuung von Patienten mit Suchtproblemen nur von Hausärzten genutzt werden, die dafür zusätzlich qualifiziert sind. Diese Leistungen werden auch nur bei solchen Patienten als indiziert betrachtet, die neben einem Leidensdruck eine genügende Introspektions- und Reflexionsfähigkeit sowie eine günstige Prognose aufweisen. Manifest Suchterkrankte sind in der Regel von einer psychotherapeutischen Behandlung ausgeschlossen, da diese an die (für viele Süchtige nicht erfüllbare) Voraussetzung der Entgiftung, Entwöhnung und anschließenden Abstinenz gebunden ist. Niederschwellige, supportive hausärztliche Betreuungskonzepte für Suchtkranke fehlen, obgleich einige ressourcen- und lösungsorientierte Ansätze, die sich nicht alleine am Ziel der Abstinenz orientieren, in der Betreuung von Suchtkranken vielversprechend erscheinen (Berg/Miller 1993). Solche Ansätze finden bislang eher Eingang in psychosozialen Einrichtungen der Suchthilfe, die sich seit den 70er Jahren in Deutschland, oftmals in Abgrenzung zu dem ärztlicherseits verfolgten Therapieansatz der Abstinenz, etabliert haben (Richter 2001). Eine Abkehr von alten Denkweisen findet derzeit in der Entwicklung neuer Beratungs- und Interventionskonzepte statt, die zwischen Alkohol-

abhängigen, Alkoholmissbrauchern und Normaltrinkern unterscheiden (Richter et al. 1994). Eine strukturierte Kurzintervention (BzgA 2001) soll insbesondere den Primärversorgern helfen, Probleme im Zusammenhang mit Alkohol rechtzeitig anzusprechen und die Motivation der Patienten zu fördern (Miller/Rollnick 1999). Ein grundlegender Wandel in der Haltung zum Patienten – weg vom Bild des willenlosen Abhängigen hin zum entscheidungsfähigen Partner – bedarf vieler kleiner Schritte in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung (Schwantes et al. 2002).

Die Defizite in der ärztlichen Versorgung von Suchtkranken betreffen nicht nur die primärärztliche Betreuung, sondern das vornehmlich kurativ und weniger präventiv ausgerichtete medizinische Versorgungssystem insgesamt. Besonders gravierend ist das Problem der Ausgrenzung und Stigmatisierung der Drogenabhängigen durch das medizinische System. Das negative Image der Suchttherapie kommt in dem Terminus »dirty-medicine«, mit dem in den USA die Behandlung Drogenabhängiger apostrophiert wird, sehr plastisch zum Ausdruck (vgl. Götz 1995).

3. Hausärztliche Versorgung von Migranten mit Suchtproblemen

3.1 Migranten in der ambulanten Versorgung

Bereits Ende der 60er Jahre wurde in der Allgemeinmedizin auf die spezifischen Probleme von Immigranten aufmerksam gemacht (Carne 1970). Infektionskrankheiten, aber auch psychosoziale Probleme und Leiden (Ängste, psychosomatische Beschwerden, Neurosen und Psychosen) standen hierbei im Mittelpunkt. Wichtige Befunde zur ambulanten medizinischen Versorgungssituation von Migranten lieferte in Deutschland die sog. EVaS-Studie (Schwartz et al. 1989). In dieser bislang einzigen breit angelegten ambulanten Versorgungsstudie konnten insbesondere Kernprobleme in der psychosomatischen Betreuung und Versorgung der Migranten aufgezeigt werden. Migranten konsultieren demnach bei körperlichen oder seelischen Beschwerden primär den Hausarzt, die Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungs- und Beratungsangebote ist eher gering ausgeprägt. Psychosomatische Schmerzzustände sind bei den Migranten signifikant häufiger als bei der deutschen Vergleichsklientel. Bezüglich des Schweregrades der Krankheit oder Symptomatik unterscheidet sich die Selbstwahrnehmung der Migranten erheblich von der ärztlichen Einschätzung. Migranten schätzen ihre Anliegen auch im Vergleich zu den Deutschen häufiger als »gravierend« ein. Von den behandelnden Ärzten werden gravierende Beschwerden bei Migranten weniger ernst genommen als bei Deutschen (vgl. dazu auch neuere Arbeiten von

Wagner/Marreel 1998 und Collatz 1996). In den Niederlanden konnte gezeigt werden, dass ein schlechterer Gesundheitszustand bei Migranten zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen führt (Reijneveld 1998).

In einem neueren Artikel haben Hargreaves et al. (2000) Möglichkeiten für Verbesserungen in der allgemeinärztlichen Betreuung von Flüchtlingen und Asylbewerbern erörtert. Sie weisen darauf hin, dass in diesen Gruppen nicht alleine die Infektionskrankheiten das Problem sind, sondern dass man es hier auch mit hohen Prävalenzraten von Tabakkonsum, Hypertonie, chronischen Herzkrankheiten und psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen, zu tun hat. Psychische Probleme aufgrund von Folter, Verlust, Haftstrafen, kultureller Entfremdung, Isolation und Getrenntsein von der Familie werden als Hauptursachen genannt. Bei der gesundheitlichen Eingangsuntersuchung von Asylbewerbern und Bürgerkriegsflüchtlingen in Deutschland durch die Gesundheitsämter, die sich in der Mehrzahl der Bundesländer auf seuchenhygienische Aspekte beschränkt, bleiben diverse psychische Beeinträchtigungen und Suchttendenzen unentdeckt und unbehandelt (Herrmann 1999).

3.2 Erklärung von Sucht bei Migranten

Bis heute gibt es auch in Deutschland eine große Diskrepanz zwischen dem hohen Anteil von Migranten, die niedrigschwellige Drogennotdienste in Anspruch nehmen, und der vergleichsweise niedrigen Quote ausländischer Klienten in Drogenberatungsstellen, stationären Therapieeinrichtungen und betreuten therapeutischen Wohngemeinschaften. Zu diesem Thema gibt es zwar zahlreiche engagierte Berichte von Beratungsstellen und anderen Einrichtungen der Drogenhilfe, aber wenig empirisch gesicherte, allgemeingültige Daten. Zu den profundesten Untersuchungen in diesem Bereich zählt die vergleichende Studie von Gaitanides (1998) über Probleme des Zugangs von Schwarzen und Migranten zu Einrichtungen der Drogennothilfe in London und Frankfurt. Eine systematische Evaluation präventiver Konzepte für Drogen- und Suchtgefährdete fehlt bislang.

Soziodemographische Einflüsse und psychosoziale Faktoren haben eine große Bedeutung in der Entwicklung von Drogenabhängigkeit. In einer New Yorker Studie konnte gezeigt werden, dass Migranten aus Puerto Rico eine größere Anfälligkeit für Drogenabhängigkeit aufweisen als Einheimische (Velez/Ungemack 1989). Jugendliche aus Puerto Rico berichteten häufiger von Problemen in der familiären Sozialisation, mit ihrer Selbstbeherrschung und in Bezug auf die von ihnen wahrgenommene

Umgebung. Die Ausprägung der psychosozialen Merkmale war assoziiert mit Drogenerfahrung. Soziodemographische und psychosoziale Variablen zusammen konnten 47 % der Varianz erklären, ob jemand Drogen konsumiert oder nicht (Velez/Ungemack 1995). Die theoretischen Modelle zur Erklärung von Krankheit und Gesundheit bei Migranten haben sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Während sich psychoanalytisch geprägte Erklärungsmuster primär auf migrationsbedingte Identitätskrisen der Betroffenen bezogen, verweisen neuere Ansätze der Stress- und »Life-event«-Forschung insbesondere auf chronische Stressoren und einschneidende Lebenserfahrungen im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess. Die Einbeziehung von Coping-Strategien und Social-Support-Faktoren wird daher als immer dringlicher betrachtet (vgl. Collatz 1994). Bezüglich der Ursachen von Drogenabhängigkeit im allgemeinen und Drogenabhängigkeit von Migranten im speziellen gibt es unterschiedliche Erklärungsversuche, aber keine allgemein akzeptierten und empirisch belegten Aussagen (vgl. Salman 1999; Collatz 1992). Vornehmlich werden drei Theorien als Erklärung für den Drogengebrauch und die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit bei ausländischen Jugendlichen in Deutschland diskutiert.

Zum einen werden die Ursachen in einem Kulturkonflikt gesucht. Der Zwang zur Teilnahme an zwei unterschiedlichen Kulturen führe zu Entwurzelungserscheinungen und daher zu einem zusätzlichen Stress. Auch Identitätsdiffusion aufgrund der Anforderungen aus unterschiedlichen Erziehungssystemen – traditionell autoritäres Elternhaus versus liberale deutsche Schulerziehung – gilt als relevanter Faktor. Die Identitätskonflikte manifestieren sich hiernach in innerfamiliärer Rollenverunsicherung, Schulversagen und mangelnder Berufsausbildung sowie daraus resultierenden ungünstigen Zukunftsaussichten. Diese wiederum bedingen schwere psychische Krisen und manifeste Störungen (Boos-Nünning 1998; von Klitzing 1983). Die sozialepidemiologische Befundlage hierzu ist allerdings widersprüchlich.

Zum zweiten wird Marginalisierung als Ursache für abweichendes Verhalten betrachtet. Nicht kulturelle Phänomene, sondern vielmehr die sozialen Benachteiligungen gegenüber der einheimischen Bevölkerung und die damit einhergehenden Ausgrenzungsphänomene werden hier als Ursache für abweichendes Verhalten und psychische Schwierigkeiten ausgemacht. Marginalisierung wird in drei Dimensionen diskutiert: als Resultat der objektiven Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen, als Folge von Benachteiligung und Diskriminierung sowie als Konsequenz aus der Antizipation von Diskriminierung und Chancenlosigkeit durch die Jugendlichen selbst (Boos-Nünning 1998). Darunter fallen

Schlechterstellung im Bildungssystem, Benachteiligungen im Zugang zu Ausbildung und Beruf, Unterversorgung mit Wohnraum und eine höhere Armutswahrscheinlichkeit. Zur psychischen Stabilisierung verhelfen gemeinsame Drogenerfahrungen in Peer-Groups – meist nationalhomogene Jugendgruppen –, in denen die erlebte Ohnmacht und Ausgrenzung zu kompensieren versucht wird (vgl. Niermann 1983; Tertilt 1996).

Als weitere Erklärung wird der Wegfall protektiver Faktoren herangezogen. Neben Fremdenablehnung und Diskriminierung gegenüber einheimischen Jugendlichen in der Schule, der Berufsausbildung und auf dem Arbeitsmarkt werden die Auflösung familiärer Orientierung und der Verlust an Zukunftsperspektiven als Ursachen für eine Drogengefährdung diskutiert. Denn familiäre Bindung steht nicht selten für Stabilität, Schutz und Sicherheit, auch wenn sich Traditionen in der ausländischen Familie häufig als Hindernis für Eingliederung der Kinder und Jugendlichen erweist (Boos-Nünning 1998).

3.3 Daten zur Inanspruchnahme und zum Leistungsgeschehen

Im Rahmen einer durch das Bundesgesundheitsministerium geförderten Studie zu Migranten und Sucht wurde die ambulante, insbesondere die hausärztliche Versorgung von suchgefährdeten und suchtkranken Migranten untersucht (Herrmann/Schwantes 2002). Grundlage dieser Studie waren

- eine Sekundäranalyse des Bundesgesundheitssurveys, eine für Deutschland repräsentative Befragung der erwachsenen Wohnbevölkerung zu Gesundheitszustand und Lebensqualität, aktuellen oder früheren Beschwerden, Krankheiten und Verletzungen sowie zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen;
- eine Zweitanalyse eines Datensatzes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, der eine repräsentative Stichprobe von Diagnosen und Leistungen niedergelassener Ärzte Bayerns enthält;
- eine qualitative Befragung von 37 niedergelassenen Ärzten sowie 17 Beratern der Suchthilfe in Berlin.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus dem Abschlussbericht bezüglich der hausärztlichen Versorgungssituation von Migranten mit Suchtproblemen zusammengefasst.

Bei gesundheitlichen Problemen – auch solchen, die mit Sucht zusammenhängen – suchen Migranten häufiger noch als Deutsche zuerst den Hausarzt auf. Komplementäre und spezialisierte Angebote der Suchthilfe werden als erste Anlaufstelle hingegen eher von Deutschen genutzt. Allerdings werden Suchtprobleme im Rahmen der Primärversorgung

häufig erst sehr spät von den betroffenen Migranten angesprochen, meist erst zu einem Zeitpunkt, wenn Beschwerden aufzeigbar sind. Es wird hier eine vergleichsweise stärkere Tabuisierung von Sucht konstatiert, die Auswirkungen in zwei Richtungen haben kann. Einerseits kann sie zu einer stark ausgeprägten Neigung führen, Suchtprobleme ausschließlich durch eigene, auf relativ enge familiäre Bindungen gestützte Anstrengungen zu lösen und sich erst dann nach außen zu wenden, wenn diese definitiv erfolglos bleiben. Andererseits kann es aber auch so sein, dass der Betroffene die Thematisierung seines Problems in diesem restriktiven familiären Arrangement meidet und für sich alleine Hilfe sucht. Zwar konsultieren durchschnittlich etwa 70 % der Migranten mindestens einmal pro Jahr einen Hausarzt, ähnlich häufig wie Einheimische. Präventionspotenziale bleiben aber dennoch ungenutzt. Die Inanspruchnahme von männlichen Migranten im 3. und 4. Lebensjahrzehnt ist geringer als die von deutschen Männern. Zugleich ist in diesem Lebensalter bei männlichen Migranten ein deutlich höherer regelmäßiger Nikotinkonsum zu finden als bei ihren deutschen Geschlechtsgenossen. Erst im 5. Lebensjahrzehnt, wenn die Beschwerdebhäufigkeit ansteigt, kommt es unter den männlichen Migranten zu einem sprunghaften Anstieg der Arztkonsultationen. Trotz der ärztlichen Kontakte werden Suchtprobleme selten zum Thema gemacht.

Bei süchtigen Migranten scheinen Behandlungsdauer und Kontaktfrequenz niedriger zu sein als unter Deutschen. Was die veranlassten Leistungen betrifft, ist zu erkennen, dass bei medikamentensüchtigen Migranten körperliche Untersuchungen und Laborleistungen häufiger veranlasst werden als bei Deutschen; auf letztere entfallen demgegenüber in größerem Umfang hausärztliche Betreuungsleistungen und verbal gestützte Interventionen (Psychosomatik) (vgl. Abb. 2). Auch unter alkoholsüchtigen Migranten zeigt sich ein vermehrter Einsatz von Laborleistungen, während Besuchsziffern fast ausschließlich bei deutschen Süchtigen zu finden sind (vgl. Abb. 1). Methadonsubstitution und Drogenscreening wurde ausschließlich bei deutschen Drogenabhängigen durchgeführt (vgl. Abb. 3).²

3. 4 Zugangsbarrieren und Versorgungsprobleme – qualitative Befunde

Der Zugang zur Versorgung ist für Migranten mit Suchtproblemen insgesamt erschwert. Neben politischen, sozialen und migrationsspezifischen Barrieren spielen hierbei kulturell bedingte Hürden eine zentrale Rolle. Aus den mit den Allgemeinärzten und Suchtberatern geführten

qualitativen Interviews lassen sich folgende Hindernisse und Problem-bereiche in der Versorgung identifizieren.

Aufenthaltsstatus

Die entscheidende politische Zugangsbarriere stellt der Aufenthaltsstatus des süchtigen Migranten dar. Es gibt nur wenige Ärzte, die Patienten ohne formalen Aufenthaltsstatus behandeln. Für diese Gruppe von Süchtigen existiert praktisch keine medizinische Versorgung. Das gilt besonders für Drogenkonsumenten, die eine Substitutionsbehandlung wünschen. Bei nicht geklärtem Aufenthaltsstatus besitzen sie keine Krankenversicherung und haben dadurch keine Möglichkeit, eine ärztlich und psychosozial gestützte Methadonsubstitution zu erhalten.

Kulturelle Besonderheiten

Zugangsbarrieren liegen auch im kulturellen Hintergrund. So wirken bestimmte kulturspezifische Tabus, Schamgrenzen und Ehrgefühle als Hemmnisse. Die betroffenen Migranten kommen infolge dessen nicht oder nur verspätet in eine Praxis, um ihr Problem zu besprechen. Durch die soziale Kontrolle des Familienverbandes – ein Arzt wird nur in Begleitung eines Familienmitgliedes aufgesucht – ist es Betroffenen kaum möglich, sich zu »outen«. Falls sie es dann doch tun, wählen nicht wenige eine andere ärztliche Praxis als die der Familie.

Rolle der Sprache

Als ebenfalls bedeutsam, wenn auch nicht in gleichem Maße wie die kulturellen Barrieren, werden die sprachlichen Schwierigkeiten erachtet. Dabei sollte es eigentlich in den meisten Praxen nicht allzu große sprachliche Kommunikationsschwierigkeiten geben. Die ausländischen Patienten beherrschen entweder selbst die deutsche Sprache oder bringen einen Familienangehörigen als »Dolmetscher« mit. Jugendliche sprechen am ehesten deutsch, in der Regel sind sie die ersten, die die Sprache nach der Einwanderung lernen. Sie begleiten oftmals ihre Eltern in der Funktion des Übersetzers während der Konsultation. Allerdings wird diese Dolmetscherfunktion problematisch, wenn Eltern sich scheuen, ihre Probleme vor den Kindern auszubreiten. Umgekehrt wird der Jugendliche in Anwesenheit der Eltern kaum über Drogenkonsum reden. Oft arbeiten in den Praxen Arzthelferinnen, die die erforderlichen Sprachkenntnisse haben und als Dolmetscherinnen fungieren. Andere Übersetzer werden deshalb selten und nur in besonderen Fällen eingesetzt. Viele der befragten Ärzte bemühen sich um eigene Kenntnisse der fremden Sprache, zumindest aber um Möglichkeiten zur Verständigung. Die minimalen

Sprachkenntnisse der Ärzte sind zwar im Praxisalltag genügend, reichen aber für eine differenzierte Problematik nicht aus. Ärzte, die selbst Migranten oder mit einem Lebenspartner aus einer anderen Kultur zusammen sind, betrachten es als eine wichtige Ressource, wenn in der Sprache des Patienten kommuniziert werden kann. Muttersprachliche Ärzte verzeichnen dementsprechend unter ihren Patienten immer einen sehr hohen Anteil an Migranten aus ihrem Sprachraum. Die türkisch-sprechenden Ärzte betonen zudem immer wieder, dass nicht so sehr unzureichende Sprachkenntnisse als vielmehr die »andere Mentalität« das eigentliche Verständigungsproblem bei der Versorgung darstellt. Sprache beinhalte viel mehr als nur Worte. Sprache sei Kenntnis der Mentalität und Kultur. Selbst wenn Migranten gut deutsch sprechen, muss das in schwierigen Situationen mit besonderer Problematik, wie z.B. Drogenabhängigkeit, nicht ausreichen.

Interaktion und kommunikative Fähigkeiten

Die Kommunikation mit den Migrantenpatienten wurde von den befragten Ärzten als »anders« erlebt, und zwar hauptsächlich wegen der sich stark unterscheidenden Wertvorstellungen. Insbesondere wurde ein stärker hierarchisch geprägtes Verhältnis zwischen Arzt und Patient konstatiert. Eine deutlichere Respekthaltung der Migranten dem Arzt gegenüber führe zu einer noch größeren Beziehungsasymmetrie. Darüber hinaus differierten auch die Geschlechterrollen sehr viel stärker. Die ohnehin manchmal schwierige Kommunikation zwischen männlichem Patienten und weiblicher Ärztin bzw. weiblicher Patientin und männlichem Arzt sei bei Patienten anderer kultureller Herkunft anfälliger für Fehldeutungen.

Für viele Migranten mit Suchtproblemen scheint charakteristisch zu sein, dass sie ihr Problem, wenn überhaupt, weniger direkt als deutsche Patienten ansprechen. In dieser Hinsicht seien zwischen verschiedenen Migrantengruppen keine großen Unterschiede festzustellen. Offenheit in Bezug auf Suchtprobleme scheint hier generell die Ausnahme zu bilden. Aufgrund dessen erfährt ein Arzt von Suchtproblemen erst relativ spät. Außerdem seien süchtige Migranten oftmals noch in einem besseren körperlichen Zustand als süchtige Deutsche, so dass nicht aufgrund eines körperlichen Verfalls auf Suchtprobleme geschlossen werden kann. Diese Patienten gingen oft noch arbeiten und seien nicht so verwahrlost wie deutsche Süchtige. Migranten als Konsumenten harter Drogen zu erkennen sei dadurch zusätzlich erschwert. Suchtprobleme würden von Patienten zumeist erst dann direkt angesprochen, wenn sie »am Ende« seien, es »nicht mehr schaffen« oder wenn die Beeinträchtigungen doch bereits

zu auffällig seien. Viele Ärzte berichten, dass Suchtprobleme in der Regel zunächst durch Blutuntersuchungen offenbar werden.

Auch Ärzte bleiben in der Art, wie sie das Suchtproblem ansprechen, ihren kulturellen Vorstellungen verhaftet. Deutsche Ärzte sprechen das Suchtproblem meist direkt an. Der Einstieg wird nicht selten über das körperliche Problem gewählt, das mit der Sucht in Zusammenhang steht. Türkische Ärzte hingegen ziehen eine »Aufwärmphase« vor, in der es zunächst etwa um allgemeine Dinge wie den Herkunftsort oder die Familie geht, bevor das Suchtverhalten zum Thema gemacht wird. Aber selbst wenn Suchtprobleme erkannt sind, verhindern kulturspezifische Phänomene deren Thematisierung. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient läuft weniger direkt über Fragen der Sucht ab als vielmehr über die Probleme, die sich um die Substanzabhängigkeit herum gruppieren. Der Arzt wird in erster Linie wegen der körperlichen Beeinträchtigungen und der damit verbundenen Probleme konsultiert: Ärger mit dem Chef, Arbeitsplatzverlust, Terminversäumnisse, finanzielle Schwierigkeiten, Probleme bezüglich der Aufenthaltserlaubnis u.ä. Die ärztliche Rolle wird bei Süchtigen als eine zwischen Sozialmediziner und Sozialarbeiter angesiedelte erlebt.

Erwartungen an den Arzt und Besonderheiten des Inanspruchnahmeverhaltens

Die Erwartungen an deutsche Ärzte und die moderne Medizin sind sehr hoch. Viele der Interviewten finden es auffällig, wie entschieden z.B. türkische Patienten »ihre Rechte einfordern«. Sie seien oft besser über das bestehende medizinische Angebot informiert als deutsche Patienten. Die Erwartungen beschränkten sich allerdings nicht nur auf den medizinischen Bereich im engen Sinne, sondern beträfen auch die soziale Dimension der Versorgung. So werde von den Ärzten ein hohes Maß an Toleranz verlangt. Nach Aussagen einiger Ärzte fällt bei einzelnen Patienten das Phänomen des »Chipkarten-hopping« auf. Das bedeutet, dass mehrere Ärzte wegen des gleichen Problems konsultiert werden. Die Motive dafür bleiben den befragten Ärzten allerdings unklar. Andererseits wiederum würden bestimmte therapeutische Angebote offenbar nicht in Anspruch genommen, weil kulturelle Barrieren dagegen stünden. So sei die Akzeptanz etwa von Massage, Krankengymnastik oder sportlichen Empfehlungen bei traditionell geprägten türkischen Frauen sehr gering. Einzelne Ärzte berichteten, dass Migranten die ärztliche Autorität kaum hinterfragten und daher auch ein stark direktives Verhalten erwarteten. So forderten Ehefrauen zuweilen »eine militärische Machtausübung« oder auch »mal heimlich hinzugucken, was mit dem Kind los sei«. Wiederholt

wurde bei Migranten eine starke Medikamentenfixierung und der Wunsch nach unmittelbar wirkender Hilfe konstatiert; selbst Suchtprobleme sollten mit Tabletten bekämpft werden.

Die Inanspruchnahme von vorhandenen stationären Angeboten in Akut- oder Rehabilitationskrankenhäusern werde durch die Tabuisierung des Drogenproblems in der jeweiligen Migrantenkultur behindert. Betroffene hätten Angst, dass die Familienangehörigen von ihrer Sucht erfahren könnten. Vor die Wahl zwischen einer ambulanten und einer stationären Behandlung gestellt, entschieden sich i.v.-Drogenabhängige eher für eine Substitution beim niedergelassenen Arzt, da diese vor der Verwandtschaft leichter zu verheimlichen sei als eine stationäre Behandlung. Deshalb würden auch Kurzaufenthalte auf Entgiftungsstationen in Krankenhäusern eher in Anspruch genommen als stationäre Langzeittherapien.

Orientierung an überholten Konzepten

Sieht man von Praxen mit spezieller Erfahrung in der Methadonsubstitution einmal ab, orientieren sich Ärzte meist an traditionellen Konzepten der Entgiftung, Entwöhnung und Abstinenz. Bei suchtkranken Migranten wird diese Haltung durch das überdurchschnittlich stark hierarchisch geprägte Arzt-Patienten-Verhältnis noch verstärkt. Suchtakzeptierende und niederschwellige Ansätze sind eher in den Methadon substituierenden Praxen und Suchtberatungsstellen zu finden.

Die Versorgung von Menschen, die harte Drogen konsumieren, ist für Ärzte generell eine schwierige Aufgabe. Einen »gewöhnlichen Alkoholismus« oder eine Nikotinsucht in den Griff zu bekommen traut man sich schon eher zu. Für die Behandlung von Drogenpatienten hingegen reiche das Wissen meist nicht aus. Zudem seien Heroinsüchtige in einer Allgemeinarztpraxis, die nicht speziell darauf ausgerichtet sei, sehr schwer zu führen. Allgemeinärzte sehen sich vorrangig als Gesprächspartner für den Suchtpatienten. Sie nehmen die Probleme in Angriff, die um die Sucht herum existieren. Oft beschränken sich die Gespräche jedoch auf ärztliche Ratschläge und moralische Appelle: »Komm hör' auf damit, dann haste wieder Geld, dann haste wieder Arbeit, dann kannst du für deine Frau und für dein Kind sorgen, dann bist du wieder wer.« Veränderungen des Patientenzustandes werden eher oberflächlich registriert: »Mensch, Du bist wieder der Alte« oder: »Du zitterst nicht mehr so, du kannst dich besser konzentrieren«. Die systematische Anwendung einer Gesprächsführung, die lösungs- und ressourcenorientiert ist, ist nicht zu beobachten. Die Behandlung durch Allgemeinärzte konzentriert sich auf die Grundkrankheiten und Begleitsymptome, eine zentrale Rolle spielt dabei die

Verordnung von Medikamenten (z.B. Leberpräparate bei Alkoholikern). Erfolgreiche Suchtbehandlungen sind in der Allgemeinarztpraxis eher selten. Oft wird betont, dass die hausärztliche Betreuung zu keiner längerfristigen Veränderung des Patientenverhaltens geführt habe. Hierfür machen die Ärzte das soziale Umfeld und die Clique verantwortlich, deren negativer Einfluss auf die süchtigen Patienten stärker sei als der Wille, den Konsum der Droge zu reduzieren oder zu beenden.

Prävention im allgemeinen und Suchtprävention im besonderen stellen in der hausärztlichen Versorgung keine vorrangigen Handlungsoptionen dar. In erster Linie wird kurativ gedacht und gehandelt. Sucht wird fast ausschließlich unter dem Gesichtspunkt drohender körperlicher Schäden thematisiert: *»Das Bestehen der [Nikotin-]Sucht ist für mich nicht primär der Grund, warum ich sie anspreche. Für mich ist es ein Risikofaktor. Für die arterielle Verschlusskrankheit, für andere Krankheiten ...«* – so einer der befragten Ärzte.

Überlegungen und Anregungen zur Primärprävention gehen oft über den Rahmen der eigenen Praxis hinaus. Es wird von besonderen Sprechstunden, Einzel- und Gruppengesprächen, Informationsblättern und Plakataktionen gesprochen. Die meisten Ideen zur Prävention zielen auf Bereiche außerhalb der Praxis, so wird z.B. Aufklärungsarbeit in Schulen angeführt, in denen Arzt und Drogenberater gemeinsam eingesetzt werden könnten. Gefordert werden auch mehr und bessere Bildungsangebote und Arbeitsplätze, insbesondere die Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit. Gerade Ärzte, die selbst Migranten sind, heben hervor, dass ein besonderes Gewicht auf die Arbeit mit jugendlichen Migranten gelegt werden sollte. Den Politikern wird vorgeworfen, dass nichts gegen Drogenhandel unternommen werde. Es gäbe nur den Weg, die bereits eingetretene Sucht zu bekämpfen. Migrantenspezifische Aspekte der Prävention treten dabei eher in den Hintergrund.

4. Ausblick

Im Zuge der Ausweitung des Suchtbegriffes vom Konsum suchterzeugender Substanzen auf Phänomene wie Arbeits- oder Spielsucht verliert das Abstinenzparadigma in der Behandlung und Betreuung von Patienten mit Suchtproblemen an Bedeutung. Eine »lustvoll selbstbestimmte Rauschhaftigkeit« (Legnaro 1999) wird konstituierend für die spezifisch moderne Ambivalenz gegenüber dem Rausch, in dem sowohl die zeitweise Erlösung von Alltagszwängen gesucht als auch ein permanentes Versagen vor diesen Alltagszwängen vermieden wird. Intensität und Beherrschbarkeit, nicht nur in Bezug auf den Konsum von Drogen und

Rausch, sind bestimmende Erfahrungen in der von Schulze beschriebenen »Erlebnisgesellschaft« (Schulze 1992).

Für die hausärztliche Versorgung von Drogenabhängigen bedeutet dies, dass es nicht ausreicht gesundheitliche Probleme aufgrund von Suchtmittelmissbrauch zu erkennen und zu behandeln. Vielmehr sollte es darum gehen, psychosoziale Belastungen und Bewältigungsressourcen wahrzunehmen und im hausärztlichen Gespräch zu erörtern. Eine ressourcen- und lösungsorientierte Haltung in der Gesprächsführung erlaubt es, die Selbstkontrolle zu stärken, ohne den möglichen Rückfall in die Sucht zu pathologisieren. Der Teufelskreis aus Entwertung, Scham und Suche nach Vergessen wird durch das Insistieren auf die gesundheitlichen Folgen des Suchtverhaltens eher weiter angetrieben. Die Fokussierung auf gelungene Lösungen, und seien sie auch noch so klein, fördert dagegen eine andere Selbsteinschätzung des Patienten und darüber hinaus eine zunehmende Wertschätzung durch den behandelnden Arzt (de Shazer 1996). Die Abwärtsbewegung der Teufelsspirale kann so eher angehalten und wieder umgekehrt werden. Tempo und Ausmaß werden dabei durch den Patienten bestimmt. Eine solche ärztliche Haltung ist erlernbar und wird von uns derzeit zum Gegenstand medizinischer Aus- und Weiterbildung gemacht.

Darüber hinaus kann die Einleitung einer frühzeitigen fachpsychotherapeutischen Behandlung bei Konflikten in Partnerschaft, Familie oder am Arbeitsplatz oder auch die Zusammenarbeit mit komplementären Einrichtungen der Suchthilfe nützlich sein.

Die hausärztliche Betreuung von Menschen anderer Kulturen, deren Kenntnisse über Suchtwirkungen und deren Einstellungen zum Gebrauch von Suchtmitteln sich von denen Einheimischer unterscheiden, stellt eine besondere Herausforderung dar. Kompetenzen aus spezialisierten Praxen, die im Rahmen der Methadonsubstitution – nicht zuletzt auch durch die Zusammenarbeit mit psychosozialen Einrichtungen der Suchthilfe – gewonnen wurden, können hier wegweisend sein. Durch Fort- und Zusatzausbildungen in Suchtmedizin könnten diese Erfahrungen und Fertigkeiten einer breiteren Schicht von Allgemeinärzten vermittelt werden. Zentrale Themen einer suchtmmedizinischen Fort- und Zusatzausbildung sollten sein:

- lösungs- und ressourcenorientierte Gesprächsführung,
- kulturspezifische Sicht- und Umgangsweisen mit verschiedenen Suchtmitteln,
- alters- und geschlechtstypischer Umgang mit unterschiedlichen Rauschmitteln,
- Reflexion des eigenen Umgangs mit Rauschmitteln,
- Kooperationsformen mit Angeboten der komplementären Suchthilfe.

Eine ärztliche Haltung, die den Konsum von Rauschmitteln nicht per se verbietet, sondern hilft, einen kontrollierten Umgang damit zu ermöglichen, würde nach Ansicht der Autoren stärker als bisher es ermöglichen, gesundheitliche und psychosoziale Probleme, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Rauschmitteln stehen, ohne Gefahr der sozialen Stigmatisierung zu thematisieren.

Hausärztliche Praxen, die verstärkt suchtgefährdete oder suchtkranke Patienten betreuen (etwa 5 bis 10%), sollten nach vorausgegangener suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation für zeitintensive suchtmmedizinische Beratungen adäquat honoriert werden. Diese zeitintensiven Beratungen sollten nicht auf Patienten, die eine Methadonsubstitution erhalten, begrenzt bleiben.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Markus Herrmann MPH, M.A.

Charité – Humboldt-Universität Berlin, Institut für Allgemeinmedizin

Schumannstraße 20/21

10117 Berlin

e-mail: markus.herrmann@charite.de

Anmerkungen

- 1 Eine gute Übersicht zur schwierigen Psychodynamik der Beziehung zwischen Ärzten und Drogenkonsumenten findet sich in dem Artikel von Behrend (1996).
- 2 Die Graphiken basieren auf einer Sekundäranalyse einer repräsentativen Stichprobe von Daten einer süddeutschen Kassenärztlichen Vereinigung, die durch das »Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH« (IGES), B. Häussler für das Institut für Allgemeinmedizin der Charité im Rahmen der Expertise »Migranten und Sucht« vorgenommen wurde.

Abbildung 1: Häufigkeit ärztlicher Leistungen bei Alkoholabhängigkeit

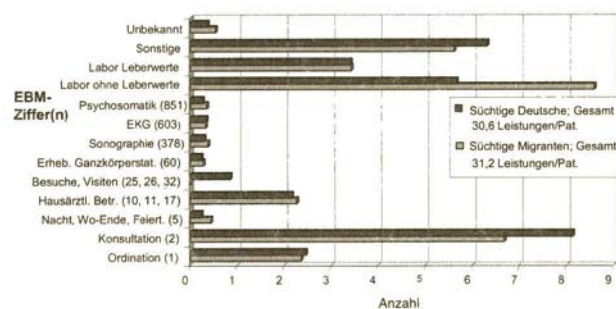


Abbildung 2: Häufigkeit ärztlicher Leistungen bei Medikamentenabhängigkeit

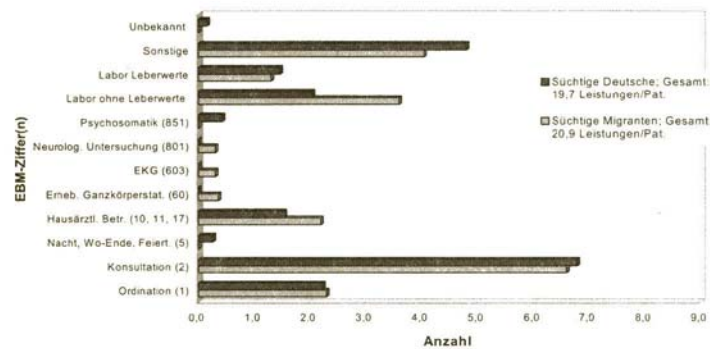
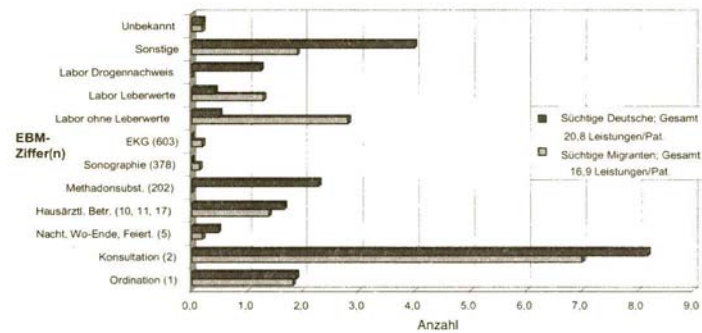


Abbildung 3: Häufigkeit ärztlicher Leistungen bei Drogenabhängigkeit



Literatur

- Behrendt, K. (1996): Beziehung zwischen Arzt und Patient – Ziele und Grenzen in der Praxis. In: Nowak, M.; Schiffman, R.; Brinkmann, R. (Hg.): Drogensucht – Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis. Stuttgart: Schattauer
- Berg, I.K.; Miller, S.D. (1993): Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. Heidelberg: Auer
- Blätter, A. (1999): Drogengebrauch und soziales Umfeld. In: Uchtenhagen, A.; Zieglgämsberger, W. (Hg.): Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München: Urban & Fischer
- Boos-Nünning, U. (1998): Sozialisation von Jugendlichen ausländischer Herkunft. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus
- Bühringer, G.; Bauernfeind, R.; Simon, R.; Kraus, L. (1999): Entwicklung der Konsumhäufigkeiten und -muster in klinischen Gruppen. In: Uchtenhagen, A.; Zieglgämsberger, W. (Hg.): Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München: Urban & Fischer
- BZgA (Hg.) (2001): Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Ein Leitfaden für die ärztliche Praxis: Köln
- Carne, S. (1970): The immigrant patient in general practice. *Proc – R – Soc Med* 63(6), 629-631
- Collatz J. (1994): Ethnomedizinische Zentren und Sozialpsychiatrie. *Soziale Psychiatrie* 1/94, 4-8
- Collatz J. (1996): Die Welt im Umbruch – Zu Lebenssituation, Gesundheitszustand und Krankheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Deutschland. *Pro Familia Magazin* 24, 2-6
- Collatz, J.; Brandt, A.; Salman, R. (1992): Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung Hamburg: ebv-Rissen
- De Shazer, S. (1996): Erfolgsgeschichten konstruieren. In: Keller, T.; Greve, N. (Hg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Dübgen, R. (1999): Die Entstehung der Sucht aus tiefenpsychologischer Sicht. *Sucht-report* 3/99, 29-36
- Elias, N. (1976): Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Gaitanides (1998): Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus, 62-76.
- Gözl, J. (1995): Der drogenabhängige Patient. München: Urban & Fischer.
- Gözl, J. (1997): Bedeutung und Praxis der Suchtbehandlung durch den niedergelassenen Arzt. In: Bossong, H.; Goelz, J.; Stoever, H. (Hg.): Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt a.M.: Campus
- Hargreaves, S.; Holmes, A.; Friedland, J.S. (2000): Refugees, asylum seekers, and general practice: room for improvement? *Br J Gen Pract* 50(456), 531-532
- Herrmann, M. (1999): Perspektiven der Gesundheitssicherung von Flüchtlingen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 61, 312-318
- Herrmann, M. (2000): Kulturspezifische Krankheitskonzepte. In: Beauftragte der Bundesregierung (Hg.): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Berlin, Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei

- Herrmann, M.; Schwantes, U. (2002): Migranten und Sucht – Eine quantitative und qualitative Expertise über Gesundheit, Krankheit und hausärztliche Versorgung von suchtgefährdeten und suchtkranken MigrantInnen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 141/III. Baden-Baden: Nomos
- Hesse, E. (1992): Umgang mit Suchtkranken. In: Kochen, M.M. (Hg.): Allgemeinmedizin. Stuttgart: Hippokrates
- Klitzing, K. v. (1983): Risiken und Formen psychischer Störungen bei Arbeitnehmerkindern. Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration. Weinheim, Basel: Beltz
- Legnaro, A. (1999): Rausch und Sucht in der Sozial- und Kulturgeschichte Europas. In: Uchtenhagen, A.; Zieglgänsberger, W. (Hg.): Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München: Urban & Fischer
- Levine, H. (1982a): Die Entdeckung der Sucht – Wandel der Vorstellungen über Trunkenheit in Nordamerika. In: Völger, G.; Welck, K. v. (Hg.): Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich. Reinbek: Rowohlt
- Levine, H. (1982b): Mäßigkeitsbewegungen und Prohibition in den USA. In: Völger, G.; Welck, K. v. (Hrsg.): Rauch und Realität. Drogen im Kulturvergleich. Reinbek: Rowohlt
- Miller, W.R.; Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung – ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus
- Niermann, M.; Akybik, O. (1983): Drogen- und alkoholabhängige ausländische Jugendliche (AG3). In: Gesamtverband für Suchtkranke im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hg.): Rauschmittelgefährdung bei jungen Ausländern. Kassel
- Reijneveld, S.A. (1998): Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 52, 298-304
- Reimer, C. (1993): Zum Umgang mit süchtigen Patienten. In: Ders.: Ärztliche Gesprächsführung. Berlin: Springer
- Reimer, C. (1996): Der psychotherapeutische Umgang mit süchtigen Patienten. In: Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M.; Wilke, E. (Hg.): Psychotherapie. Berlin: Springer
- Reimer, C.; Freisfeld, A. (1984): Einstellungen und emotionale Reaktionen von Ärzten gegenüber Alkoholikern. *Ther W* 34, 3514-3520
- Richter, A. (2001): Sucht – Mehr Kooperation erforderlich. *Dt. Ärzteblatt* 98 (47), A3092
- Richter, G.; Klemm, P.G.; Zahn, M. (1994): ScreeT-9, Ein 9-Item-Screening Test für die Unterscheidung von Alkoholabhängigen, Alkoholmissbrauchern und Normaltrinkern. *Sucht* 3 und 4
- Salman, R.; Tuna, S.; Lessing, A. (1999): Handbuch interkulturelle Suchthilfe – Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Edition Psychosozial
- Schulze, G. (1992): Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt a.M.: Campus
- Schwantes, U.; Kampmann, M.; Schimansky, H.C. (2002): Gesundheitsorientierte Gesprächsführung in der Fortbildung zur psychosomatischen Grundkompetenz. *Balint Journal* (in Druck)
- Schwartz, F.W.; Kerek-Bodden, H.E.; Schach, E. (1989): Die EvaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutsche Ärzte Verlag
- Spode, H. (1993): Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich

- Subkowski, P. (2000): Die psychoanalytische Sicht der Abhängigkeitserkrankungen. *Psychotherapeut* 45 (4), 253-266
- Tertilt, H. (1996): *Turkish Power Boys – Ethnographie einer Jugendbande*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Treiber, H.; Steinert, H. (1980): Die Fabrikation des zuverlässigen Menschen. Über die »Wahlverwandschaft« von Kloster- und Fabrikdisziplin. München: Heinz Moos
- Velez, C.N.; Ungemack, J.A. Drug use among Puerto Rican youth: an exploration of generational status differences. *Soc Sci Med* 1989;29:779-89
- Velez, C.N.; Ungemack, J.A. (1995): Psychosocial correlates of drug use among Puerto Rican youth: generational status differences. *Soc Sci Med* 40, 91-103
- Voigtel, R. (2000): Formen der Sucht. *Forum Psychoanal* 16, 16-44
- Wagner, M.; Marrell, I. (1998): Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Migranten in Berlin Kreuzberg aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte. Unveröff. Magisterarbeit im Studiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health, TU-Berlin
- Weber, M. (1920): *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*. Hamburg: Siebenstern