

Grundlagen für die Suchtprävention im Alter unter der Migrationsbevölkerung

Eine Bedarfserhebung für den Kanton Zürich

Claudia ARNOLD¹, Joseph OGGIER²

Zusammenfassung

Die Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) untersuchte anfangs 2011 in einer Bedarfserhebung, wo mögliche Ansatzpunkte für sinnvolle Aktivitäten von Suchtpräventionsstellen zum Thema Sucht im Alter unter der Migrationsbevölkerung liegen könnten. Es zeigte sich, dass es – wie auch bei gebürtigen Schweizerinnen und Schweizern – bei Alkohol, Tabak und Medikamenten am häufigsten zu einem Substanzmissbrauch kommt und dass als Ursachen körperliche, psychische und gesellschaftliche Faktoren in Frage kommen. Mögliche spezifische Risikofaktoren für eine Suchterkrankung bei der älteren Migrationsbevölkerung sind körperliche und psychische Probleme aufgrund der Migrations- und harten Erwerbsbiografie, Isolation, geringe Deutschkenntnisse, finanzielle Probleme, Gefühle der Entwurzelung und die belastende Frage der Rückkehr ins Herkunftsland. Das Thema Sucht ist unter Migrantinnen und Migranten äusserst schambesetzt, ausserhalb der Kernfamilie wird kaum darüber gesprochen. Unterstützung gesucht wird vor allem in der Familie, bei Fachpersonen aus den Bereichen Medizin und Pharmazie sowie teilweise bei religiösen Institutionen. Sinnvolle Suchtpräventionsaktivitäten sollten möglichst frühzeitig ansetzen, beziehungsgeleitet angelegt sein und in Settings wie Migrationsorganisationen, Gewerkschaften und Betrieben über Themen der Gesundheit allgemein, Sucht im Alter und finanzielle und psychosoziale Aspekte der Pensionierung informieren. Fachpersonen aus den Bereichen Medizin und Pharmazie sowie die Generation der Kinder sollten sensibilisiert und darin unterstützt werden, das Thema anzusprechen.

1 lic. phil., MAS, Co-Leiterin Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP)

2 lic. phil., Co-Leiter Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP)

Einleitung

Lange wurde das Thema Sucht im Alter unterschätzt oder tabuisiert. Mittlerweile hat jedoch ein Umdenken stattgefunden. Die Suchtpräventionsstellen im Kanton Zürich thematisieren das Suchtverhalten unter älteren Menschen seit einiger Zeit. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern von Suchtpräventionsstellen im Kanton Zürich, befasst sich u.a. mit Sensibilisierungsarbeit und Unterstützung für in der Altersarbeit tätige Personen. Eine Website (www.suchtimalter.ch) der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM) stellt Arbeitsinstrumente sowie Angebote für Gemeinden, Institutionen und Suchtpräventionsstellen bereit. Noch sehr wenig ist jedoch bekannt über risikoreichen Konsum und Abhängigkeit unter älteren Migrantinnen und Migranten.

Die FISP (Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung) führte aus diesem Grund anfangs 2011 eine Bedarfserhebung durch. Ziel dieser Erhebung war, zuhanden der oben erwähnten Arbeitsgruppe, in der auch die FISP mitwirkt, und der Suchtpräventionsstellen im Kanton Zürich Grundlagen für die Suchtprävention unter der älteren Migrationsbevölkerung zu liefern und für die Arbeit der FISP mögliche Ansatzpunkte und Handlungsstrategien zu bestimmen. Eine Untersuchung der Suchtproblematik im Alter generell sowie der Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen, die sich bereits bei der nichtmigrierten Bevölkerung als effektiv erwiesen, war nicht Ziel dieser Bedarfserhebung. An dieser Stelle ist ausserdem anzumerken, dass sich der Tätigkeitsbereich der FISP auf den Kanton Zürich erstreckt und dass sich ihre Aktivitäten einerseits an die Migrationsbevölkerung, insbesondere an die erste Generation der Eingewanderten mit nichtdeutscher Muttersprache, und andererseits an Fachpersonen mit und ohne Migrationshintergrund richten.

Im Fokus des Interesses der Bedarfserhebung standen Migrantinnen und Migranten ab ca. 60 Jahren, die im Kanton Zürich wohnhaft sind. Insgesamt sind dies – beschränkt auf die ständige ausländische Wohnbevölkerung – 36'277 Personen (Stand Dez. 2011, Bundesamt für Migration, BFM). Wie aus Tabelle 1 ersichtlich sind grosse Gruppen von über 60-Jährigen vor allem aus folgenden Herkunftsländern zu finden: Italien, Deutschland, Österreich, Serbien, Spanien und Türkei. Die Migrationsbevölkerung aus Portugal, Kosovo und Mazedonien weist dagegen einen höheren Anteil jüngerer Menschen auf. An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Zahlen abweichen von der tatsächlichen Anzahl von Personen mit Migrationshintergrund. So erscheinen Eingebürgerte, auch wenn sie Doppelbürger sind, ausschliesslich als Schweizer und die nichtständige Wohnbevölkerung ist in den Daten nicht enthalten.

Tabelle 1: Bestand der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung Kanton Zürich, Stand Dezember 2011, Bundesamt für Migration BFM

Nationalität	Total	60 Jahre und älter	
	n	n	%
Italien	49288	12188	33.6
Deutschland	80650	7668	21.2
Österreich	11474	3007	8.3
Serbien	20392	2188	6.0
Spanien	10304	1385	3.8
Türkei	13980	1269	3.5
Kosovo	12502	865	2.4
Kroatien	5800	770	2.1
Griechenland	2952	736	2.0
Mazedonien	13172	654	1.8
Bosnien-Herzeg.	3916	496	1.4
Portugal	23250	319	0.9
Sri Lanka	4316	152	0.4
Div. Nationalit.	86474	4530	12.5
Total	338470	36227	100.0

Im Zentrum des Interesses standen bei den Interviews ältere Migrantinnen und Migranten aus Italien, Serbien, Spanien und der Türkei – also aus Ländern, aus denen grosse Gruppen von über 60-Jährigen stammen. Aus dem deutschsprachigen Ausland Eingewanderte werden im Folgenden nicht berücksichtigt, da sie erstens auf Deutsch erreicht werden können und zweitens allfällige kulturelle Unterschiede nicht sehr gross sind (anders als teilweise bei sogenannten Russland-Deutschen in Deutschland); die im Kanton Zürich wohnhaften deutschsprachigen Eingewanderten stehen denn auch nicht im Fokus der Aktivitäten der FISF.

Die interessierenden Fragen bei der Bedarfserhebung waren: Wie sind die Lebensumstände der über 60-jährigen Migrationsbevölkerung im Kanton Zürich? Was sind ihre Hauptprobleme, die als Risikofaktoren im weiten Sinn für die Entwicklung eines Suchtverhaltens gelten können? Wie wird in den jeweiligen Communities ein Suchtverhalten wahrgenommen und wie verhalten sich aktuell die jeweiligen Landsleute angesichts einer solchen Situation? Wo würde allenfalls Unterstützung gesucht? Schutzfaktoren und Präventionsaktivitäten: Was könnte gemacht werden, damit ältere Menschen mit Migrationshintergrund kein Suchtverhalten entwickeln oder wie soll mit einer bestehenden Sucht umgegangen werden? Dabei interessiert insbesondere, wo sinnvolle Aktivitäten von Suchtpräventionsstellen ansetzen und wie sie ausgestaltet werden könnten.

Um diesen Fragen nachzugehen wurden Leitfaden-Interviews mit Fachpersonen und mit Schlüsselpersonen aus relevanten Gruppen der Migrationsbevölkerung durchgeführt. Es wurde ein Leitfaden entwickelt, der für die beiden Gruppen einige separate Fragen enthielt, hauptsächlich jedoch die bereits oben erwähnten Themenbereiche umfasste. Die Fachpersonen beantworteten die Fragen vor dem Hintergrund von Erfahrungen, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit mit Migrantinnen und Migranten verschiedenster Herkunft gemacht hatten. Die Auskunftspersonen aus der Migrationsbevölkerung gaben in Bezug auf ihre Landsleute Auskunft. Insgesamt fanden 15 Interviews statt, davon zehn mit Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Pharmazie, Pflege, Alterswohnen, Psychiatrie, Suchtprävention, -beratung, -therapie sowie von Pro Senectute. Diese Fachpersonen waren zum Teil selber in die Schweiz migriert. Zudem sprachen wir mit fünf Auskunftspersonen aus der Migrationsbevölkerung. Diese Personen, teilweise selbst Fachpersonen (z.B. aus den Bereichen interkulturelles Übersetzen, Soziologie, jedoch nicht in den oben erwähnten Bereichen), zeichnen sich besonders durch ihre Vernetzung in ihrer jeweiligen Community aus.

Die Migrationsbevölkerung ist in sich äusserst heterogen. Ein grosser Teil der heute über 60-jährigen Migrantinnen und Migranten kam in den 60er / 70er Jahren als sogenannte Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter in die Schweiz. Für diese Hauptgruppe beschreiben die Aussagen der Interviewten gewisse Muster und Tendenzen. Es muss jedoch immer mitbedacht werden, dass es auch bei den heutigen älteren Migrantinnen und Migranten Menschen gibt, für welche die folgenden Aussagen nicht zutreffen und dass sich bei zukünftigen Senioren wiederum eine andere Situation präsentieren kann.

Der Artikel präsentiert die Ergebnisse aus der Bedarfserhebung und geht zuerst der Frage nach, ob und in welcher Form risikoreicher Konsum und Sucht ein Problem unter der älteren Migrationsbevölkerung im Kanton Zürich darstellt. Verschiedene Problemlagen und mögliche Ursachen von riskantem Konsum werden beschrieben. Es wird skizziert, wie eine Suchterkrankung in der jeweiligen Migrationscommunity wahrgenommen, wie damit umgegangen und wo allenfalls Unterstützung gesucht wird. Schliesslich werden mögliche Schutzfaktoren und Ansatzpunkte für Präventionsaktivitäten aufgezeigt.

Risikoreicher Konsum und Suchterkrankungen unter älteren Migrantinnen und Migranten

Übereinstimmend bezeichnen sowohl Fachpersonen als auch Auskunftspersonen aus der Migrationsbevölkerung Alkohol, Tabak und Medikamente (Benzodiazepine) als diejenigen Substanzen, bei denen sie die grössten Probleme und Suchtgefahren bei der älteren Migrationsbevölkerung feststellen. Vereinzelt genannt wurden auch Glücks- und Kartenspiele (allerdings nicht immer um Geld) sowie exzessiver Fernsehkonsum. Aus der Sicht der Befragten stellt riskanter Alkoholkonsum vor allem ein Problem unter Männern dar, während Medikamentenmissbrauch vor allem Frauen betrifft.

Von einer qualitativen Befragung weniger Personen können nicht einfach Schlussfolgerungen auf eine grössere Gruppe gezogen werden. Die Frage nach der Prävalenz von verschiedenen riskanten Verhaltensformen und Suchterkrankungen unter der älteren Migrationsbevölkerung kann durch unsere Umfrage also nicht beantwortet werden. Dass Alkohol, Tabak und Medikamentenmissbrauch auch unter der Migrationsbevölkerung ein Problem darstellen, erscheint uns jedoch aus folgenden Gründen als sehr wahrscheinlich:

Erstens konsumieren Migrantinnen und Migranten insgesamt zwar weniger Alkohol als die Schweizer Bevölkerung (Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesamt für Migration (BFM) (Eds.), 2011), in mediterranen Ländern wie Italien, Spanien und Portugal gehört aber ein Glas Wein üblicherweise zum Essen dazu. Praktisch unbekannt ist nach Meinung der Befragten jedoch, dass Alkohol im Alter durch körperliche Veränderungen wie einem verlangsamten Stoffwechsel langsamer abgebaut wird. Dies bedeutet, dass sich durch die körperlichen Veränderungen schleichende Abhängigkeitsprozesse entwickeln können, wenn im Alter weiter die aus jungen Jahren gewohnte, moderate Menge Alkohol konsumiert wird.

Zweitens liegt der Tabakkonsum bei Migranten deutlich höher als bei Schweizer Männern (Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesamt für Migration (BFM) (Eds.), 2011). Wir vermuten, dass sich dieses Konsummuster auch unter älteren Migranten tendenziell fortsetzt. Die Unterschiede zwischen Migrantinnen und Schweizerinnen sind indessen weniger konsistent.

Drittens fehlen bisher umfassende epidemiologische Daten zu Medikamentenabhängigkeit im Alter weitgehend. Verschiedene Studien zeigen jedoch, dass im Alter zunehmend Medikamente eingenommen werden (eine Übersicht ist zu finden bei Schnoz et al., 2006). In Bezug auf südosteuropäische Länder ist ausserdem bekannt, dass ein eigentlicher Medikamententourismus betrieben wird, bei dem in diesen Ländern grosse Mengen – auch in der Schweiz rezeptpflichtiger – Medikamente auf Vorrat gekauft und dann in die Schweiz eingeführt werden.

Die erwähnten Gründe unterstützen aus unserer Sicht die Wahrnehmung der Interviewten, dass Alkohol, Tabak und Medikamentenmissbrauch unter der

älteren Migrationsbevölkerung sehr wohl ein ernst zu nehmendes Problem darstellen.

Mögliche Ursachen von risikoreichem Konsum und Suchterkrankungen unter der älteren Migrationsbevölkerung

Die vielfältigen altersspezifischen Ursachen von Suchtverhalten sind erst ansatzweise erforscht. Grundsätzlich sind körperliche, psychische und gesellschaftliche Faktoren zu unterscheiden (Schnoz et al., 2006). In Bezug auf körperliche Faktoren ist der bereits erwähnte verlangsamte Stoffwechsel im Alter von Bedeutung, der dazu führt, dass Alkohol und andere Substanzen auch in niedrigerer Dosis die gleichen Wirkungen haben wie bei jüngeren Menschen und dass diese Substanzen langsamer abgebaut werden und dadurch länger oder stärker wirken.

Alle Menschen sind konfrontiert mit biologischen und psychischen Problemen des Älterwerdens wie Krankheiten und Verlusterfahrungen. Die Pensionierung und die damit verbundenen Umstellungen fallen vielen Personen schwer, insbesondere Männern, die sich oft über den Beruf definiert haben. Zudem wird in der heutigen Gesellschaft Jugendlichkeit sehr positiv, Alter eher negativ bewertet (wobei langsam ein gewisses Umdenken stattfindet). Erleichternde Faktoren für diese Veränderungen sind beispielsweise ein tragfähiges und genügend grosses soziales Netz, Hobbies bzw. Aktivitäten, die einem gefallen oder die als sinnvoll empfunden werden, Gesundheit und nicht zuletzt ausreichende finanzielle Ressourcen. Schwierigkeiten beim Anpassungsprozess ans Altern wie Gefühle der Einsamkeit oder Nutzlosigkeit, Ängste, Resignation und Rückzug können dagegen die Entstehung eines Suchtverhaltens begünstigen. All dies betrifft Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen.

Einige Aspekte kommen bei der Migrationsbevölkerung jedoch erschwerend dazu. Die meisten der heutigen älteren Migrantinnen und Migranten kamen in den 60er oder 70er Jahren als so genannte Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter in die Schweiz (Wicker, 2003; Hoffmann-Nowotny, 2001). Weder von der Schweizer Gesellschaft noch von ihnen selbst wurde ihr Aufenthalt in der Schweiz als dauerhaft angesehen oder erwünscht. Vielmehr schlug (und schlägt) ihnen in der Schweiz nicht selten offene Fremdenfeindlichkeit entgegen. Viele dieser Eingewanderten kamen aus ländlichen Gebieten und verfügten über wenig Bildung. Allerdings migrierten auch Leute mit Berufsausbildung und einer relativ guten Stelle im Herkunftsland in die Schweiz. Die Hoffnungen auf ein besseres Leben und gute Verdienstmöglichkeiten entpuppten sich in der Schweizer Realität oft als schlecht bezahlte, ungelernete Tätigkeiten in häufig körperlich sehr anstrengenden Bereichen, enge Wohnverhältnisse und als eine oftmals feindliche Umgebung, die sie als Menschen zweiter Klasse behandelte. Erträglich machten diese Realität die Familie, Vereine aus dem Herkunftsland, zum Teil die Kirche, Reisen ins Herkunftsland und der Traum, dort ein Haus zu bauen und so schnell wie möglich zurückzukehren.

Mittlerweile hat sich gezeigt, dass viele dieser Migrantinnen und Migranten hier geblieben sind oder zwischen der Schweiz und dem Herkunftsland pendeln (Bolzman et al., 2004).

Auf die Frage nach den Hauptproblemen, die bei diesen Menschen als Risikofaktoren im weiten Sinn zu einer Suchtentwicklung beitragen können, erwähnten die Befragten eine Vielzahl von Faktoren:

Körperliche und psychische Probleme: Eine Erwerbsbiografie in körperlich harten, ungelerten Tätigkeiten, oft verbunden mit Schichtarbeit, zeigt früher oder später Spuren – seien es Rückenschmerzen, Probleme mit den Knien, dem Verdauungssystem oder dem Einschlafen –, die Liste der möglichen körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen ist lang. Oft ist es aber nicht nur die eigentliche Arbeitsstelle, die zu körperlichen Folgen führt. Neben einer 100%-Stelle arbeiten viele Migrantinnen und Migranten noch in einem Nebenjob, indem sie beispielsweise am Abend, oft auch am Wochenende noch putzen gehen. Zeit für Erholung und das Pflegen von Freundschaften oder Hobbies bleibt da kaum (Anderson, 2011). Hobbies werden oft als Geldverschwendung im doppelten Sinn gesehen – einerseits weil sie möglicherweise Geld kosten, andererseits weil sie Zeit in Anspruch nehmen, die besser mit Arbeiten und Geldverdienen genutzt werden könnte. Diese Rund-um-die-Uhr-Beschäftigung – wobei mehrheitlich die Frauen noch die Verantwortung für den Haushalt übernehmen – erschöpft auch psychisch. Eine Fachperson schilderte, dass viele Migrantinnen eigentlich an einem Burnout leiden, jedoch, wenn überhaupt, eine ganz andere Diagnose gestellt wird und ihnen sehr schnell entsprechende Medikamente abgegeben werden. Für Menschen, die traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt waren, ist die Situation natürlich noch schwieriger. Diese Problematik wurde in den Interviews erwähnt, jedoch nicht detaillierter besprochen, da sie den Rahmen gesprengt hätte. Das häufige Fehlen von Hobbies bei Migrantinnen und Migranten bedeutet, dass ihnen dadurch auch etwas fehlt, dem sie sich nach der Pensionierung widmen könnten und dass ihnen auch die Kontakte entgehen, die sich über ein Hobby ergeben können.

Isolation: In der Schweiz ist das soziale Umfeld in der Regel anders gestaltet als im Herkunftsland. Es fehlen typische Treffpunkte wie im Mittelmeerraum (Piazza, Kaffeehaus). Mit der Pensionierung brechen die Kontakte zu ehemaligen Arbeitskollegen oft ab. Viele Migrantinnen und Migranten leb(t)en sehr familienorientiert. Kontakte ausserhalb der Familie waren und sind zum Teil zwar sehr zahlreich und vielfältig, oft jedoch eher locker und oberflächlich. Dies führt dazu, dass sie im Alter nicht selten über ein wenig tragfähiges soziales Netzwerk verfügen. Besonders vulnerabel sind diesbezüglich zum Beispiel alleinstehende Personen, die auch nicht mit einem Verein verbunden sind.

Geringe Deutschkenntnisse: Die Umstände der Migration der sogenannte Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter und ihre Erwerbsbiografie in der Schweiz haben nicht dazu beigetragen, dass sie gut Deutsch gelernt haben. Viele kön-

nen sich auch nach 30 Jahren in der Schweiz nur rudimentär auf Deutsch verständigen. In vielen Betrieben, in denen ein grosser Teil der Angestellten einen Migrationshintergrund hat, wird untereinander hauptsächlich Italienisch gesprochen – auch unter Nicht-Italienern. Es werden meistens muttersprachliche Medien (Zeitungen, TV) genutzt. Für zahlreiche alltägliche Interaktionen sind diese Migrantinnen und Migranten deshalb auf Übersetzungen angewiesen, was in vielen Fällen die eigenen Kinder übernehmen. Schrumpft aber das Umfeld, mit dem problemlos kommuniziert werden kann (in der Muttersprache oder einer anderen Sprache, die gut beherrscht wird) – sei es durch die Pensionierung, Todesfälle oder weil viele Bekannte unter den Landsleuten ins Herkunftsland zurückwandern –, verringern sich auch die Anzahl und Qualität der sozialen Kontakte, was zur Isolation beiträgt. Eine erschwerte Kommunikation mit der Hausärztin oder dem Hausarzt kann zu falscher Behandlung oder Medikamenteneinnahme führen, eine Heilung verzögern oder eine Suchtentwicklung begünstigen. Fehlende muttersprachliche Angebote oder ungenügende Deutschkenntnisse stellen grosse Probleme für Psychotherapien dar.

Finanzielle Probleme: Viele der älteren Migrantinnen und Migranten werden durch finanzielle Probleme stark belastet. Die langjährige schlecht bezahlte, ungelernte Erwerbstätigkeit hat im Alter tiefe Renten zur Folge. Relatives Glück hat, wer sehr jung in die Schweiz kam und dadurch keine grosse Lücke an Beitragsjahren aufweist. Ebenfalls relativ glücklich schätzen kann sich, wer konstant in einem Betrieb angestellt war und Beiträge an AHV und Pensionskasse, eventuell sogar an die Dritte Säule leistete, insbesondere, wenn bei einem Paar beide in dieser Form erwerbstätig waren. Deutlich schlechter gestellt sind dagegen (alleinstehende) Frauen, seltener auch Männer, die entweder mit einem kleinen Pensum oder beispielsweise als Putzpersonal in Privathaushalten arbeiteten und keine Pensionskassenbeiträge einzahlen konnten. Ergänzungsleistungen werden nur an Personen ausbezahlt, die in der Schweiz wohnhaft sind. Wohneigentum (auch im Herkunftsland) wird in die Berechnung einbezogen und verunmöglicht oft, dass Ergänzungsleistungen bezogen werden können.

Die Situation der heute 40- bis 60-Jährigen, die oft als Sandwich-Generation bezeichnet werden (Höpflinger, 1999), als die Generation, die „eingeklemmt“ ist zwischen den Verpflichtungen für sich, den mittlerweile alten eigenen Eltern und den Verpflichtungen gegenüber den eigenen Kindern, führt im Fall von Familien von Eingewanderten nach Aussage der Befragten nicht selten dazu, dass die eigenen Eltern aus dem Herkunftsland in die Schweiz geholt werden. Dies kann ein gutes Arrangement sein, solange es den Eltern gesundheitlich gut geht. Werden die Eltern jedoch in einem Ausmass pflegebedürftig, das nicht mehr von der Familie bewältigt werden kann, steht diese vor grossen finanziellen Problemen: Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben die Eltern nicht und ein Heimaufenthalt sprengt häufig das Familienbudget. Finanzielle Probleme haben auch viele Migrantinnen und Migranten, die ins Heimatland zurückgekehrt waren, sich nach Jahren oder Jahrzehnten aber entschlossen, sich wieder in der Schweiz

niederzulassen, jedoch mittlerweile ihren Anspruch auf einen Teil der Sozialleistungen verloren haben. Natürlich ist die Situation je nach Herkunftsland, Nationalität resp. Aufenthaltsstatus und der jeweiligen Vorgeschichte (z. B. Vorbezug der Pensionskasse) unterschiedlich und jeder Fall wäre detailliert zu analysieren. Aus den Schilderungen der Befragten wird jedoch deutlich, dass den Migrantinnen und Migranten vielfach das Wissen fehlt, um im Zusammenhang mit den Sozialleistungen finanzielle Konsequenzen ihrer Handlungen vorausszusehen und bessere Lösungen zu suchen, und dass sie stattdessen im Dickicht administrativer Regelungen straucheln und dauerhafte Nachteile in Kauf nehmen müssen.

Migrationserfahrung – Entwurzelung – Rückkehrthematik: Die Migration als solche ist ein einschneidendes Erlebnis. Phantasie und Realität klaffen oft auseinander, Netzwerke fehlen plötzlich, eigene Kompetenzen gelten nichts mehr, Entwurzelung droht – nicht nur in der Schweiz, sondern mit der Zeit auch im Herkunftsland. In den Worten einer Interviewpartnerin aus Griechenland: „Die Migranten wissen nicht, wo sie hingehören. Die Menschen in der Heimat haben ihre Entwicklung gemacht. Die Migranten sind in Bezug auf die Heimat irgendwie stehen geblieben. Das ist die Zeit von früher. Hier fühlen sie sich nicht integriert. Dort auch fremd.“ All dies stellt per se einen Risikofaktor zum Beispiel für Depressionen, aber auch für risikoreichen Konsum und die Entwicklung einer Abhängigkeit dar. Älterwerden bringt auch eine Rückschau auf das eigene Leben mit sich. Dies ist für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund der Fall. In dieser Rückschau tauchen bei Migrantinnen und Migranten zum Teil schmerzhaftere oder jedenfalls spezifische Erfahrungen auf, die nur beschränkt mit einer Umgebung ausgetauscht werden können, welche diese Erfahrungen nicht teilt. Dies kann auch auf die eigenen Kinder zutreffen, die sich in eine andere Richtung als von den Eltern geplant weiterentwickelt haben. Als die heutigen älteren Migrantinnen und Migranten ihre Herkunftsländer verliessen, herrschte dort die Vorstellung, dass die Eltern im Alter bei den Kindern wohnen und von diesen gepflegt und umsorgt werden. Diese Vorstellung haben die Migrantinnen und Migranten oft mitgenommen. Auch hier klaffen Phantasie und Realität mehrheitlich auseinander, sei es, dass die Kinder eine solche Lösung nicht möchten oder aufgrund der Wohn- und Arbeitsverhältnisse dazu nicht in der Lage sind. Lässt sich diese Vorstellung nicht realisieren, hadert die Generation der älteren Migrantinnen und Migranten oft damit und braucht längere Zeit, bis Gefühle der Verbitterung und Verelendung überwunden werden können.

Im Alter werden frühere Lebensphasen und auch die Muttersprache wieder präsenter. Im Falle von Demenzen wird das zuletzt Gelernte zuerst vergessen. Dies kann dazu führen, dass die Deutschkenntnisse stark abnehmen.

Die Rückschau auf das eigene Leben bringt im Falle von Migrantinnen und Migranten auch ein Bilanzieren des Migrationsprojekts und die Frage mit sich, wo sie in der Zukunft leben wollen. War die erste Migration ein

einschneidendes Erlebnis, ist eine zweite Migration, noch dazu in fortgeschrittenem Alter, wohl nicht weniger einschneidend und setzt eine längere Phase der Auseinandersetzung mit dieser Frage voraus. Wie auch immer die Entscheidung ausfällt, sie ist mit Verlustgefühlen und Abschiednehmen verbunden. Mehrere Befragte berichteten übereinstimmend, dass die Frage der Rückkehr zu grossen Paar- und Familienkonflikten führt. Mehrheitlich sind es die Männer, die es ins Herkunftsland zieht, während die Frauen bei den Kindern und Enkelkindern und somit in der Schweiz bleiben wollen. Es wurde von etlichen Fällen berichtet, in denen die Rückkehrfrage die Familie sprengte und ein Teil des Paares zurück migrierte, der andere Teil jedoch in der Schweiz blieb. Partnerin und Partner sind schliesslich an den jeweiligen Wohnorten relativ alleine und die Beziehung geht dabei oft kaputt. Geschildert wurden auch Fälle einer dritten Migration: Insbesondere Frauen, die mit ihrem Ehemann ins Herkunftsland zurückwanderten, kehren nach Jahren oder nach dem Tod des Mannes wieder in die Schweiz zurück (wo meistens die Kinder leben). Hier sehen sie sich jedoch – wie bereits beschrieben – oft mit finanziellen Schwierigkeiten konfrontiert.

Wahrnehmung und Umgang mit Suchtverhalten, Suche nach Unterstützung

Gefragt wurde in den Interviews auch, ob und wie ein riskanter Substanzkonsum bzw. eine Suchterkrankung unter der Migrationsgemeinschaft wahrgenommen wird. Die Interviewten sind der Ansicht, dass eine bestehende oder sich entwickelnde Sucht sehr lange nicht wahrgenommen wird – von den Betroffenen nicht, die sie sich nicht eingestehen wollen, von der Familie auch nicht, geschweige denn von weiter entfernten Kreisen. Alkoholkonsum wird nur in Ausnahmefällen als Problem gesehen. Alkohol gehört bei vielen Menschen aus dem Mittelmeerraum zum Alltag. Als problematisch wird Alkoholkonsum erst dann beurteilt, wenn jemand sozial auffällig wird, zum Beispiel Streit sucht oder Lärm macht. Allerdings wird das Problem eher darin gesehen, „was die Nachbarn denken“ und weniger darin, dass die betroffene Person möglicherweise ein Suchtproblem hat. Die Einsicht, dass übermässiger oder regelmässiger Alkoholkonsum auf eine Sucht oder Krankheit hindeuten kann, ist zwar grundsätzlich vorhanden, wird aber ein Stück weit ausgeblendet, wenn es um Verwandte und Bekannte geht. Dass Tabak gesundheitsschädigend wirkt, ist bei vielen Menschen mit Migrationshintergrund zwar bekannt, was sich jedoch, wie auch bei gebürtigen Schweizerinnen und Schweizern, nur teilweise verhaltensverändernd auswirkt. Das Wissen um die Gefahr des Passivrauchens ist dagegen viel weniger vorhanden. Medikamentenabhängigkeit ist praktisch kein Thema und wird nicht wahrgenommen. Es fehlt weitestgehend das Wissen um das Abhängigkeitspotenzial von Medikamenten. Da Medikamente von Ärztinnen und Ärzten verschrieben werden, die unter der Migrationsbevölkerung – stärker als beigebürtigen Schweizerinnen und Schweizern – als Respektpersonen gelten, und da sie mit Heilung und Gesundheit assoziiert werden und nicht mit Sucht, wird die Einnahme von Medikamenten kaum problematisiert. Die Grenzen zwischen riskantem Verhalten und Sucht

sind fliessend. Wird offensichtlich, dass eine Person ein Suchtproblem hat, ist dies nach Aussagen der Befragten mit einem Tabu behaftet und äusserst schambesetzt. Das Problem soll möglichst innerhalb der Grenzen der Familie bleiben und auf keinen Fall nach aussen dringen.

Eine Sucht wahrzunehmen ist ein erster Schritt. Nachher geht es um die Frage, wie damit umgegangen werden soll. Die Befragten berichten, dass die engsten Familienangehörigen – mindestens bei übermässigem Alkoholkonsum – meistens Bescheid wissen. Erwähnt wurden jedoch sehr unterschiedliche Reaktionen darauf. Während einige Interviewte darauf hinweisen, dass eine Suchtproblematik vor allem zu Streit in der Familie, jedoch nicht zu lösungsorientierten Diskussionen führe, berichten andere, dass der Respekt vor älteren Personen in Migrationsfamilien noch grösser als in Schweizer Familien sei und dass man aus diesem Grund meine, kein Recht dazu zu haben, „einer älteren Person dreinzureden“, oder dass man dies zumindest ein bisschen zurückhaltender angehe. Familienmitglieder seien in der Regel überfordert mit einer Suchtproblematik, was zu einer Co-Abhängigkeit führen kann.

In den Interviews wurde auch die Frage gestellt, wo allenfalls Unterstützung gesucht würde, wenn eine Person möglicherweise ein Suchtverhalten entwickelt (hat) und wer dies tun würde. Dazu wurde eine Liste mit möglichen Unterstützungsquellen präsentiert. Ziel dieser Frage war letztlich herauszufinden, wo mögliche Ansatzpunkte für Aktivitäten von Suchtpräventionsstellen liegen könnten.

Auch bei dieser Frage erwies sich das Thema Scham als zentraler Faktor. Alle Befragten meinten, dass im engen Familienkreis Unterstützung gesucht wird. Schon bei der Frage, ob Verwandte und Freundinnen bzw. Freunde als Unterstützung in Frage kämen, stimmten einige Interviewte zu, von anderen wurde aber bereits hier das Thema Scham ins Spiel gebracht. Eine Person (aus Griechenland) bezeichnete Freundschaften unter Migrantinnen und Migranten aus dem Mittelmeer-Raum als „nicht so dicht“: „Man besucht sich, geht etwas trinken, aber man behält sein Herz geschlossen.“ Weitere Personen aus dem sozialen Umfeld wie (ehemalige) Arbeitskollegen oder Mitglieder in Vereinen wurden als Unterstützungsquellen mehrheitlich ausgeschlossen.

Von praktisch allen Befragten wurden Hausärztinnen und Hausärzte als Personen erwähnt, bei denen die älteren Migrantinnen und Migranten Unterstützung suchen würden. Auch das Personal in Apotheken, insbesondere wenn diese Personen selbst einen Migrationshintergrund haben, erfahren oft relativ viel von den direkt Betroffenen und können beratend einwirken. Teilweise wurden auch religiöse Institutionen als genutzte Unterstützungsquelle genannt. Sehr selten sind jedoch insgesamt die Fälle, in denen direkt Betroffene selbst und direkt Unterstützung wegen eines Suchtproblems suchen. Bei einer Alkoholabhängigkeit wird vielleicht auf verklausulierte Art Unterstützung gesucht, indem der Hausärztin oder dem Hausarzt von Schwindel berichtet, das Thema Alkohol jedoch ausgeklammert wird. Oft wird

dann zuerst eine Vielzahl somatischer Aspekte abgeklärt und Alkoholabhängigkeit erst spät in Erwägung gezogen. Es sind jedoch eher Angehörige, die Hilfe suchen, nicht die direkt Betroffenen – die Kinder oder bei binationalen Paaren der Schweizer Teil. Sie recherchieren im Internet, lesen Informationsbroschüren oder lassen sich von Suchtberatungsstellen und anderen Institutionen und Fachpersonen beraten, wie sie mit der Sucht eines Elternteils oder eines Partners umgehen können.

Spezifische Angebote wie Suchtberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen werden von direkt Betroffenen kaum genutzt. Dies kommt für die meisten Migrantinnen und Migranten erst am Ende eines langen Prozesses in Frage, wenn es einer Vertrauensperson (zum Beispiel der Hausärztin oder dem Apotheker), gelingt, sie zu überzeugen und ihre Ängste zu überwinden oder zu mildern. Von Interesse und leichter zugänglich sind spezifische Angebote, auch Selbsthilfegruppen, möglicherweise aber für die Angehörigen.

Was könnte gemacht werden: Schutzfaktoren, Präventionsaktivitäten

Die Befragten betonten mehrheitlich, es sei wichtig, frühzeitig etwas zu unternehmen, damit ältere Menschen nicht in eine Abhängigkeit rutschen. Um Gefühlen der Sinnlosigkeit und Isolation im Alter vorzubeugen, plädierte eine Interviewpartnerin dafür, schon sehr früh, nämlich bei den Kindern anzusetzen und diese zu motivieren, aktiv ein Hobby zu betreiben und nicht nur passiv und isoliert zu konsumieren (TV, Internet). Im Alter Leute für Aktivitäten zu motivieren, die ihnen Freude machen und sie in Kontakt mit anderen Menschen bringen würden, die sie in ihrem Leben jedoch vielleicht nie betrieben haben, sei sehr schwierig. Mehrere Befragte regten an, bereits die Zeit vor der Pensionierung zu nutzen, als Zielgruppe von Suchtpräventionsaktivitäten also die „Jungseniorinnen und -senioren“ (60 bis ca. 75 Jahre) zu definieren. Inhaltlich wichtig finden sie im weiten Sinn Informationen und Sensibilisierung über finanzielle und psychosoziale Aspekte der Pensionierung sowie über Gesundheitsfragen allgemein; zudem Informationen im engen Sinn, das heisst in Bezug auf Sucht, Informationen über Medikamentenmissbrauch und übermässigen Alkoholkonsum, insbesondere auch zum Aspekt der Toleranzminderung bei Alkoholkonsum im Alter. Aufzuklären ist weiter über die Folgen des Substanzmissbrauchs im Alter wie Stürze, Unfälle, kognitive Störungen, Depressionen, Rückzug, Konflikte, frühzeitige Einweisung in ein Pflegeheim usw. Sehr wichtig ist auch die Botschaft, dass ältere Abhängige zum Teil sogar besser auf suchtspezifische Interventionen ansprechen als jüngere (Schnoz et al., 2006). Die älteren Menschen sollen ermuntert werden, sich ihrem Problem mit einem übermässigen Substanzkonsum zu stellen, denn so könnten sie „Vorbild sein für die junge Generation“ (Fachperson Psychiatrie).

Als mögliche Partner für die Verbreitung und Diskussion solcher Informationen wurden Migrationsorganisationen, religiöse Institutionen, Gewerkschaften, Gewerbeverbände und Betriebe mit einem hohen Migrationsanteil

unter den Angestellten genannt. Sinnvoll wären muttersprachliche Pensionierungsvorbereitungskurse, für die in der Migrationsbevölkerung entsprechend geworben werden müsste – über alle möglichen Medien-Kanäle, vor allem jedoch über Mund-zu-Mund-Propaganda. Die mündliche Vermittlung von Informationen wurde von den Befragten mehrheitlich als zentral erachtet, während die ausschliessliche Abgabe von schriftlichem Material als wenig Erfolg versprechend beurteilt wurde.

Vorgeschlagen wurde als weitere Zielgruppe neben den Jungseniorinnen und -senioren die Generation der Kinder, d.h. die Secondos. Die Secondos leisteten oft schon in der Kindheit viel Unterstützung, z.B. in Form von Übersetzungsdiensten für ihre Eltern. Auch sie befinden sich in einer schwierigen Situation: Altersmässig Teil der „Sandwich-Generation“ sind sie konfrontiert mit hohen Erwartungen der Eltern (dass die Kinder ihnen Respekt entgegenbringen, im Alter für sie sorgen) und verfügen über nur wenig Wissen darüber, „was im Alter auf die Eltern zukommt“ – seien es finanzielle Aspekte oder Fragen im Zusammenhang mit Gesundheit und Sucht. Versucht man, die Secondos auch in Bezug auf Suchtgefahren bei ihren Eltern miteinzubeziehen, besteht die Gefahr, sie zu überfordern. Wichtig ist aus diesem Grund, neben der reinen Informationsvermittlung auch anzustreben, den Secondos eine Stütze zu geben, ihnen Mut zu machen, gewisse Themen anzusprechen und Tipps zu geben, wie sie dies machen könnten, „so, dass es etwas fruchtet“.

Für Senioren im hohen Alter wird Informationsvermittlung zum Thema Suchtprävention nicht mehr als vorrangig erachtet. Mehrheitlich herrscht Konsens, dass Abstinenz nicht das Ziel sein könne, sondern dass es um die Minderung von möglichen Schäden und Risiken gehe. Eine Gesprächspartnerin meinte, man müsste weniger über Suchtmittel reden, dafür stark ressourcenorientiert arbeiten: „Im Alter geht es nämlich um Lebensqualität, um Stützung der Ressourcen, die sie noch haben. Und da ist Suchtprävention als Titel nicht so toll.“ (Fachperson Suchtprävention) Allerdings könnten Informationsbroschüren für das Personal in Altersheimen oder bei der Spitex hilfreich sein und in persönlichen Gesprächen mit älteren Migrantinnen und Migranten unterstützend eingesetzt werden, um sie beispielsweise zu motivieren, ihren Konsum von Alkohol oder Medikamenten zu reduzieren.

Die Fachpersonen, bei denen Migrantinnen und Migranten am ehesten Unterstützung suchen würden – Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Pharmazie sowie eventuell aus Sozialdiensten von religiösen Institutionen –, sollten in Bezug auf die Thematik Sucht im Alter und die Lebensrealität von älteren Migrantinnen und Migranten sensibilisiert und in der Herausforderung unterstützt werden, wie sie ältere Menschen auf ihre Abhängigkeit ansprechen können.

Schlussfolgerungen

Über das Thema Sucht im Alter unter der Migrationsbevölkerung ist noch viel zu wenig bekannt. Sowohl die Einschätzungen der Befragten als auch empirische Befunde deuten jedoch darauf hin, dass vor allem Alkohol, Tabak und Medikamentenmissbrauch ernst zu nehmende Probleme bereiten. Es gibt viele Parallelen zur Situation gebürtiger Schweizerinnen und Schweizer. Die Ursachen von Suchterkrankungen sind in körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Faktoren zu sehen. Migrantinnen und Migranten sind jedoch zusätzlich spezifischen Risikofaktoren ausgesetzt. Sie sind ausserdem weniger vertraut mit Schweizer Institutionen, Regelungen und Angeboten der Regelversorgung. Dazu kommen sprachliche Barrieren.

Fachleute, denen sich Menschen mit Migrationshintergrund teilweise anvertrauen – aus den Bereichen Medizin, Pharmazie sowie Fachpersonen aus religiösen Institutionen – sollten sensibilisiert werden, einerseits für die körperlichen und psychischen Probleme der Migrantinnen und Migranten aufgrund ihrer Migrations- und harten Erwerbsbiografie, die Gefühle der Entwurzelung, Isolation, Abhängigkeit, für die Ängste (auch aufgrund geringer Deutschkenntnisse), für belastende Auseinandersetzungen mit der Rückkehrthematik, mögliche finanzielle Probleme usw., andererseits bezüglich der Thematik Sucht im Alter.

Als wichtige Personengruppe im Zusammenhang mit dem Thema Sucht im Alter sollten die Secondos angesprochen und eingebunden werden. Wenn es gelingt, sie zu sensibilisieren für die Folgen des Substanzmissbrauchs im Alter und ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie das Thema auf lösungsorientierte Art ansprechen können, sind sie in der Lage, ihren Eltern eine äusserst wertvolle Unterstützung zu bieten. Dabei ist darauf zu achten, dass die Secondos nicht überbelastet werden, sondern gezielte Unterstützung erhalten können.

Migrantinnen und Migranten sollten möglichst frühzeitig Informationen vermittelt werden über verschiedene Themen in Zusammenhang mit dem Altern in der Schweiz wie Pensionierung, Sozialversicherungen, Dienstleistungsangebote im Alter, Informationen zu Gesundheit, Krankheit und auch Sucht im Alter sowie zur Gesundheits- und Altersversorgung. Dies sollte idealerweise in ihrer Muttersprache und unter Landsleuten geschehen, beim Thema Sucht nicht zuletzt, um es etwas zu enttabuisieren. Unterstützungsangebote, auch zu Budgetfragen und zur schwierigen und zermürenden Auseinandersetzung mit der Rückkehr-Thematik, wären einerseits unter der Migrationsbevölkerung besser bekannt zu machen oder erst zu schaffen. Andererseits müssten entsprechende Fachpersonen und Institutionen wie oben erwähnt für die spezifischen Belange von Migrantinnen und Migranten sensibilisiert und, falls nötig, adäquate, kultursensible Übersetzung und Vermittlung gewährleistet werden. Als erfolgversprechender Weg, um auch schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen zu erreichen, empfiehlt sich ein beziehungsgeleitetes Vorgehen, in dem mündliche Kommunikation, insbesondere auch über informelle

Netzwerke, zentral ist, jedoch durchaus kombiniert werden kann mit dem Einsatz von schriftlichem Material (Soom Ammann & Salis Gross, 2011).

Die hier präsentierte Bedarfserhebung lieferte Grundlagen und Hintergründe zur Situation unter der älteren Migrationsbevölkerung im Kanton Zürich, die jedoch in anderen Kantonen in vielen Punkten grundsätzlich ähnlich sein dürfte. Allerdings ist jeweils im Einzelfall zu untersuchen, wie sich die jeweilige Migrationsbevölkerung in einem bestimmten Gebiet zusammensetzt (Herkunftsland, -region, Bildungsniveau, Migrations- und Erwerbsbiografie, Religion usw.) und durch welche Standortfaktoren dieses Gebiet geprägt wird.

Literatur

Anderson, P. (2011). MigrantInnen und die Freizeit. In B. Marschke (Ed.), *Handbuch Migrationsarbeit* (pp. 193-202). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bolzmann, C., Poncioni-Derigo, R., Vial, M. & Fibbi, R. (2004). Older labour migrants' well being in Europe: the case of Switzerland. *Ageing and Society*, 24, 411-429.

Bundesamt für Migration (BFM) (2012). *Bestand der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung Kanton Zürich, Stand Dezember 2011*. Bern: Bundesamt für Migration (BFM).

Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesamt für Migration (BFM) (Eds.). (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bundesamt für Migration (BFM).

Hoffmann-Nowotny, H.-J. (2001). Internationale Migration und das Fremde in der Schweiz. In H.-J. Hoffmann-Nowotny (Ed.), *Das Fremde in der Schweiz* (pp. 11-30). Zürich: Seismo.

Höpflinger, F. (1999). *Generationenfrage - Konzepte, theoretische Ansätze und Beobachtungen zu Generationenbeziehungen in späteren Lebensphasen*. Lausanne: Réalités Sociales.

Schnoz, D., Salis Gross, C., Grubenmann, D. & Uchtenhagen, A. (2006). *Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Im Auftrag der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM)*. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.

Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Alt und schwer erreichbar*. München: AVM.

Wicker, H.-R. (2003). Einleitung: Migration, Migrationspolitik und Migrationsforschung. In H.-R. Wicker, R. Fibbi & W. Haug (Eds.), *Migration und die Schweiz* (pp. 12-62). Zürich: Seismo.

Korrespondenzadresse

Claudia Arnold
Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP)
Kehlhofstrasse 12
8003 Zürich

arnold.fisp@bluewin.ch

Résumé

Le service interculturel de prévention des addictions et de promotion de la santé (FISP) a étudié début 2011, à travers une enquête sur les besoins, où pourraient se situer les points d'ancrage possibles d'activités des services de prévention des addictions, adaptées au thème des addictions de la personne âgée dans les populations migrantes. Il s'est avéré, comme chez les Suisses de naissance, que ce sont l'alcool, le tabac et les médicaments qui entraînent le plus souvent une toxicomanie et que des facteurs causaux physiques, psychiques et sociaux entrent en ligne de compte. De possibles facteurs de risques d'addiction spécifiques dans la population migrante âgée sont les problèmes physiques et psychiques liés à une biographie migratoire et professionnelle dure, l'isolement, un faible niveau d'allemand, les problèmes financiers, un sentiment de déracinement et la question pesante du retour dans le pays d'origine. Le thème de la dépendance est considéré comme particulièrement honteux par les migrants, il en est très peu fait état hors du noyau familial. Un soutien est avant tout recherché dans la famille, chez les professionnels de la médecine et de la pharmacie ainsi qu'en partie auprès d'institutions religieuses. Des activités de prévention de la dépendance adaptées devraient intervenir aussi précocement que possible, être conçues de manière relationnelle et informer sur les thèmes de santé en général, de la dépendance liée à l'âge et des aspects financiers et psychosociaux de la retraite, dans des cadres tels que les organisations de migrants, les syndicats et les entreprises. Les professionnels de la médecine et de la pharmacie, ainsi que la génération des enfants, doivent être sensibilisés et soutenus de manière à aborder ce sujet.

Summary

At the beginning of 2011, the Specialist Unit for Intercultural Addiction Prevention and Health Promotion (FISP) conducted a needs analysis to investigate where possible starting points for practical activities in addiction prevention centres might lie in relation to the issue of addiction amongst the elderly in the migrant population. The investigation revealed that, just as is the case with native-born Swiss, the substances most commonly abused are alcohol, tobacco and medicines and that the cause can be found in physical, psychological and social factors. Possible specific risk factors for an addiction in the elderly migrant population are physical and psychological problems arising as a consequence of the circumstances surrounding their migration history and harsh working life, isolation, poor knowledge of German, financial difficulties, feelings of being uprooted and the stressful issue of whether they should return to their country of origin. Among migrants, the subject of addiction is associated with intense feelings of shame and is hardly ever discussed outside of the inner family circle. Support is sought primarily within the family, from professionals working in the medical and pharmaceutical sectors and sometimes from religious institutions. Practical activities should start as early as possible, be relationship-led and, in settings such as migrant organisations, unions and businesses, provide information about health in general, addiction in the elderly and the financial and psychosocial aspects of retirement. Both professionals in the medical and pharmaceutical sectors and the children of the elderly patients should be made more aware of the issues and be supported in addressing the subject.