

Migration | Sucht | Transkulturalität

Auf dem Weg zu einer kultursensiblen Suchtprävention und -hilfe





Deutschland ist vielfältig geworden: Mehr als ein Fünftel der Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund.¹ Davon haben wiederum gut die Hälfte die deutsche Staatsangehörigkeit. Allerdings variiert die Lage innerhalb Deutschlands beträchtlich: In den östlichen Bundesländern liegt der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund unter fünf Prozent, in den westlichen Ländern zwischen gut 13 Prozent und knapp einem Drittel. Rund 37 Prozent aller Personen mit Migrationshintergrund stammen aus den ehemaligen Gastarbeiteranwerbestaaten, die meisten aus der Türkei. Auch in Hamburg bilden Personen mit türkischen Wurzeln die mit Abstand größte Gruppe, gefolgt von Personen mit polnischem, afghanischem und russischem Migrationshintergrund.

Bürgerkriege, politische Gewalt und andere globale Krisen haben zuletzt zu einem erheblichen Zustrom von Geflüchteten nach Deutschland geführt. Die Gesamtzahl der im Bundesgebiet lebenden Geflüchteten lag Ende 2015 bei 1,25 Millionen. In Hamburg leben 45.622 Geflüchtete, überwiegend Männer, rund ein Viertel ist minderjährig. Die meisten stammen aus Afghanistan, gefolgt von Syrien, Iran, Irak und Eritrea.²

Erste Versuche, dem wachsenden Anteil an Personen mit Migrationshintergrund Rechnung zu tragen, gab es in Suchtvorbeugung und -hilfe bereits in den 1990er Jahre.

Durch die Auseinandersetzung mit Diversity-Konzepten hat die Frage nach angemessenen Angeboten und dem Abbau von Zugangsbarrieren aber in den letzten Jahren entscheidend an Dynamik gewonnen.³

Vor diesem Hintergrund lauten die Kernfragen dieser Broschüre, die sich an Fachkräfte der Bereiche Gesundheitsförderung, Suchtprävention und -hilfe sowie Jugendhilfe richtet:

- *Lassen sich Unterschiede bei Konsummustern und Prävalenzen feststellen?*
- *Lassen sich kulturspezifische Ursachen von Suchtgefährdung ausmachen, aus denen Bedarfe der kultursensiblen Suchtprävention und -hilfe abzuleiten wären?*
- *Welche Ressourcen bzw. Schutzfaktoren gibt es?*
- *Gibt es methodische Ansätze – Models of Good Practice –, die sich bewährt haben?*

¹ Vgl. Mikrozensus 2015, www.mikrozensus.de

² Vgl. Drs. 21/5832, Parlamentsdokumentation Freie und Hansestadt Hamburg

³ Vgl. Charta der Vielfalt, www.charta-der-vielfalt.de

VIELFALT

Multikulti, Inter- und Transkulturalität 4
 Was heißt Migrationshintergrund? 7

MIGRATION UND SUCHT

Konsumverhalten und Prävalenzen 9
 KlientInnen in der Suchthilfe 12
 Risiko- und Schutzfaktoren 15

KULTURSENSIBILITÄT

Erreichbarkeit der Zielgruppe(n) 17
 Model of Good Practice 18

AUSBLICK

Handlungsempfehlungen 20
 Weiterführende Links 22
 Impressum 23



Foto: shutterstock.com

Multikulti, Inter- und Transkulturalität

Wie wollen wir zukünftig zusammen leben?

Fragen nach Kultur und Identität wurden in den westdeutschen Bundesländern spätestens aufgeworfen, als sich in den 70er Jahren abzeichnete, dass die angeworbenen so genannten GastarbeiterInnen mehrheitlich auf Dauer bleiben und ihre Familien nachziehen würden. Die kontroverse Diskussion hat in den letzten Jahren angesichts der vielfältigen Migrations- und Fluchtbewegungen wieder an Intensität gewonnen. Ob sich Deutschland als Einwanderungsland verstehen sollte, ist nach wie vor umstritten.

Multikulti

Multikulti war eine der Antworten auf eine vielfältiger werdene Gesellschaft aus dem rot-grünen Milieu, die aber bald als gescheitert erklärt wurde. Mit den steigenden AsylbewerberInnenzahlen nach dem Anwerbestopp in 1973 bis zum Höchststand zur Zeit des Jugoslawienkrieges mit knapp 440.000 Asylanträgen in 1992 gewann die von Ressentiments geprägte Auseinandersetzung um die bundesdeutsche Ausländer- und Asylpolitik an Schärfe. Ende der 90er Jahre schließlich machte der Begriff der Leitkultur Furore. Das Konzept eines gesellschaftlichen Wertekonsenses wurde – vor allem als deutsche Leitkultur – zum Gegenkonzept von Multikul-

turalität stilisiert. Nicht Vielfalt, sondern Anpassung an einen verbindlichen gesellschaftlichen Wertekanon wurde propagiert. Ähnliche Tendenzen lassen sich aktuell in Folge der stark gestiegenen Zahl der nach Deutschland beziehungsweise Europa Geflüchteten ausmachen.

Interkulturalität

In den letzten Jahren gewann der Begriff der Interkulturalität an Beliebtheit. Allerdings wird er höchst unterschiedlich verwendet: Interkulturalität bezeichnet je nachdem die flüchtige Schnittmenge, die punktuell beim Interagieren zwischen zwei Kulturen entsteht, oder aber etwas neues eigenständiges Drittes.

Leitkultur

Im Vorfeld der Bundestagswahl 2017 wurde der Begriff der deutschen Leitkultur von Innenminister de Maizière wieder aufgegriffen, der damit eine kontroverse Debatte auslöste.⁴ Seine zehn Thesen versuchen ungeschriebene Regeln des Zusammenlebens in Deutschland auf den Punkt zu bringen, deren Einhaltung er als Voraussetzung für eine gelungene Integration ansieht.

Transkulturalität

Gehen sowohl Multikulturalität als auch Interkulturalität von jeweils abgegrenzten, nebeneinander bestehenden und in sich homogenen Wertesystemen aus, die eng an kulturbezogene Perspektiven, Nationalitäten oder Ethnien gekoppelt sind, so wird mit dem Konzept der Transkulturalität versucht, neue Wege zu gehen.

Ziel ist es, sich von Begrenzungen zu lösen, die einer Anlehnung an den klassischen Kulturbegriff geschuldet sind, und sich einer integrativen Perspektive zu nähern.

Angesichts einer zunehmenden globalen Mobilität und Vernetzung könne nicht

mehr von isolierten Kulturen ausgegangen werden, die sich entgegenstehen, sondern nur noch von in sich durchmischten und verflochtenen Systemen sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf individueller Ebene.

Die Herausforderung bei der Identitätsbildung bestehe heutzutage darin, stufenweise vielfältige kulturelle Komponenten in sich verbinden zu können.⁵

„Je weniger ich etwas von einer anderen (mir fremden) Gruppe weiß, umso klarer ist mein Bild zu denen.“

Zitat aus einem Workshop

Die Frage, wie gedeihlich sich das Zusammenleben in Deutschland und in Europa in den nächsten Jahren bei weiter steigendem Anteil der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund gestaltet, wird maßgeblich davon abhängen, welche Kulturkonzepte prägend sein werden für die gesellschaftliche Entwicklung.

⁴ BILD am Sonntag vom 30.04.2017

⁵ Vgl. Welsch, W. (1994). Transkulturalität. Die veränderte Verfassung heutiger Kulturen: Via Regia. Blätter für internationale kulturelle Kommunikation 20, www.via-regia.org

Was heißt Migrationshintergrund?

Kultureller Hintergrund, Staatsangehörigkeit und Lebenssituation

Mittlerweile leben in Deutschland viele Menschen mit Migrations- oder Einwanderungsgeschichte – diese liegt aber oft Jahrzehnte zurück. Viele sind hier sesshaft geworden und können kaum noch als MigrantInnen bezeichnet werden, selbst wenn sie nicht die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben. Andere haben die deutsche Staatsangehörigkeit und/oder sind hier geboren, aber ihre Lebenssituation ist weiterhin von der eigenen Migration oder der der Eltern geprägt oder sie definieren sich selbst nicht (ausschließlich) als Deutsche – z. B. weil sie ihren kulturellen Hintergrund nicht ausblenden möchten. Dieser komplexen gesellschaftlichen Realität versucht die Bezeichnung *Menschen mit Migrationshintergrund* gerecht zu werden.

Seit 2005 wird im Rahmen des Mikrozensus' das Merkmal *mit Migrationshintergrund* erhoben. Nach aktueller Definition hat eine Person *dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.*⁶ Auf dieser Definition basiert mittlerweile eine große Bandbreite von Verwaltungshandeln wie beispielsweise Planungen auf sozialräumlicher Ebene: Das Merkmal *mit Migrationshintergrund* hat größtenteils das Merkmal *Staatsangehörigkeit* als Steuerungsaspekt abgelöst.

Diese Entwicklung wird durchaus kritisch gesehen, da Personengruppen wie die der Vertriebenen trotz Migra-

tionserfahrung nicht eingeschlossen sind, in Deutschland geborene Deutsche unter Umständen aber schon, und – eines der Hauptargumente –, weil die so erfasste Bevölkerungsgruppe in sich äußerst heterogen ist.

Schwerer wiegt die Kritik aus den Reihen der so definierten Bevölkerungsgruppe selbst: Zum einen birgt allein schon die Tatsache, dass unterschieden wird zwischen einer Bevölkerungsgruppe, die – je nach Blickwinkel – einen anderen kulturellen Hintergrund mitbringt als ihn die Einheimischen haben oder aber von eben diesen Herkunftsteilnehmern als anders bzw. fremd wahrgenom-

men werden, die Gefahr eines perpetuierten Ausschlusses. Dabei steht allerdings nicht die Bezeichnung, sondern eher das Konzept an sich im Fokus der Kritik. Insofern laufen hier auch gut gemeinte Ansätze ins Leere, Menschen mit Migrationshintergrund um Vorschläge aus den eigenen Reihen zur Benennung zu bitten.⁷

Zum anderen wird die Bezeichnung Menschen mit Migrationshintergrund in Teilen der so bezeichneten Bevölkerungsgruppe durchaus wörtlich verstanden und stößt auf Ablehnung, weil die eigenen kulturellen Wurzeln – nach dieser Lesart – explizit in den Hintergrund gedrängt würden.

Gleichwohl erweist sich das Merkmal so als nützlich, wenn es um das Erkennen von Benachteiligungen und Diskriminierung etwa auf dem Arbeitsmarkt geht. Nur nach grundlegender Analyse lassen sich diese – beispielsweise durch passgenaue Förderung oder gezieltes Empowerment – bekämpfen. Auch in dieser Broschüre findet der Begriff Verwendung.

Die Sinus-Studie⁸ hat ergeben, dass die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund nach ihren Wertesystemen verschiedenen Milieus zuzuordnen sind und diese in Bezug auf ihre Alltagswelten, Werteorientierungen, Lebensziele, Wünsche und Zukunftserwartungen stark differieren. Die Unterschiede innerhalb der MigrantInnen-Milieus sind größer und facettenreicher als – pauschal betrachtet – die Unterschiede zwischen Milieus mit oder ohne Migrationshintergrund.

Es gibt nicht pauschal die Menschen mit Migrationshintergrund. Und es gibt auch nicht pauschal die Menschen ohne Migrationshintergrund. Diese Begriffe überdecken die Vielfalt innerhalb der unterschiedlichen Gruppen, die immer mitbedacht werden sollte.

Und gleich ob mit oder ohne Migrationshintergrund – allen sollte die Möglichkeit offen stehen, gleichberechtigt an unserer – gemeinsamen – Gesellschaft zu partizipieren.

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013). Fachserie 1, Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus: 20

⁷ Vgl. TAZ Hausblog, Gesucht: neues Wort für „Mensch mit Migrationshintergrund“ samt Kommentaren vom 12.02.2010

⁸ Vgl. Sinus Sociovision (2007). Die Milieus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Auszug aus dem Forschungsbericht, www.sinus-sociovision.de

Konsumverhalten und Prävalenzen

Aspekte kulturspezifischen Umgangs mit Suchtmitteln

Für Erwachsene mit Migrationshintergrund gibt es noch immer relativ wenige gesundheitsrelevante – insbesondere die Suchtbelastung betreffende – Daten. Etwas besser sieht es in Bezug auf Kinder und Jugendliche aus. Eine kontinuierliche und systematische Erfassung und Auswertung findet jedoch kaum statt.

Jugendliche in Deutschland

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KIGGS⁹ hat gezeigt, dass sowohl das Rauchen als auch der Konsum von Alkohol bei den 14- bis 17-Jährigen mit Migrationshintergrund weniger stark verbreitet ist als bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Allerdings ist dafür in Bezug auf das Rauchen vor allem das Verhalten der Mädchen verantwortlich, die deutlich weniger rauchen (Ausnahme: Mädchen aus den Balkanländern).

Beim Alkoholkonsum finden sich außerdem erhebliche Unterschiede je nach Religionszugehörigkeit: Muslimi-



Foto: shutterstock.com

sche Jungen und Mädchen konsumieren weniger als andere. Ähnlich sieht es in Bezug auf illegale Drogen aus: Jugendliche mit Migrationshintergrund konsumieren im Vergleich weniger, wobei auch dieser Unterschied größtenteils auf den deutlich selteneren und geringeren Konsum der Mädchen bzw. jungen Frauen zurückzuführen ist. Unterschiede bestehen auch, je nachdem ob die Jugendlichen hier geboren und aufgewachsen sind, und ob ein oder beide Elternteil(e) einen Migrationshintergrund haben.

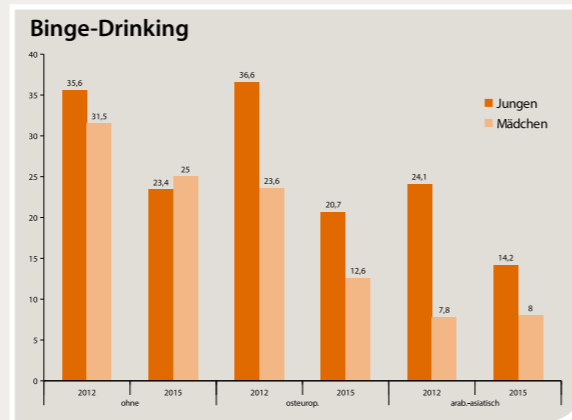
Exemplarisch: Jugendliche in Hamburg

Während die zweite Welle von KIGGS noch aussteht, liegen die Ergebnisse der neuen SCHULBUS-Studie¹⁰ schon vor. Von 2012 auf 2015 lassen sich spannende Veränderungen feststellen, die sich insbesondere aus einer Differenzierung zwischen der zahlenmäßig stark vertretenen Gruppe der SchülerInnen mit osteuropäischen Wurzeln und der Gruppe mit muslimisch geprägtem Migrationshintergrund sowie dem Geschlecht ergeben. Beim starken Rauchen und starken Alkoholkonsum sind weiterhin rückläufige Tendenzen zu beobachten.

Die stärksten Veränderungen liegen bei der Gruppe der Jungen insgesamt sowie der Mädchen mit osteuropäischen Wurzeln: Der Prozentsatz derjenigen, die mindestens einmal im Monat fünf und mehr Gläser Alkohol zu

einer Trinkgelegenheit konsumierten, ging beispielsweise bei Jungen mit muslimischem Hintergrund um 9,9 Prozentpunkte, bei Jungen mit osteuropäischem Hintergrund um 15,9 Prozentpunkte und bei den Mädchen dieser Gruppe um 11 Prozentpunkte zurück.

Der Rückgang beim Rauchen fiel insgesamt nicht ganz so stark aus. Bei Mädchen mit muslimisch geprägtem Migrationshintergrund ist beim starken Rauchen sogar eine leichte Steigerung von 4,7 Prozentpunkten in 2012 auf 6,9 Prozentpunkte in 2015 zu verzeichnen.



Binge-Drinking bei Hamburger Jungen und Mädchen ohne, mit osteuropäischem und mit arabisch-asiatischem Migrationshintergrund in 2012 und 2015. SCHULBUS 2016

Der problematische Konsum von Cannabis wiederum ist insgesamt leicht gestiegen. Ausnahme bilden Jungen mit osteuropäischem Migrationshintergrund. In der Gruppe ist der Konsum merklich zurückgegangen.

Das vor allem bei männlichen Jugendlichen verbreitete Glücksspiel um Geld ist bei Jungen mit osteuropäischen Wurzeln weiterhin rückläufig (von 20% auf 15,5%), bei Jungen mit muslimischem Migrationshintergrund jedoch stark gestiegen (von 12,9% auf 22,5%).

Erwachsene

Die spärlichen Daten zu Erwachsenen mit Migrationshintergrund¹¹ zeichnen in Hinsicht auf das Rauchen folgendes Bild: Männer mit Migrationshintergrund rauchen häufiger (35,7%) als Männer ohne Migrationshintergrund (29,4%). Bei den Frauen ist es umgekehrt, d. h. Frauen mit Migra-

tionshintergrund rauchen etwas seltener (19,8% versus 21,3%). Allerdings gibt es auch hier Ausnahmen, z. B. rauchen Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Polen oder Italien deutlich häufiger. In Berlin gaben 49,3 Prozent der Menschen türkischer Herkunft und 42,3 Prozent mit osteuropäischer Herkunft an zu rauchen. Bei den Herkunftsteutschen waren es „nur“ 37,2 Prozent.¹²

Beim Alkoholkonsum deutet vieles darauf hin, dass Männer und – in noch stärkerem Maße – Frauen mit Migrationshintergrund seltener und weniger Alkohol konsumieren als Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund. Eine Ausnahme bilden russlanddeutsche SpätaussiedlerInnen. In Bezug auf den Konsum illegaler Suchtmittel ist festzustellen, dass Drogenabhängigkeit die dritthäufigste psychische Störung bei der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist.¹³

⁹ Robert Koch-Institut (2008). Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin

¹⁰ Baumgärtner, T., Hiller, P. (2016). Suchtmittelgebrauch, Computerspiel- und Internetnutzung, Glücksspielerfahrungen und Essverhalten von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen 2015. Deskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-Untersuchung in Hamburg sowie in drei Grenzregionen Bayerns, Sachsens und Nordrhein-Westfalens

¹¹ Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011). Gesundheit und Migration. Gesundheitsberichterstattung für Bayern 4, Erlangen: 31ff

¹² Bezirksamt Mitte von Berlin (Hg) (2011). Migration und Gesundheit im Bezirk Berlin Mitte. Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes, Berlin: 119f

¹³ Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Rummel, C. (2012). Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBBD, München: 53f



Foto: shutterstock.com

KlientInnen in der Suchthilfe

Aspekte der Suchtbelastung und -behandlung

Daten zum problematischen Konsum und zur Suchtbelastung der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund sind nur punktuell vorhanden. Eine spezielle Auswertung der deutschen Suchthilfestatistik, an der 778 ambulante und 166 stationäre Einrichtungen beteiligt waren, erfolgte erstmals in 2011.¹⁴ Der Anteil der KlientInnen mit Migrationshintergrund lag 2011 bei knapp 17 Prozent, im stationären Bereich bei 13 Prozent. Die Behandlung erfolgte am häufigsten aufgrund von Störungen im Zusammenhang mit Alkohol und Opioiden.

Etwa die Hälfte der KlientInnen mit Migrationshintergrund besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft, der Anteil derjenigen, die selbst migriert ist, überwiegt den Anteil derer, die hier geboren wurden. Auffallend ist, dass der Altersdurchschnitt bei der Gruppe mit Migrationshintergrund etwa vier Jahre unter dem der restlichen Gruppe liegt, dass der Anteil der Männer (84%) in beiden Bereichen erheblich größer ist als der der Frauen (16%) (letzteres gilt allerdings – in geringerer Ausprägung – auch für das Verhältnis von Klienten (75%) und Klientinnen (24%) ohne Migrationshintergrund), und dass die Anteile der KlientInnen aus EU- und Nicht-EU-Staaten bei den Frauen gleich hoch liegen, während bei den Männern der Anteil der Klienten aus EU-Staaten überwiegt.

Wie die Auswertung zeigt, unterscheidet sich die Gruppe der KlientInnen mit Migrationshintergrund in einigen wesentlichen Punkten von der Gruppe ohne Migrationshintergrund: Die KlientInnen mit Migrationshintergrund haben im Vergleich zu den anderen häufiger entweder keinen Schulabschluss oder Hauptschulabschluss, haben

seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung, gingen seltener einer Erwerbstätigkeit nach und wohnten auch seltener selbständig. Unterschiede zwischen den Geschlechtern treten fast durchgängig in der Gruppe der KlientInnen mit Migrationshintergrund noch sehr viel ausgeprägter auf als bei den KlientInnen ohne Migrationshintergrund. So haben beispielsweise weit mehr Frauen als Männer mit Migrationshintergrund eine Berufsausbildung aufzuweisen (61% : 48%), während sich in Hinblick auf Erwerbstätigkeit das umgekehrte Bild zeigt.

Auch beim Konsum zeigen sich Unterschiede: Alkohol wird sowohl von KlientInnen mit als auch von KlientInnen ohne Migrationshintergrund am häufigsten als hauptsächlich konsumierte Substanz benannt. Jedoch liegt der Anteil derjenigen, die nicht Alkohol, sondern Opioide als hauptsächlich konsumierte Substanz nennen, bei KlientInnen mit Migrationshintergrund deutlich höher als bei KlientInnen ohne Migrationshintergrund und reicht insbesondere bei den männlichen Konsumierenden mit Migrationshintergrund fast an den

Anteil derjenigen heran, die Alkohol als Hauptproblem angeben.

Bei den Frauen ist der Anteil derjenigen, die Alkohol als Hauptproblem angeben, insgesamt höher als bei den Männern. Dieses Phänomen ist bei KlientInnen mit Migrationshintergrund wiederum ausgeprägter als bei KlientInnen ohne Migrationshintergrund.

Verhaltenssüchte

Zu der Frage, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund Probleme mit stoffungebundenen Süchten beziehungsweise Verhaltenssüchten haben, liegen wenige gesicherte Erkenntnisse vor. Vor allem das Glücksspiel ist jedoch in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus genommen worden.

Pathologisches Glücksspiel

Bei KlientInnen mit der Diagnose Pathologisches Glücksspiel lag der Anteil der Gruppe mit Migrationshinter-

grund in 2009 deutlich höher als bei der Gesamtheit der KlientInnen in ambulanter und stationärer Behandlung. Er lag mit 29 Prozent auch höher im Vergleich mit dem Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in der Allgemeinbevölkerung (20 %).¹⁵

Die Auswertung der Hamburger Basisdokumentation (BADO) zeigte für 2011 noch deutlichere Differenzen. Hier betrug der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund bei den GlücksspielklientInnen 44 Prozent, während der Anteil volljähriger Personen mit Migrationshintergrund in der Hamburger Bevölkerung bei 26 Prozent lag. In 2013 war dann jedoch ein Abschmelzen dieser Differenz auf 6 Prozentpunkte zu beobachten.¹⁶

Die Anzahl der Klientinnen mit der Diagnose Pathologisches Glücksspiel ist gering – ihr Anteil lag 2009 insgesamt unter zehn Prozent (2010: 12 %). Der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund war in dieser Gruppe geringer als in der Gruppe der Männer.

¹⁴ Vgl. Künzel, J., Steppan, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013). Klienten mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. Kurzbericht 1/2013. Deutsche Suchthilfestatistik 2011, München

¹⁵ Vgl. Braun, B., Ludwig, M. (2012). Kurzbericht zu Klienten mit Diagnose Pathologisches Glücksspiel im Jahr 2009, München: 3

¹⁶ Vgl. BADO e.V. (2012). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2011 der Hamburger Basisdokumentation (BADO), Hamburg: 64 sowie BADO e.V. (2014). Statusbericht 2013 der Hamburger Basisdokumentation (BADO), Hamburg: 68

Risiko- und Schutzfaktoren

Aspekte kulturspezifischen Konsums und Verhaltens

Ein Migrationshintergrund ist – neben Geschlecht, sozialer Lage, individuellen Prägungen – einer der Faktoren, die entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit haben können, und zwar sowohl im positiven wie auch im negativen Sinne. Aufgrund der großen Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund einerseits und des komplexen Zusammenspiels von gesundheitsrelevanten sozio-ökonomischen und milieuspezifischen Faktoren andererseits sind Aussagen zu migrationspezifischen Risiko- bzw. Schutzfaktoren aber nur eingeschränkt möglich.

Risikofaktoren

Der sich über mehrere Generationen erstreckende Migrationsprozess bringt – je nach Herkunft, Verlauf, genaueren Umständen und Folgen – eine Vielzahl von Belastungen mit sich. Prekäre Lebenssituationen sind häufig die Folge: Neben der hohen psychischen Belastung, die zumeist mit Migration einhergeht, stellt auch der im Vergleich niedrigere sozio-ökonomische Status der Bevölkerungsgruppe mit

„Heimatgefühle und das Wissen um die eigene kulturelle Identität sind elementar für die innere Verortung und wichtige Bausteine für die Entwicklung der Persönlichkeit.“

Zitat aus einem Workshop

Migrationshintergrund gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar. Arbeitsverbote, fehlende oder niedrigen Bildungsabschlüsse und (formale) Qualifikationen bzw. die Nicht-Anerkennung derselben, aber auch Diskriminierung aufgrund von Herkunft führen in vielen Fällen zu Abhängigkeit von staatlichen Leistungen, zu prekären Einkommenssituationen oder in die Arbeitslosigkeit.

Belastungen im Migrationsprozess

Traumatische Fluchterfahrungen, soziokulturelle Entwurzelung, unsicherer Aufenthaltsstatus, schwierige Akkulturationsprozesse – in Zusammenhang mit Kommunikationsproblemen, widersprüchlichen Werte- und Orientierungssystemen in Herkunfts- und Zielland –, Isolation, Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen sowie nicht erfüllte Hoffnungen sind die Stichworte im Kontext Belastungen.

Risikofaktoren

Mittlerweile finden salutogenetische Aspekte in Hinblick auf die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund verstärkt Beachtung. Zwar scheint sich der mehrfach beobachtete *Healthy-migrant*-Effekt mit zunehmender Aufenthaltsdauer oder auch mit der zweiten Generation abzuschwächen bzw. ganz zu verlieren, dennoch sind nach einigen Studien Menschen mit Migrationshintergrund auch bei niedrigem sozio-ökonomischen Status bisweilen gesünder als Menschen mit vergleichbarem Status ohne Migrationshintergrund.¹⁷ Dies gilt bis zu einem gewissen Grad auch in Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum und Suchterkrankungen.

Ausschlaggebend für die positiven Resilienz-Effekte (= Widerstandskraft) dürften Faktoren wie ein stärkerer familiärer Zusammenhalt und enge(re) soziale Netze sowie traditionelle(re) und religiöse Werteorientierungen sein. So hat der Konsum von Alkohol und anderen Rauschmitteln in muslimisch geprägten Bevölkerungsgruppen einen ganz anderen Stellenwert als in der rest-

lichen Bevölkerung in Deutschland und findet weniger Akzeptanz: Dementsprechend trinken beispielsweise Männer mit türkischem Migrationshintergrund weit weniger Alkohol als andere. Auch die hierarchisch-patriarchale Prägung der Wertesysteme hat – in dieser Hinsicht positive – Auswirkungen auf das Konsumverhalten: In noch viel stärkerem Maße als in der Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund kollidiert Suchtmittelkonsum von Frauen und Jugendlichen – bei Mädchen wiederum stärker als bei Jungen – mit den tradierten Rollen der Geschlechter und Generationen, was zu größerer Zurückhaltung beim Konsum führen und somit vor den negativen Folgen riskanten Konsums, vor Abhängigkeit und Sucht schützen kann.¹⁸

Vor allem interkulturelle Kompetenzen und die Bereitschaft, fremde Kulturstandards in das eigene System zu integrieren, können Schutzfaktoren sein, die über Generationen ablaufende Integrations- und Ablösungsprozesse hier aufwachsender Jugendlichen überdauern.

¹⁷ Bundesamt für Gesundheit – BAG (Hg) (2006). Forschung Migration und Gesundheit. Im Rahmen der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002-2007“, Bern

¹⁸ Allerdings können diese Schutzfaktoren im Falle von riskantem Konsum oder Suchterkrankungen schnell auch zu Risikofaktoren im Zusammenhang mit Krankheitsverlauf und Therapieerfolg bei Mädchen und Frauen werden.

Erreichbarkeit

Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund: *Hard-to-reach*?

Personen mit Migrationshintergrund nehmen allgemein weniger gesundheitsfördernde Leistungen in Anspruch als die restliche Bevölkerung. Die Gründe sind vielfältig: Aufenthalts- und Versicherungsstatus, Kommunikationsprobleme, Informationsdefizite, komplexe Strukturen, Unterschiede in Krankheitsverständnis und Nutzungsverhalten sowie fehlende interkulturelle Kompetenzen beim Fachpersonal spielen eine Rolle.

Vor allem Präventionsangebote werden seltener genutzt, was mit dem niedrigen Stellenwert von Gesundheitsvorsorge bei der Gruppe mit Migrationshintergrund, aber auch mit mangelnder Orientierung der Angebote an der Zielgruppe zusammenhängen dürfte. Auch in Bezug auf Forschung und Evaluation mehren sich Stimmen, die eine angemessene Beteiligung von Gruppen mit Migrationshintergrund anmahnen: *Hard-to-reach* diene zu oft als Entschuldigung für diskriminierende Forschungskonzepte und Studiendesigns.¹⁹

Dennoch gibt es positive Entwicklungen. So stieg in Hamburg der Anteil der neuen KlientInnen mit Migrationshintergrund in der ambulanten Suchthilfe in den letzten Jahren stark an – von 21 Prozent in 2005 auf 31 Prozent in 2014 – und entspricht mittlerweile annähernd dem Anteil der Gruppe an der Gesamtbevölkerung.²⁰ Unterschiede bezogen sich auf Geschlechter- und Altersverteilung. Interkulturelle Kompetenzen, gemischte Teams und Leitungsstrukturen sowie mehr Partizipation sollten langfristig zum Abbau von Benachteiligungen und Inklusion führen.

¹⁹ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009). Migration und Gesundheitsförderung, Köln: 19 sowie Robert Koch-Institut (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: 122ff

²⁰ BADO e.V. (2015). Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2014 der Hamburger Basisdokumentation (BADO), Hamburg. 2015 waren Personen mit Migrationshintergrund in der Alkoholiklientel unterrepräsentiert. BADO e.V. (2016). Statusbericht 2015, Hamburg: 18

Faktor Geschlecht

Traditionelle Rollenvorstellungen können sich negativ auf die Akzeptanz und Inanspruchnahme von Leistungen auswirken, wenn gendersensible bzw. männer- / frauenspezifische Angebote fehlen.



Model of Good Practice: Herkunft–Ankunft–Zukunft

Ein Projekt der Sucht.Hamburg gGmbH

Zertifikatsvergabe Herkunft-Ankunft-Zukunft 2011

Herkunft–Ankunft–Zukunft ist eines der Projekte, die sich auf den Weg gemacht haben, um neue Zugangswege zu erproben.²¹ Das Projekt hat eine kultursensible und muttersprachige Vermittlung von Informationen zu Sucht und zum Hamburger Suchthilfesystem in die jeweiligen Communities zum Ziel.

Das Projekt wird von ehrenamtlichen Keypersons (= Schlüsselpersonen) getragen. Diese geben ihr im Rahmen einer qualifizierten Schulung erworbenes Wissen in von ihnen selbstständig durchgeführten muttersprachigen Info-Veranstaltungen weiter. Kulturvereine, Elterncafés, Jugendgruppen, Kirchen, Moscheen, soziale Einrichtungen, Beratungsstellen und Migrationsdienste kommen als Ort dafür in Frage, aber auch Spielplätze und das heimische Wohnzimmer! Die Hamburger Keypersons sprechen – neben Deutsch – 19 verschiedene Sprachen und decken die in Hamburg relevanten Sprachgruppen ab.

Die Schulung für die Keypersons beinhaltet suchtspezifische und methodisch-didaktische Elemente wie zum Beispiel Aufbau des Suchthilfesystems, rechtliche Aspekte und das Betäubungsmittelgesetz

sowie Wirkung und Verbreitung relevanter psychoaktiver Substanzen. Darüber hinaus werden Institutionen und AnsprechpartnerInnen vorgestellt, Moderationstechniken beschrieben, methodische Hinweise für die Gestaltung von kultursensiblen Informationsveranstaltungen gegeben und diese individuell besprochen und geplant.

Die Suche nach geeigneten Keypersons erfolgt über eine Ausschreibung. Nach der Schulung folgt eine Praxisphase, in der die Keypersons erstmalig in ihrer jeweiligen Community eine Informationsveranstaltung durchführen, sowie die Verleihung von Zertifikaten im Rahmen einer Feier: die Würdigung der Keypersons für ihr ehrenamtliches Engagement. Das von SUCHT. HAMBURG koordinierte Projektes erreicht 400 bis 500 Personen im Jahr.

„Kommunikation auf
Augen- und auf Herzhöhe!“

Zitat aus einem Workshop

Handlungsempfehlungen



- Trans- und interkulturelle Gesichtspunkte sollten in der suchtpreventiven Praxis, Forschung und Evaluation regelhaft Berücksichtigung finden.
- Fachkräften sollten über ein Grundverständnis von kultureller Vielfalt und Migrationsprozessen verfügen. Interkulturelle Kompetenzen der Fachkräfte sollten durch regelmäßige interkulturelle Weiterbildungen gestärkt werden.
- In der Zusammensetzung von Fachkräfteteams sollte auf Vielfalt geachtet werden. Gerade für Berufe in Gesundheitsförderung, Suchtprevention und -hilfe sollten Menschen mit Migrationshintergrund gezielt angeworben werden.

²¹ Vgl. Walter, U. (2009). Effektivität und Kosteneffektivität des Zugangsweges über muttersprachliche Präventionsberater zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens von Migranten, Aufstockung (...), Hannover sowie European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction – EMCDDA (2013). Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies, Luxembourg

- Fachkräfte sowie die Institutionen sollten ihre Vorgehensweisen immer wieder überprüfen und Wege finden, um MigrantInnen-Communities besser zu erreichen und einzubinden – beispielsweise durch aufsuchende Arbeit (weg von der Komm-Struktur!) und Peer-to-Peer Ansätze.
- Niedrigschwellige Angebote helfen Hemmnisse bei Menschen mit Migrationshintergrund abzubauen. Die Entwicklung muttersprachlicher Angebote ist hierbei zu empfehlen.
- Bei Datenerhebungen im Gesundheitsbereich sollte zukünftig das Merkmal mit Migrationshintergrund in differenzierter Form das Merkmal Staatsbürgerschaft ersetzen bzw. ergänzen.
- Zukünftig sollte in Theorie und Praxis der Suchtprevention und Suchthilfe dem Diversity-Konzept Rechnung getragen werden: Die (ethnische) Herkunft sollte nicht isoliert, sondern im Kontext von Geschlecht, sexueller Orientierung, physischen Fähigkeiten, Religion und Weltanschauung sowie Alter betrachtet werden.



Zusammenstellung von Internetangeboten rund um Migration | Sucht | Transkulturalität

Überregional:

www.bundesregierung.de

Lageberichte der/s Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

www.bundesgesundheitsministerium.de

Materialien rund um Gesundheit, Drogen und Sucht, u. a. Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland.

www.zensus.de und www.mikrozensus.de

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Ergebnisse der Volkszählungen sowie Spezialauswertungen.

www.suchthilfestatistik.de

Institut für Therapieforchung (IFT): Dokumentations- und Monitoringsystem im Bereich Suchthilfe, das soziodemographische Daten (u. a. Migrationshintergrund) berücksichtigt.

www.bzga.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Unter dem Suchbegriff Migration sind Materialien zu Gesundheitsförderung / Suchtprävention mit Fokus Migration abrufbar.

www.dhs.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Literaturverzeichnis zu Migration und Sucht sowie Einrichtungssuche mit Kriterium Migration.

www.ethno-medizinisches-zentrum.de

Zentrum zur besseren gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen in Hannover.

Hamburg:

www.hamburg.de

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI): Hamburger Integrationskonzept: Teilhabe, Interkulturelle Öffnung und Zusammenhalt.

www.bado.de

Die Hamburger Basisdokumentation e.V. (BADO) ist ein Monitoringsystem, das u. a. psychosoziale Merkmale der KlientInnen analysiert und in Statusberichten veröffentlicht.

www.sucht-hamburg.de

Internetseite von SUCHT.HAMBURG, über u. a. die Ergebnisse der SCHULBUS-Studie abgerufen sowie diverse Materialien mit Fokus Migration bestellt werden können.

www.rauschbarometer.de

Internetportal von SUCHT.HAMBURG, über die Beratungsangebote der Suchthilfe in Hamburg u. a. je nach Sprache gesucht werden können.

www.kursbuch-sucht.de

Das Kursbuch Sucht ein Portal für Fachkräfte, das Angebote der Suchthilfe und verwandter Bereiche in Hamburg und Umgebung bündelt.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Sucht.Hamburg gGmbH
Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg
T 040 284 99 18-0
service@sucht-hamburg.de
www.sucht-hamburg.de

Text:

Nida Yapar

Endredaktion:

Gabi Dobusch, Theo Baumgärtner
SUCHT.HAMBURG

Gestaltung, Satz:

Gabi Dobusch, Markus Schaefer

2. Auflage Mai 2017



Sucht.Hamburg gGmbH
Information.Prävention.Hilfe.Netzwerk.
Repsoldstraße 4 | 20097 Hamburg
T 040 284 99 18-0
service@sucht-hamburg.de
www.sucht-hamburg.de