



Alkohol- und Drogenmissbrauch bei psychisch kranken PatientInnen mit Migrationshintergrund in Österreich

Thomas Stompe · Kristina Ritter · David Holzer · Andrea Topitz · Thomas Wenzel

Eingegangen: 28. Juni 2016 / Angenommen: 8. August 2016 / Online publiziert: 28. September 2016
© Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

Zusammenfassung Die Flüchtlingsbewegungen der letzten Jahre stellen sämtliche Gesundheitssysteme vor neue Herausforderungen. Als Problem erweist sich, dass in Österreich in wesentlichen Bereichen Daten über die psychische Verfassung von Migranten nicht vorhanden sind. Vor allem über die Häufigkeit und das Muster des komorbiden Substanzmissbrauchs bei psychisch kranken Zuwanderern sind auch aus internationalen Studien keine Daten bekannt. Unsere Analyse der Daten von 1819 Patientinnen und Patienten (1726 erste Generation, 93 zweite Generation), die in der Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie und migrationsgebundene Störungen am Allgemeinen Krankenhaus Wien behandelt wurden, zeigt, dass bei Migranten der ersten Generation der kulturelle und religiöse Hintergrund der Herkunftsregion den größten Einfluss auf die missbräuchlich verwendeten Substanzen hat, in der zweiten Generation erfolgt eine Annäherung an die Konsumgewohnheiten der Mehrheitsgesellschaft. Der Typus der Erkrankung spielt im Vergleich dazu eine geringere Rolle. Lediglich Persönlichkeitsstörungen weisen eine leicht höhere Rate an illegalem Substanzmissbrauch auf als die anderen Krankheitsgruppen.

Schlüsselwörter Migration · Herkunftsregionen · Psychische Erkrankungen · Komorbider Substanzmissbrauch

Alcohol- and substance abuse among mentally ill patients with migration background in Austria

Summary The refugee movements of the recent years are confronting the health care with new challenges. However, it has turned out that in Austria data on the mental health of migrants are nearly not available. Especially data on the frequency and patterns of comorbid substance abuse of migrants with mental disorders do not exist even from international studies. We analyzed data from 1819 patients (1726 first generation, 93 second generation) treated in the outpatient clinic for transcultural psychiatry and migration related disorders at the Vienna General Hospital: In first-generation migrants the cultural and religious background of the region of origin has the greatest impact on the frequency and the patterns of misused substances. In second-generation migrants the consumer habits approximate to those of the majority of the society. The primary diagnosis plays a minor role. Only patients with personality disorders exhibit higher rates of illicit substance compared with other diagnoses.

Keywords Migration · Region of origin · Mental disorders · Comorbid substance abuse

Einleitung

Seit Ende der 1960er-Jahre ist das österreichische Wanderungssaldo mit Ausnahme von drei Jahren in den 1970ern durchwegs positiv, das heißt, dass die Immigration die Emigration deutlich übertrifft. Am 1.1.2014 hatten 1.625.243 Menschen, 19,4 % der ös-

Univ.-Prof. Dr. T. Stompe (✉) · A. Topitz · T. Wenzel
Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische
Universität Wien, Allgemeines Krankenhaus Wien,
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich
thomas.stompe@meduniwien.ac.at

D. Holzer
Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie,
Medizinische Universität Wien, Allgemeines Krankenhaus
Wien, Wien, Österreich

K. Ritter
Institut für Transkulturelle Psychiatrie und
Migrationsforschung, 1130 Wien, Österreich

terreichischen Wohnbevölkerung, einen Migrationshintergrund; sie selbst oder ihre Eltern waren einem anderen Land geboren worden. 1.197.085 gehören zur ersten Zuwanderergeneration, 428.158 kamen in Österreich zur Welt und sind somit Migranten der zweiten Generation [1]. Diese Entwicklung hat aus mehreren Gründen wichtige Auswirkungen auf das Gesundheitssystem im Allgemeinen und im Speziellen auf die Planung der psychiatrischen Versorgung von Kranken mit (komorbidem) Substanzmissbrauch:

Migration ist ein zentraler psychosoziale Prädiktor für den Ausbruch einer psychischen Störung [2, 3]. Zuwanderer der ersten und vor allem der zweiten Generation zeigen im Vergleich zu Einheimischen eine höhere Belastung mit psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie [3], somatoformen Störungen und Traumafolgestörungen [4]. Neben traumatischen Erlebnissen und prekären Lebensumständen im Vorfeld der Migration spielen kulturelle Anpassungsschwierigkeiten, vor allem die Schwierigkeit, die Identität unter den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen zu bewahren oder neu zu definieren, eine wesentliche Rolle [5]. Studien zeigten, dass Migranten im allgemeinen niedriger Prävalenzen für Alkohol- und Drogenmissbrauch zeigen als die Mehrheitsbevölkerung [6, 7]. Verantwortlich dafür sind vermutlich protektive Effekte soziokultureller Normen. Dabei finden sich jedoch deutliche ethnische Unterschiede: Während etwa russische Studenten vergleichbare Raten an Binge drinking wie ihre deutschen Kommilitonen zeigen, waren die Raten der türkischen Studenten deutlich niedriger (57,4 % vs. 23,6 %) [8]. Auch andere Untersuchungen zeigen, dass der kompensatorische Konsum legaler und illegaler Substanzen bei manche Minoritäten ein durchaus häufig anzutreffendes Phänomen ist [9, 10]. Neuere Untersuchungen aus Deutschland weisen allerdings darauf hin, dass hier soziale Benachteiligungen eine größere Rolle spielen als kulturelle Anpassungsschwierigkeiten [11]. Spätestens in der zweiten Generation ist für gewöhnlich eine Angleichung an die Substanzkonsumgewohnheiten der Aufnahmegesellschaft zu beobachten [7]. Auch dem Migrationsmotiv kommt eine große Bedeutung zu: Während manche ausländische Studenten und Arbeitsmigranten seltener als die Mehrheitsbevölkerung missbräuchlich Alkohol und Drogen konsumieren, finden sich bei Flüchtlingen deutlich höhere Raten [12]. In Flüchtlingscamps rangiert die Prävalenz für schädlichen Gebrauch von Alkohol zwischen 17 und 36 %, in städtischen und ländlichen Wohngebieten ist die Prävalenz mit 4–7 % deutlich niedriger. Illegaler Substanzmissbrauch findet sich vermehrt bei Männern, bei traumatisierten und/oder psychisch kranken Flüchtlingen. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und/oder Persönlichkeitsstörungen weisen allerdings unabhängig vom Migrationsstatus erhöhte Raten an Substanzmissbrauch/-abhängigkeit auf [13–15].

Bisher existieren vorwiegend Untersuchungen, die sich mit der Situation einer einzelnen Migrantengruppe auseinandersetzen. Studien, die den Alkohol- und Drogenmissbrauch von psychisch kranken MigrantInnen aus unterschiedlichen Herkunftsregionen vergleichen, gibt es bis dato nicht. Da Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten auf Grund der geopolitischen Lage in verstärktem Maße mit Flüchtlingen und Wirtschaftsmigranten aus vielen Teilen der Welt konfrontiert sind, sollten die bereits vorhandenen epidemiologische Daten über den Konsum von Alkohol und illegalen Drogen bei psychisch kranken Migranten ausgewertet werden, um den Bedarf an spezialisierten Therapieangeboten besser abschätzen zu können.

Methode und Sample

Analysiert wurden die Daten von 1819 Patienten mit Migrationshintergrund, die in der Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen an der klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie des Allgemeinen Krankenhauses Wien zwischen 2000 und 2010 in Behandlung waren. Jeder Patient, jede Patientin erklärten beim Erstkontakt ihr Einverständnis, dass ihre Daten anonymisiert ausgewertet werden können. Das Konzept der Datenauswertung wurde der Ethikkommission vorgelegt. Da nur 93 MigrantInnen der 2. Generation mit der Ambulanz Kontakt aufgenommen hatten, beschränken sich die detaillierten Auswertungen auf die Zuwanderer der 1. Generation ($N = 1726$). Lediglich der Gesamtkonsum von Alkohol und illegalen Drogen der 1. und 2. Generation wurde ohne weitere Differenzierung nach Erstdiagnosen und ethnischer Herkunft verglichen, um ein Bild von den Veränderungen unter den neuen Sozialisationsbedingungen zu erhalten.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung wurden mit Daten der WHO und der UN zur Prävalenz von Alkohol- und Cannabismissbrauch in den Herkunftsländern, zusammengefasst zu den Herkunftsregionen der MigrantInnen verglichen. Damit soll geprüft werden, ob der schädliche Substanzkonsum den Mustern folgt, die die Zuwanderer und Flüchtlinge aus ihrer Heimat kennen oder ob eine rasche Anpassung an die österreichischen Verhältnisse erfolgt.

Berechnet wurden:

- die Häufigkeit von primären und komorbiden Substanzmissbrauch,
- die Verteilung des Substanzmissbrauchs in den Diagnosegruppen (ICD-10: F0–F7),
- die Verteilung des Substanzmissbrauchs in den MigrantInnenpopulationen nach Herkunftsregion und nach Religion,
- die Verteilungsunterschiede zwischen Zuwanderern der ersten und der zweiten Generation,
- die Prävalenz von Alkohol- und Drogenmissbrauch in den Herkunftsregionen der PatientInnen, die in der Ambulanz betreut wurden.

Die statistischen Auswertung erfolgte durch das SPSS Version 22. Alle Patientinnen und Patienten stimmten beim Erstkontakt einer anonymisierten Auswertung der erhobenen Daten zu.

Ergebnisse

Das Geschlechterverhältnis der Zuwanderer der ersten Generation ist nahezu ausgeglichen (51,6 % Frauen, 48,4 % Männer). Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Migration betrug 24 Jahre, zum Zeitpunkt des Ambulanzkontaktes 35,6 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Österreich 110,5 Monate (Range 1 Monat bis 25 Jahre). Die Betroffenen kamen aus 65 Ländern, mit Ausnahme von Australien waren alle Kontinente vertreten. Sämtliche Patienten wurden nach ICD-10 diagnostiziert, wenn die Deutsch- oder Englischkenntnisse nicht ausreichten, wurden professionelle Dolmetschdienste herangezogen. Für

die weitere Datenanalyse wurden einzelne Länder zu kulturell relativ homogenen Großregionen zusammengefasst (Abb. 1).

Der überwiegende Teil der Patienten stammt aus der Balkanregion, vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien. An zweiter Stelle kommen Türken bzw. Kurden. Bei beiden Gruppen handelt es sich in etwa zwei Drittel um Wirtschaftsmigranten und zu einem Drittel um Flüchtlinge. Weitere größere Kontingente kommen aus Kaukasusregion (vor allem aus Tschetschenien, Dagestan und Georgien) sowie aus dem Nahen und Mittleren Osten (Afghanistan, Irak und Syrien), deutlich weniger aus Westafrika (vor allem aus Nigeria) und aus Osteuropa, eine Minderheit stammt aus den alten EU-Ländern (West- und Mitteleuropa) und aus Amerika. 52,1 % der Patienten sind Muslime, 38,3 % Christen, 3,9 % Juden, 1,8 % waren Angehörige einer östlichen Religion oder einer Stammesreligion, 3 % sind ohne Bekenntnis.

Abb. 1 Herkunftsländer und -regionen der Migranten 1. Generation (N = 1726)

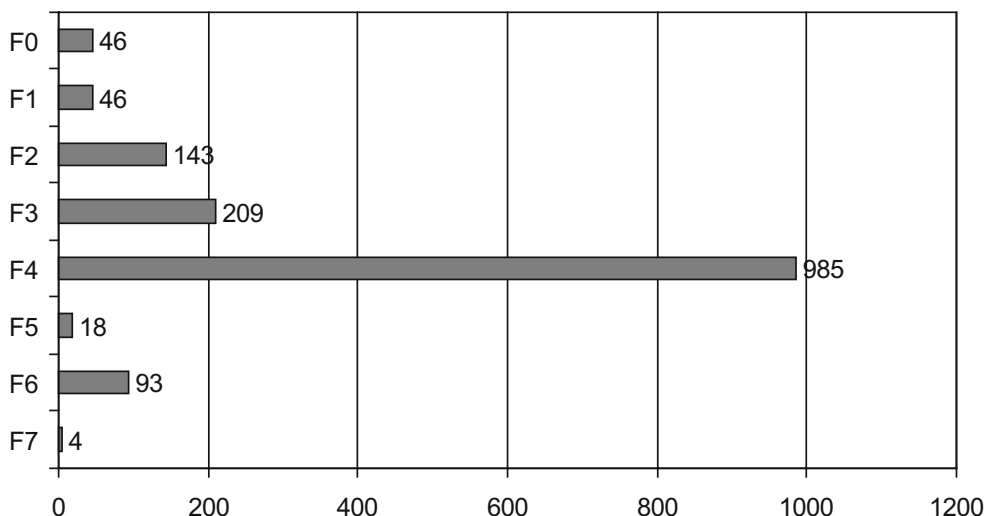
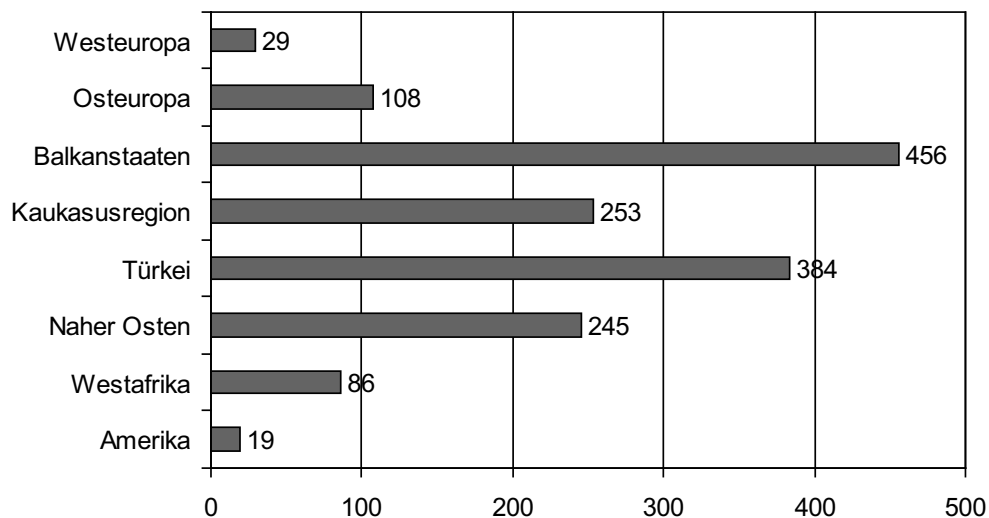
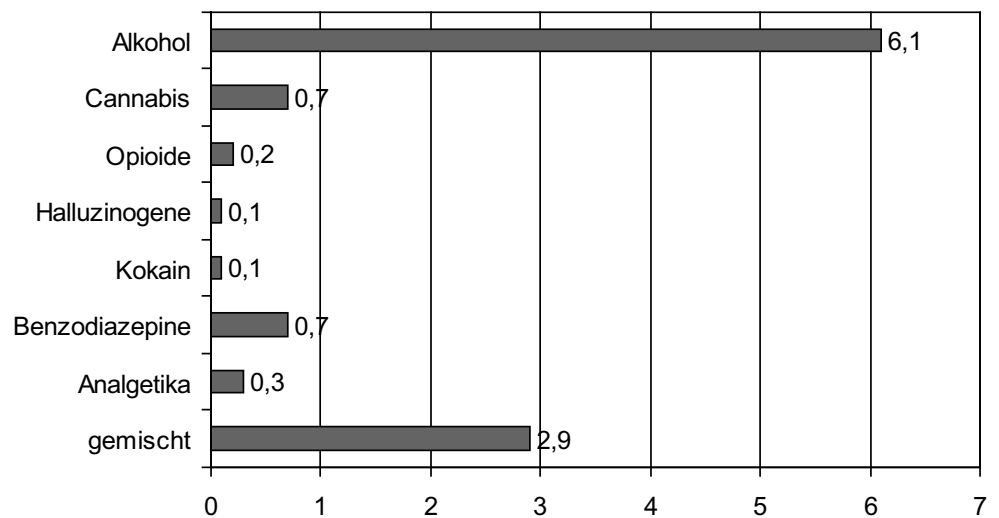


Abb. 2 Erstdiagnosen (ICD-10) psychisch kranker Migranten (N = 1726). F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F3 Affektive Störungen, F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F7 Intelligenzstörungen

Abb. 3 Primärer und komorbider Substanzmissbrauch/-abhängigkeit bei Migranten der 1. Generation in % (N = 1,726)



Die Mehrzahl der Patienten erfüllten die Kriterien einer Erstdiagnose aus der ICD-10 Kategorie F4 (neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen). Am zweithäufigsten fanden sich affektive Störungen, vor allem leichte bis mittelschwere Depressionen, gefolgt von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Abb. 2). Lediglich 46 Patienten (2,7 %) litten unter einer primär substanzgebundenen Störung.

Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Ambulanz boten 11,0 % der Patienten einen primären oder komorbiden Substanzmissbrauch. Mit leichten Schwankungen war dieses Ergebnis über den analysierten Zeitraum von 2000 bis 2010 zeitstabil. Männer waren mit 16,1 % deutlich öfter davon betroffen als Frauen (4,4 %). Am häufigsten fand sich ein Alkoholmissbrauch, gefolgt von einem Mischkonsum (Abb. 3).

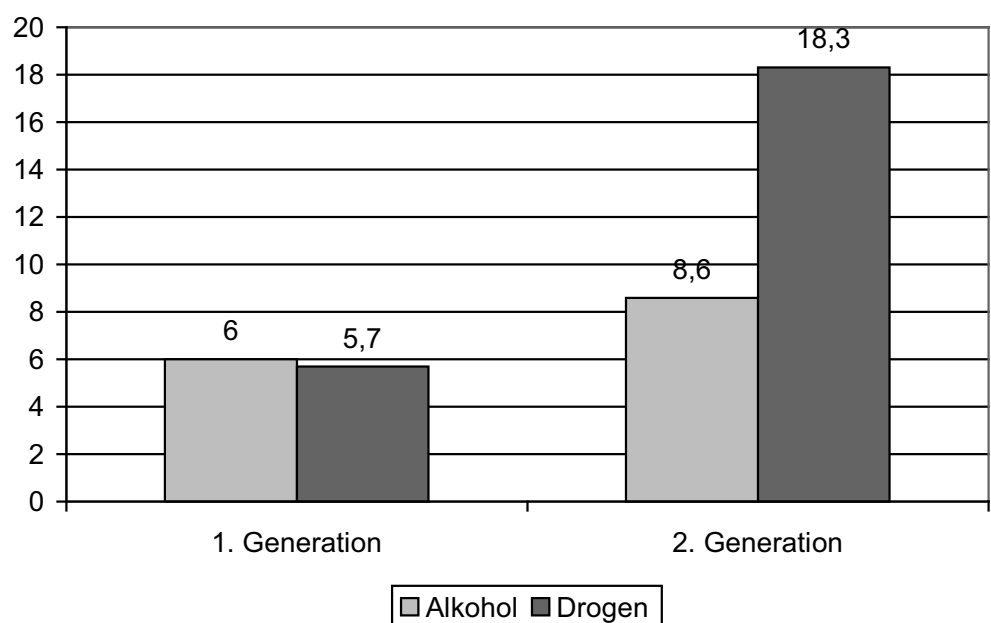
Einen reinen Analgetikamissbrauch betrieben 0,3 %, nicht selten allerdings wurden vor allem von Frauen Schmerzmittel in Kombination mit Benzodiazepinen

eingenommen. Ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von illegale Drogen kam eher selten vor (Mono- und Mischkonsum: 2 %). In der zweiten Generation der Zuwanderer war der Drogenmissbrauch mit 18,3 % bereits deutlich erhöht, Alkohol wurde hingegen nicht häufiger als in der ersten Generation in schädlichem Ausmaß konsumiert (6,2 %).

Wegen der niedrigen Prävalenzen der einzelnen Substanzen wurden für die weitere Analyse alle illegale Drogen und Medikamente zu einer Gruppe („Drogenmissbrauch“) zusammengefasst (Tab. 1).

Im ersten Schritt wurde die Verteilung von Alkohol- und Drogenmissbrauch in den unterschiedlichen Krankheitsgruppen untersucht. Patienten mit einer primär substanzgebundenen Störung konsumierten häufiger Drogen als Alkohol. Für die Berechnung des komorbiden Substanzmissbrauchs zwischen den Erkrankungsgruppen (F0, F2–F7) finden sich keine Verteilungsunterschiede ($\chi^2 = 18,8$, $p = 0,172$). Die

Abb. 4 Alkoholmissbrauch und illegaler Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bei Migranten der ersten (N = 1726) und der zweiten Generation (N = 93) in %



Tab. 1 Erstdiagnose (ICD-10), Herkunftsregion, religiöser Hintergrund und Alkoholmissbrauch sowie illegaler Drogen- oder Medikamentenmissbrauch von Migranten der 1. Generation in % (N = 1726)

	Alkohol (%)	Drogen (%)
<i>Erstdiagnosen</i>		
F0	7,0	7,0
F1	63,0	37,0
F2	7,1	5,9
F3	5,9	4,6
F4	4,4	5,5
F5	5,3	1,9
F6	9,8	6,5
F7	–	–
<i>Herkunftsregion</i>		
Westeuropa	10,3	6,9
Osteuropa	13,3	5,6
Balkanregion	5,6	5,1
Kaukasusregion	7,5	4,7
Türkei	3,8	4,3
Naher und Mittlerer Osten	6,1	6,5
Westafrika	6,1	16,3
Amerika	5,6	8,3
<i>Religiöses Bekenntnis</i>		
Christlich	8,3	6,9
Muslimisch	4,0	4,1
Jüdisch	3,1	7,8
Andere	5,2	10,0
Ohne Bekenntnis	6,1	10,2
<i>F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, F3 Affektive Störungen, F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F7 Intelligenzstörungen</i>		

niedrigen Gesamtprävalenzen sind unter anderem wohl auf die große Zahl an Patienten mit neurotischen und Belastungsstörungen zurückzuführen, die eher selten Substanzen in gesundheits- oder sozial schädigendem Ausmaß konsumieren.

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen Substanzmissbrauch und Herkunftsregion der MigrantInnen der ersten Generation ergibt hingegen statistisch hoch signifikante Verteilungsunterschiede ($\chi^2 = 42,9$, $p = 0,000$). Alkohol wird häufiger von Migranten aus Europa und der Kaukasusregion missbraucht, bei Zuwanderern aus der Balkanregion, dem Nahen und Mittleren Osten sowie der Türkei ist das Verhältnis ausgeglichen, bei Westafrikanern dominieren hingegen illegale Drogen Neben der Herkunft scheint der religiöse Hintergrund Einfluss auf den Substanzmissbrauch zu haben ($\chi^2 = 40,0$, $p = 0,000$). Drogenmissbrauch wird am häufigsten von Patienten ohne religiöses Bekenntnis angegeben. Vergleichbare Werte finden sich unter der Kategorie „andere Religionen“, in unserem Sample zum überwiegenden Teil

Tab. 2 Prävalenz (in %) des schädlichen Gebrauchs von Alkohol und Cannabiskonsums in den Herkunftsregionen [17, 18], bei den psychisch kranken MigrantInnen in Österreich (N = 1726) und bei der österreichischen Wohnbevölkerung

	Alkoholmissbrauch		Cannabiskonsum	
	H	Ö	H	Ö
Westeuropa	5,5 ± 2,7	10,3	5,3 ± 3,3	2,3
Osteuropa	9,3 ± 5,0	13,3	7,6 ± 2,5	3,1
Balkanregion	6,2 ± 2,6	5,6	3,6 ± 1,5	0,8
Kaukasusregion	4,8 ± 0,8	7,5	2,9 ± 1,0	0,1
Türkei	2,7	3,8	1,9	1,1
Naher und mittlerer Osten	0,4 ± 0,2	6,1	4,2 ± 2,8	2,1
Westafrika	2,9 ± 2,6	6,1	12,7 ± 9,5	14,8
Amerika	5,8 ± 1,2	5,6	5,6 ± 4,7	6,1
<i>Österreichische Wohnbevölkerung</i>	9,2		3,5	
<i>H Prävalenz in der Bevölkerung in den Heimatregionen der MigrantInnen, Prävalenz bei psychisch kranken MigrantInnen in Österreich</i>				

afrikanische Stammesreligionen. Christen konsumieren häufiger Alkohol als illegale Drogen, bei Juden ist das Verhältnis umgekehrt. Bei Muslimen ist die Prävalenz in beiden Kategorien niedrig. Der Vergleich der Verteilung von Alkohol- und Drogenmissbrauch zwischen den Migranten der ersten und der zweiten Generation zeigt, dass vor allem illegale Drogen und Medikamente in der zweiten Generation deutlich häufiger missbräuchlich konsumiert werden als in der ersten ($\chi^2 = 28,2$, $p = 0,000$) (Abb. 4).

Um abschätzen zu können, ob der Alkohol- und Drogenmissbrauch der von uns betreuten PatientInnen den Mustern ihrer Heimatländer entsprachen, verglichen wir unsere Ergebnisse mit den Daten der WHO [17] zum schädlichen Gebrauch von Alkohol und der UN [18] zum Cannabiskonsum. Wir erstellten dazu eine eigene Datenbank, in die wir die in tabellarischer Form vorliegenden Daten der WHO und der UN zu den einzelnen Staaten eingaben. Um einen Vergleich zu unseren Ergebnissen herstellen zu können, zogen wir die Herkunftsländer unserer PatientInnen zu Regionalgebiete zusammen und berechneten die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Prävalenzen von schädlichem Gebrauch von Alkohol und von Cannabiskonsum (Tab. 2).

Mit der Ausnahme der PatientInnen aus der Balkanregion und aus Amerika liegt die Prävalenz für schädlichen Gebrauch von Alkohol bei unseren PatientInnen deutlich über der Prävalenz in den Heimatregionen. Am auffälligsten ist der Unterschied bei den psychisch kranken Muslimen, die vorwiegend aus der Türkei, dem Nahen und Mittleren Osten und der Kaukasusregion zugewandert sind. Zwar liegt die Prävalenz der Muslime für schädlichen Gebrauch von Alkohol unter der anderer Konfessionen (Tab. 1), übersteigt aber die in den Heimatregionen üblichen Raten deutlich (Tab. 2). Die Prävalenz des Cannabismissbrauchs liegt bei unseren PatientInnen mit Ausnahme

der westafrikanischen und der amerikanischen MigrantInnen deutlich unter den Prävalenzen der Herkunftsregionen.

Diskussion

Um einen Einblick in die Besonderheiten des (komorbiden) Substanzmissbrauchs von psychisch kranken Migranten der 1. Generation zu bekommen, analysierten wir die Daten von 1726 Patienten, die in der Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien in Behandlung waren. Es standen uns allerdings nur Angaben zur Punktprävalenz zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Ambulanz zur Verfügung. Am häufigsten fand sich ein schädlicher Gebrauch von Alkohol, illegale Drogen wurden vergleichsweise selten konsumiert (Abb. 3). Hier könnten neben anderen Faktoren Kosten und Zugangsbarrieren für die Zuwanderer der ersten Generation eine gewisse Rolle spielen. Bei den Migranten der zweiten Generation fand sich im Vergleich dazu bereits eine wesentlich höher Prävalenz für schädlichen Drogen- und Medikamentenkonsum (Abb. 4).

Wenig Vorhersagewert hat die Art der psychischen Erkrankung (Tab. 1). Wenn man von den primär substanzgebundenen Störungen (F1) absieht, beträgt die Punktprävalenz bei den meisten Erkrankungsgruppen zwischen 3 und 7 %, lediglich Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zeigen im Einklang mit der Literatur häufiger einen komorbiden Substanzmissbrauch als andere Kranke [7, 8]. Deutlichere Verteilungsunterschiede finden sich zwischen den Herkunftsregionen und der Konfession der Kranken. Europäische Patienten und Einwanderer aus dem Kaukasusgebiet entwickeln eher einen Alkoholmissbrauch, während westafrikanische und amerikanische Migranten häufiger Drogen missbräuchlich konsumieren. Muslime zeigen generell eine niedrigere Prävalenz für Alkohol- und Rauschmittelmisbrauch als die Angehörigen der anderen Glaubensgemeinschaften. Der Koran selbst bezieht allerdings überraschenderweise keine eindeutige Position zu dieser Thematik. In der Sure 47 werden den Gläubigen im Paradies Bäche von Wein versprochen, im diesseitigen Leben wird Alkohol allerdings zusammen mit dem Glücksspiel verdammt (Sure 5). Eine Radikalisierung erfährt diese Haltung in den Hadithen (den frühislamischen Büchern vom Leben und Lehre des Propheten) und in den islamischen Rechtsbüchern: „das, was in großen Mengen berauscht, davon ist auch eine kleine Menge verboten.“ Somit ist nicht erst die Trunkenheit, sondern schon der Konsum kleinster Mengen berauscher Getränke verboten und somit strafbar [16]. Im Gegensatz dazu belegen Eucharistie und Liturgie, dass der Genuss von Alkohol zum Traditionsbestand der christlich-abendländischen Welt gehört.

Ein etwas anderes Bild ergibt sich, wenn man unsere Ergebnisse mit den Prävalenzen für Alkoholmiss-

brauch und Cannabiskonsum aus den Herkunftsregionen der MigrantInnen vergleicht (Tab. 2). Hier wird deutlich, dass die muslimischen Zuwanderer häufiger Alkohol missbrauchen als es in ihren Heimatregionen üblich ist. Da auch die PatientInnen aus West- und Osteuropa sowie aus Westafrika im Vergleich zu den Menschen in ihrer Heimat höhere Prävalenzen aufweisen, könnte es sich hier um einen unspezifischen, alle psychischen Störungen im gleichen Maße betreffenden (Tab. 1) Versuch der Selbstbehandlung handeln. Darüber hinaus ist bekannt, dass die Zugangsbarrieren für Alkoholkonsum in Österreich deutlich niedriger sind als in den muslimisch geprägten Herkunftsländern. Der schädliche Gebrauch von Cannabis liegt bei den PatientInnen hingegen unter den Erwartungswerten, die sich aus den Prävalenzen in den Herkunftsregionen ergeben (Tab. 2). Da Cannabis in Österreich illegal ist, spielen hier die Zugangsbarrieren sicher eine gewisse Rolle. Lediglich die PatientInnen aus Westafrika zeigen einen Cannabiskonsum, der in etwa dem ihrer Heimatländer entspricht. Da Kleindealer in Wien häufig aus den westafrikanischen Raum stammen, fallen hier vermutlich Zugangsbarrieren weg.

Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass das Substanzkonsummuster von psychisch kranken Migranten von verschiedensten Faktoren abhängig ist, zwei davon haben in der von uns untersuchten Gruppe einen bedeutenden Einfluss:

Die Substanzkonsumgewohnheiten und Verfügbarkeit von Alkohol und Drogen in den Herkunftsländern der Zuwanderer (Unterschiede nach Herkunftsregion und religiösem Hintergrund in der ersten Generation) sowie die Substanzkonsumgewohnheiten und Verfügbarkeit von Alkohol und Drogen in Österreich (Unterschiede zwischen Migranten der ersten und zweiten Generation). Auch in ihrem Substanzkonsum sind Minoritäten als Hybridkulturen einzustufen [19]. Die MigrantInnen der ersten Generation orientieren sich noch stärker an die Gebräuche des Herkunftslandes, die Angebotseite im Aufnahmeland spielt im Vergleich dazu eine eher untergeordnete Rolle. In der zweiten und in der dritten Generation erfolgt eine deutliche Annäherung an die Mehrheitsgesellschaft. Einige religiöse und kulturelle Besonderheiten wie das Alkoholverbot im Islam behalten aber eine gewisse Bedeutung und führen zu einem abweichenden Konsumprofil.

Für die krankheits- bzw. störungsspezifische Präferenzen fanden sich in dieser heterogenen Stichprobe keine signifikanten Hinweise. Wohl aber wird im Sinne einer Selbstbehandlung vor allem Alkohol häufiger missbräuchlich konsumiert als in den Herkunftsregionen der PatientInnen.

Die Aussagekraft unserer Studie ist limitiert: die Stichprobe stammt aus einer universitären Spezialambulanz, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Es kann außerdem davon ausgegangen werden, dass auch andere, von uns nicht erhobene Faktoren, wie Präferenzen innerhalb der Peer-group

und individuelle Vorlieben ebenfalls einen großen Stellenwert haben. Um diesen konkret zu bestimmen, sind weiterführende quantitative und qualitative Studien erforderlich.

Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Interessenkonflikt T. Stompe, K. Ritter, D. Holzer, A. Topitz und T. Wenzel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Statistik Austria. Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften: Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren. Wien: Statistik Austria; 2015.
2. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15:29.
3. Veling W. Ethnic minority position and risk for psychotic disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(2):166–71.
4. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365:1309–14.
5. Bhugra D. Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(2):84–93.
6. Gillmore MR, Catalano RF, Morrison DM, Wells EA, Iritani B, Hawkins JD. Racial differences in acceptability and availability of drugs and early initiation of substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1990;16(3–4):185–206.
7. Abraído-Lanza AF, Chao MT, Flórez KR. Do healthy behaviors decline with greater acculturation? Implications for the Latino mortality paradox. *Soc Sci Med*. 2005;61(6):1243–55.
8. Donath C, Grässel E, Baier D, Pfeiffer C, Karagülle D, Bleich S, Hillemecher T. Alcohol consumption and binge drinking in adolescents: comparison of different migration backgrounds and rural vs. urban residence – a representative study. *BMC Public Health*. 2011;11:84.
9. Wanigaratne S, Salas S, Strang J. Substance misuse. In: Bughra D, Bhui K (Hrsg.). *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. S. 242–54.
10. Haasen Ch, Heimann H, Penka S, Heinz A. Abhängigkeit und Sucht. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer; 2011. S. 375–85.
11. Henkel D, Zemlin U. Social inequality and substance use and problematic gambling among adolescents and young adults: a review of epidemiological surveys in Germany. *Curr Drug Abuse Rev*. 2015;9(1):26–48. doi:10.2174/1874473709666151209114023.
12. Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA. Epidemiology of substance use among forced migrants: a global systematic review. *PLOS ONE*. 2016;11(7):e0159134. doi:10.1371/journal.pone.0159134.
13. Buckley PE, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009;35(2):383–402.
14. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NE-SARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord*. 2010;24:412–26.
15. Walter M, Sollberger D, Euler S. *Persönlichkeitsstörungen und Sucht*. Stuttgart: Kohlhammer; 2016.
16. Kueny K. *The rhetoric of sobriety: wine in early Islam*. Albany: State University of New York Press; 2001.
17. World Health Organization (WHO). *Global status report on alcohol and health 2014*. Genf: WHO Press; 2014.
18. United Nation Office of Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2014*. New York: United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7; 2014.
19. Ackermann A. Das Eigene und das Fremde: Hybridität, Vielfalt und Kulturtransfers. In: Jaeger F, Rüsen J (Hrsg.). *Themen und Tendenzen Handbuch der Kulturwissenschaften*, Bd. 3. Stuttgart: J. B. Metzler; 2011. S. 139–54.