

MIGRATION UND SUCHT

26.März 2015

Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit

Gesundheits- und Sozialberichterstattung

Patrizia Paplinski



Übersicht

2

- Migration und Sucht
- Kulturkreise und Suchtbilder
- Demographisches
- Suchtverhalten
- Good Practice-Beispiele

3

(1) Migration und Sucht

Einflussfaktoren

4

- Migration als „kritisches Lebensereignis“
 - Prozess der Übersiedlung
 - Kulturkonflikt
 - **Marginalisierung (strukturelle Benachteiligung)**
 - Verlust schützender Faktoren

- Entwicklung psychischer Störungen/Drogenabhängigkeit
 - sozioökonomischer Status
 - Wohnsituation
 - Gewalterfahrungen
 - lückenhafte Familiensysteme

(2) Kulturkreise und Suchtbilder

(Spät-)Aussiedler_innen

6

- Großteil stammt aus Nachfolgestaaten der ehemaligen SU bzw. früheren Ostblockstaaten
- Schwierigkeiten mit Sprache, isolierte Wohnlage, häufiger arbeitslos
- Keine einheitlichen Aussagen zu generellen Konsummustern
 - ▣ Allerdings: Untergruppen junger Menschen mit exzessivem Alkohol- und Heroinkonsum
 - ▣ Unterschiede im Konsum zwischen jüngeren und älteren (Spät-)Aussiedler_innen
- Verständnis von (psychischer) Krankheit/Beratung verschieden von deutschen Einrichtungen/Therapeut_innen

Arbeitsmigrant_innen

7

- Meist als ungelernte Arbeiter_innen in den 1950er
- Erste Generation: Suchtprobleme eher gering, wenn dann Alkohol und Nikotin
 - ▣ Muslimische Kulturen: Religion als protektiver Faktor, aber auch: Scham bei (Alkohol-)Konsum (vgl. Entgiftung in Türkei)
 - Unterschied zwischen Jugendlichen und Erwachsenen
 - Männer: Spielsucht als großes Thema; Frauen: Medikamentenmissbrauch

- Zweite Generation: Sozialisation in Heimatland, Zuzug in 70er-/80er-Jahren während sensibler Entwicklungsphase
- Dritte Generation: in Deutschland geboren, macht größte Gruppe aus
 - ▣ Voraussetzungen für Integration besser: Kindergarten- und Schulbesuch, Entwicklung einer polykulturellen Identität
 - ▣ Nichtpassung auf Mehrheitsgesellschaft aber mit gravierenderen Konsequenzen verbunden
 - Bei muslimischen Jugendlichen: Rolle der Familie für Konsumweise und Unterstützung

Flüchtlinge und Asylbewerber_innen

9

- Hohe Inzidenz von psychischen Störungen: geschätzt 40% der Asylsuchenden leiden unter traumabedingten psychischen Störungen
 - ▣ Symptombehandlung oft durch Konsum von Alkohol, Cannabis und Medikamenten

10

(3) Demographisches

Menschen mit Migrationsgeschichte (Bezirk 2014)

11

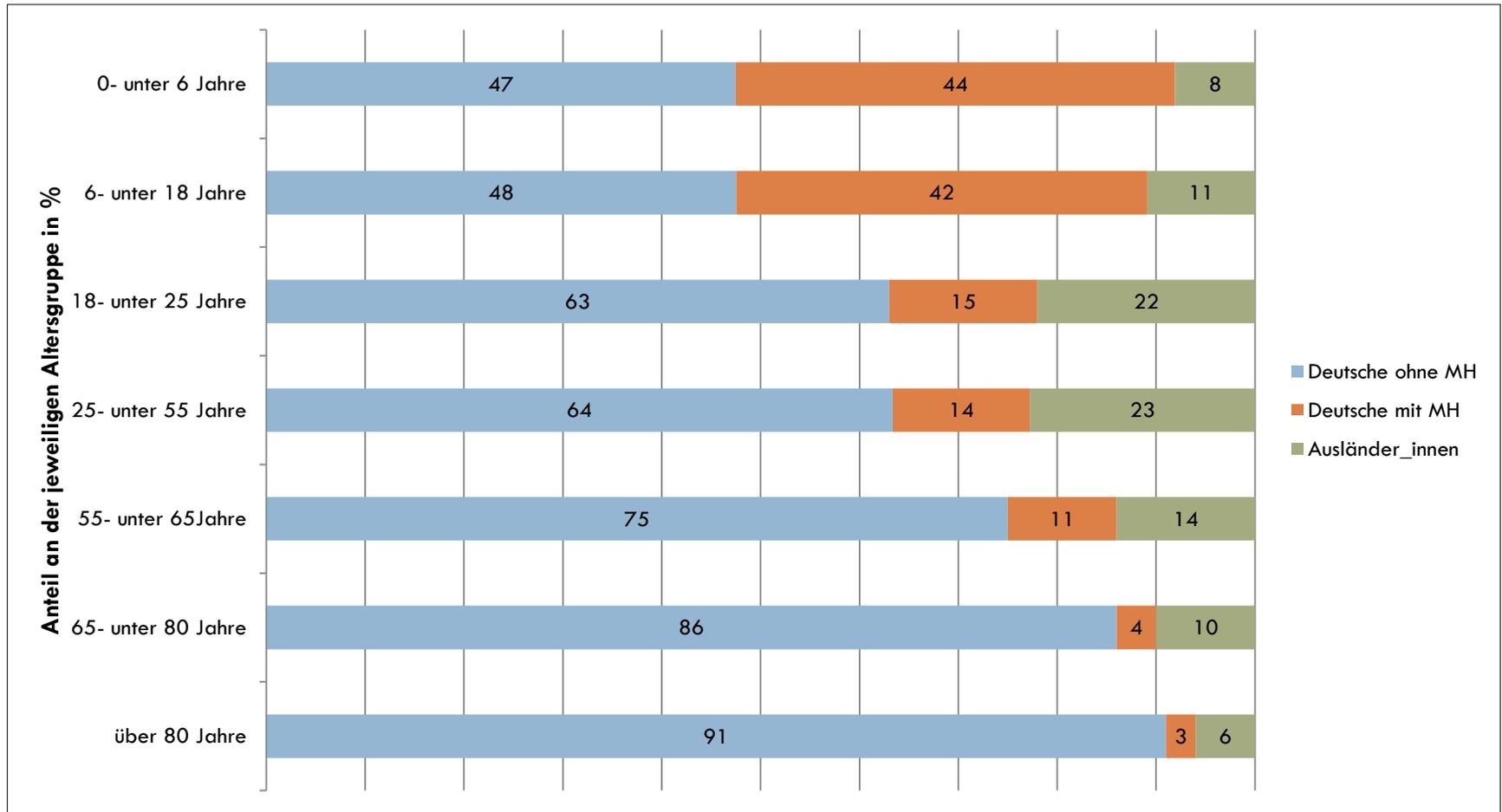
Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik (ERS) 2014; Landesamt für Gesundheit und Soziales.

- 108 125 Menschen im Bezirk haben eine Migrationsgeschichte (=32% der EW)
 - ▣ Deutsche m. MH: 16%
 - ▣ Ausländer_innen: 17%
- Anfang 2015 sind 944 geflüchtete Personen im Bezirk untergebracht
- Der Migrationshintergrund bezieht sich größtenteils auf die Türkei, Polen, das ehemalige Jugoslawien, die Russische Föderation, Italien und Serbien

Alter (Bezirk 2014)

12

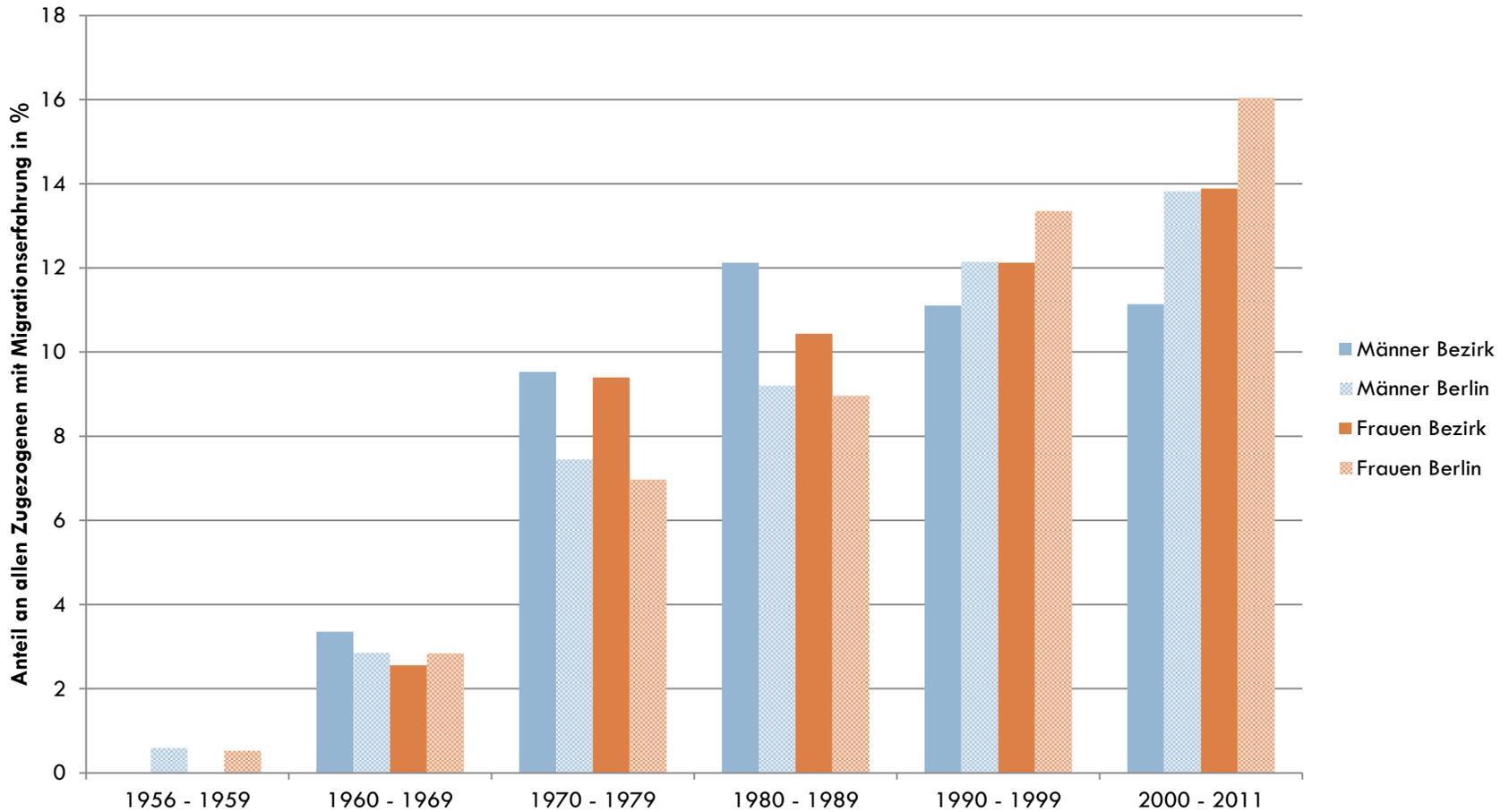
Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, ERS 2014.



Zuzugsjahrzehnt (Bezirk)

13

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Zensus 2011.



Wohnen (Bezirk 2014)

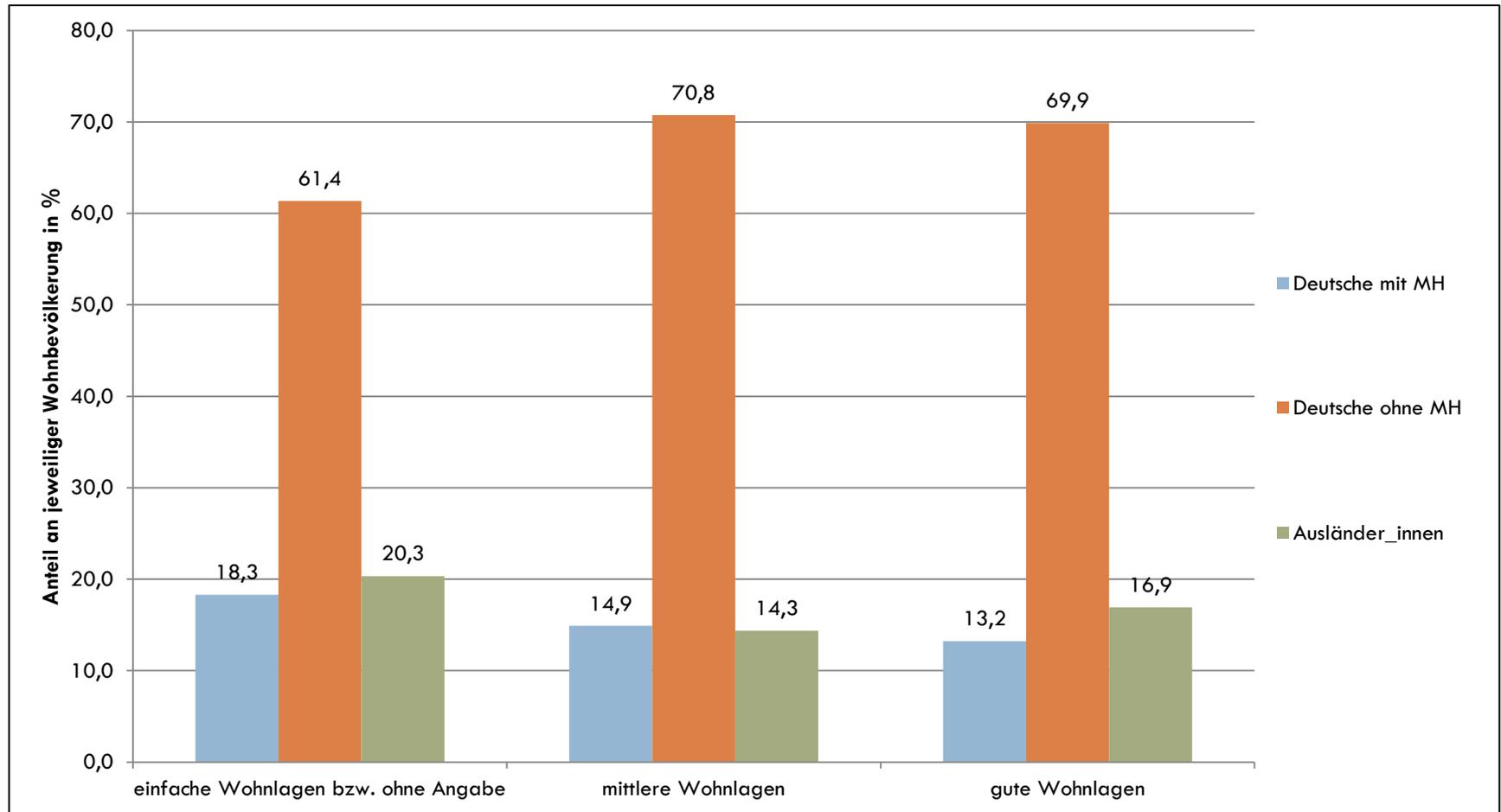
14

- **Schöneberg-Nord: Personen mit türkischem MH und MH aus der ehemaligen SU**
- **Tempelhof: Personen mit türkischem MH und polnischem MH**
- **Marienfelde: Personen mit MH aus der ehemaligen SU**
- **Mariendorf und Lichtenrade: Personen mit polnischem MH**

Wohnlage (Bezirk 2014)

15

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, ERS 2014.



Spracherwerb (Bezirk 2014)

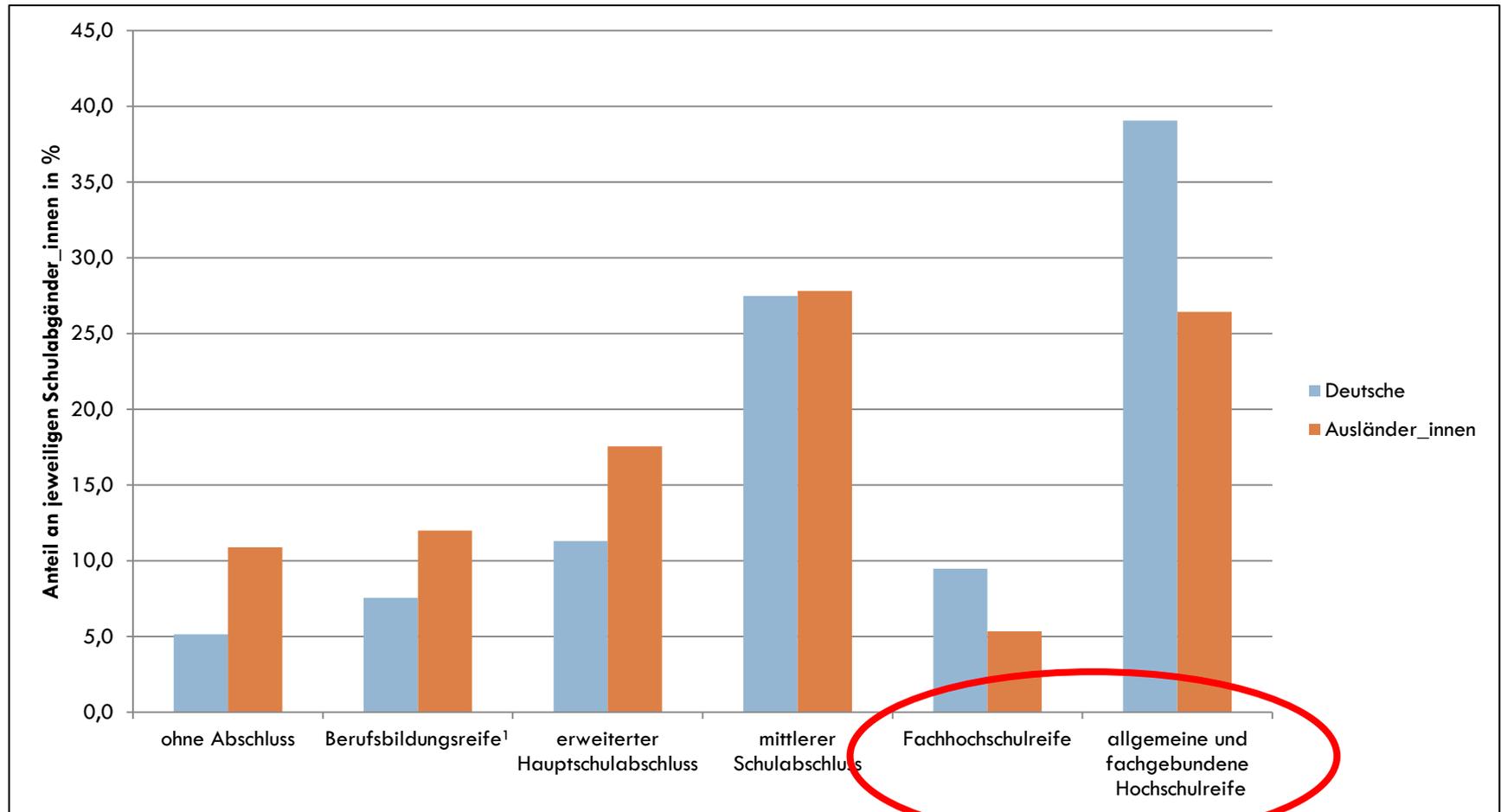
16

- Einschulungsuntersuchungen: Sprachentwicklung im Kindergarten scheint nicht auszureichen
- VHS-Kurse (Förderung durch BAMF)

Schulbildung (Berlin, Schuljahr 2012/13)

17

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.



Ausbildung (Bezirk 2011)

18

	Anteil von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit in %	Anteil von Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in %
Ohne beruflichen Abschluss	24	57
Lehre o.Ä.	39	16
Fachschulabschluss	11	5
Fachhochschulabschluss	7	5
Hochschulabschluss	15	17
Promotion	3	-

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Zensus 2011.

Erwerbsleben (Bezirk 2011)

19

- **Erwerbstätigkeit**
 - $\frac{1}{4}$ der Menschen mit MH gehören zu den Erwerbspersonen, 4% davon sind erwerbslos
 - ein weiteres Viertel zählt zu den Nichterwerbspersonen

- **Nettoverdienst**
 - 27% von Personen mit MH beziehen kein eigenes Einkommen, 19% haben ein persönliches Monatsnettoeinkommen von unter 500€

Health Literacy

20

- Gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und umsetzen
- stärkerer Prädiktor des Gesundheitszustandes einer Person als Einkommen, Erwerbsstatus, Bildungsstand oder Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe
- **Deutschland (NRW) einziges Land in dem Personen mit Migrationsgeschichte signifikant die niedrigsten Werte bzgl. genereller Gesundheitskompetenz erzielen**

Zwischenfazit

21

- strukturelle Marginalisierungstendenzen von Personen mit Migrationsgeschichte lassen sich auch im Bezirk beobachten (Schul- und Berufsbildung, Verdienst)
- ein Großteil der Deutschen mit Migrationsgeschichte ist unter 15 Jahre alt → hohes Präventionspotential

22

(4) Suchtmittel und -konsum

Tabak

(Bezirk 2010/11; Deutschland 2013)

23

- Einschulungsuntersuchungen: soziale Lage ausschlaggebender als Herkunft
 - ▣ Ausnahme: türkische Haushalte

- niedrigste Raucher_innenquoten bei Personen mit MH aus Süd- und Südostasien (14%) sowie Afrika (18%)

- Unterschiede je nach Migrationsgeschichte und Geschlecht

- Personen mit polnischem Migrationshintergrund:
 - ▣ höchste Raucher_innenquote: 38,5% (Pol_innen)
 - ▣ Einstiegsalter höher als bei Personen oMH

- Personen mit türkischem Migrationshintergrund:
 - Personen mit türk. Staatsbürgerschaft aber ohne eigene Migrationserfahrung (ME): höchste Raucher_innenquote (37%), frühestes Einstiegsalter (16,8 J.), 9 von 10 rauchen regelmäßig

- Personen mit MH aus der Russischen Föderation:
 - Eingebürgerte Personen: höchste Raucher_innenquote (25%), 90% regelmäßige Raucher_innen
 - Russ_innen mit eigener ME: höchstes Einstiegsalter (19,2 J.)

Alkohol

(Berlin 2006, 2012)

25

- Geschlechtsspezifik
 - ▣ Männer: je niedriger Schicht, umso eher riskanter Konsum bzw. Rauschtrinken
 - ▣ Frauen: mittlere Schicht am häufigsten von neg. Konsummuster betroffen
- arabischer und türkischer Kulturkreis:
 - ▣ Einfluss religiöser Vorstellungen auf Konsum
 - z.B. muslimische Jugendliche: Konsum geringer, nimmt aber mit zunehmender Aufenthaltsdauer zu
 - ▣ Konsum stark tabuisiert
- osteuropäischer Kulturkreis:
 - ▣ Konsum von Hochprozentigem Teil der gesell. Realität

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2012; Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin.

- Daten der Suchthilfe:
 - ▣ ambulant mit Hauptdiagnose Alkohol: 11%
 - 2% Migrant_innen ohne eigene Migrationserfahrung (ME) (seltenste Diagnose)
 - 8% Personen mit eigener ME
 - ▣ stationär mit Hauptdiagnose Alkohol: 13%
 - 3% Migrant_innen ohne eigene ME (seltenste Diagnose)
 - 10% Personen mit eigener ME

Cannabis (Berlin 2012, 2014)

27

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2012; Suchthilfestatistik 2014.

- allgemein: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz in letzten 25 Jahren gestiegen

- Daten der Suchthilfe:
 - ▣ ambulant mit Hauptdiagnose Cannabis: 20%
 - 14% Migrant_innen ohne eigene ME
 - 5% Personen mit eigener ME (seltenste Diagnose)

 - ▣ stationär mit Hauptdiagnose Cannabis: 16%
 - 12% Migrant_innen ohne eigene ME (zweithäufigste Diagnose)
 - 4% Personen mit eigener ME (zweitseltenste Diagnose)

Kokain (Berlin 2012, 2014)

28

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2012; Suchthilfestatistik 2014.

- allgemein: zweithäufigste Lebenszeitprävalenz (9%), Verdreifachung seit 1990, regelmäßiger Konsum am häufigsten bei 30-39jährigen (2,5%)

- Daten der Suchthilfe:
 - ▣ ambulant, Hauptdiagnose „Kokain“: 42%
 - 23% Migrant_innen ohne eigene ME (häufigste Diagnose)
 - 19% Personen mit eigener ME (zweithäufigste Diagnose)
 - ▣ stationär, Hauptdiagnose „Kokain“: 16%
 - 9% Migrant_innen ohne eigenen ME
 - 6% Personen mit eigener ME

Heroin (Berlin 2012, 2014)

29

- allgemein: Lebenszeitprävalenz 1,3%; Männer konsumieren häufiger als Frauen; höchste Werte für 30-39jährige; keine signifikanten Veränderungen seit 1990

- Daten der Suchthilfe:
 - ▣ ambulant, Hauptdiagnose „Opiode“: 30%
 - 9% Migrant_innen ohne eigene ME
 - 21% Personen mit eigener ME (häufigste Diagnose)
 - ▣ stationär, Hauptdiagnose „Opiode“: 31%
 - 13% Migrant_innen ohne eigene ME (häufigste Diagnose)
 - 18% Personen mit eigener ME (häufigste Diagnose)

Pathologisches Glücksspiel

30

- Daten der Suchthilfe:
 - Ambulant, Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“: 33%
 - 16% Migrant_innen ohne eigene ME (zweithäufigste Diagnose)
 - 17% Personen mit eigener ME
 - Stationär: Stichprobe zu gering

Der Anteil an Personen mit Migrationsgeschichte in der Suchthilfe ist in folgenden Bereichen überdurchschnittlich hoch (29% aller Berliner EW haben 2014 einen Migrationshintergrund):

- Kokain (42% ambulant behandelt)
 - Häufigste Diagnose bei Migrant_innen ohne eigene ME
- Opioide (30% ambulant, 31% stationär)
 - Häufigste Diagnose bei Personen mit eigener ME
- Pathologisches Glücksspiel (33% ambulant)

Rauschgiftdelikte (Berlin 2013)

32

Anteil nichtdeutscher Tatverdächtiger bei ...

- Rauschgiftkriminalität: 32%
- Allg. Verstöße gemäß §29 BtMG: 30%
- Illegaler Handel mit Rauschgiften: 44%

(5) Zusammenfassung

Fazit

34

Obwohl...

- Daten nur sehr spärlich (hpts. zu legalen Drogen) und schwer miteinander vergleichbar sind
 - ▣ Daten zu besonderen Gruppen (z.B. Geflüchteten oder Frauen) sind nicht vorhanden

lässt sich feststellen, dass ...

- Personen mit MH in Bezug auf Suchtmittelkonsum eine sehr heterogene Gruppe darstellen
- Drogenkonsum auch bei Menschen mit MH ein äußerst relevantes Thema ist (legal und illegalisiert)
- es Unterschiede im Konsumverhalten von Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte gibt

Good Practice-Beispiele

35

- dönüs (Therapieeinrichtung für Drogenabhängige aus dem türkisch-orientalischen Kulturkreis, Nürnberg) (<http://www.doenues-drogentherapie.de/>)
- TRIAS networking (Kooperationsprojekt zur Versorgung abhängigkeiterkrankter Menschen mit Migrationshintergrund) (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/trias-networking/>)
- MiMi (Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland, Ausbildung von Gesundheitsmediator_innen) (<http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/>)

Quellen

36

- Hegemann, T. und Salman, R. (Hg.) (2010). Handbuch transkulturelle Psychiatrie. Kapitel Migration und Sucht. Verfügbar unter [https://www.psychiatrie-verlag.de/fileadmin/storage/dokumente/Diverse/ZusatzmaterialService/Buecher/PV/467_Transkulturelle/Transkulturelle Psychiatrie Teil 2Migration und Sucht.pdf](https://www.psychiatrie-verlag.de/fileadmin/storage/dokumente/Diverse/ZusatzmaterialService/Buecher/PV/467_Transkulturelle/Transkulturelle_Psychiatrie_Teil_2Migration_und_Sucht.pdf)
- Koopmann, A. und Sturm, S. (2010). Harm Reduction bei Drogen konsumierenden Migranten. Verfügbar unter <http://www.indro-online.de/KoopmannSturm2010.pdf>
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2013). Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013. Verfügbar unter <https://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte/>
- Statistisches Bundesamt (2013). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Auswertungen des Mikrozensus 2013. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220137004.pdf?__blob=publicationFile
- WHO (2013). Health Literacy. Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>