

Aus der Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie des
Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. Dieter Naber

**Drogenabhängige Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion:
Eine retrospektive Vergleichsstudie**

D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Roman Zakhalev

aus Melitopol, Ukraine

Hannover 2008

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 04.05.2009

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Ch. Haasen

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: Prof. Dr. O. von dem Knesebeck

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in: PD Dr. J. Reimer

*Für meine Frau Elina, die meine ärztliche Tätigkeit
in Deutschland ermöglicht hat.*

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1 Einleitung	1
1.1 Einführung in die Thematik	1
1.2 Übersicht über die Arbeit	2
2 Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand	4
2.1 Begriffsbestimmung: Ausländer, Migrant, Spätaussiedler	4
2.2 Soziodemographische Daten von Spätaussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion	4
2.3 Migration und Suchterkrankungen	6
2.3.1 Suchttheorien	6
2.3.2 Sucht bei Migranten	7
2.4 Jugendliche Aussiedler – eine Gruppe mit besonderer Suchtgefährdung	11
2.5 Suchtentwicklung und Konsummuster	15
2.6 Krankheitsmodelle und Bewältigungsstrategien	16
3 Fragestellung	19
4 Material und Methoden	21
4.1 Stichprobenselektion	22
4.2 Instrumentarium	22
4.2.1 Substanzkonsum	23
4.2.2 Schweregrad der Abhängigkeit	23
4.2.3 Aspekte der Migration	23
4.2.4 Akkulturations-Stress-Index	23
4.2.5 Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen	24
4.3 Statistische Auswertung	27

5	Ergebnisse	28
5.1	Soziodemographische Beschreibung des Patientenkollektivs	28
5.2	Charakteristika der Migranten	30
5.3	Suchtaspekte	36
5.3.1	Substanzkonsum bei Migranten und Deutschen	36
5.3.2	Hauptsubstanz bei Migranten und Deutschen	38
5.3.3	Suchtentwicklung bei Migranten und Deutschen	40
5.3.4	Alter und Suchtentwicklung der Migranten und Deutschen	41
5.3.5	Behandlungsziele von Migranten und Deutschen	42
5.3.6	Substanzkonsum und Suchtentwicklung mit Bezug zum Alter bei Migration	44
5.3.7	Schweregrad der Abhängigkeit	46
5.4	Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)	47
6	Diskussion	50
6.1	Methodische Aspekte	50
6.2	Migrationsaspekte	50
6.2.1	Herkunft	51
6.2.2	Alter	51
6.2.3	Herkunftsort	52
6.2.4	Familienstand	52
6.2.5	Schulbildung, Ausbildung und berufliche Situation	52
6.2.6	Straffälligkeit	54
6.2.7	Familie und Partnerschaft	55
6.2.8	Sprachkenntnisse	56
6.2.9	Einfluss auf Migrationsentscheidung und Identität	57
6.3	Zwischenfazit	59
6.4	Suchtentwicklung	60
6.4.1	Drogenkonsum	60
6.4.2	Behandlung	62
6.4.3	Schweregrad der Abhängigkeit	63
6.5	Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen: FKK	64

7	Zusammenfassung und Fazit	67
8	Literaturverzeichnis	71
9	Anhang	90
	9.1 Erhebungsbögen	90
	9.2 Lebenslauf	105

„Weder aus der Einwanderungsgeschichte, noch aus der Zugehörigkeit zu einer Einwanderungsgruppe, lässt sich generell auf eine Suchtgefährdung schließen. Sucht kennt keine Nationalität und keine Staatsangehörigkeit. Suchterkrankung ist immer ein Teil einer individuellen Biografie.“

(Barth, 2002, S.23)

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik

Migration bedeutet eine Verlagerung des ständigen Aufenthaltsortes in eine andere Kultur. Dieser Prozess ist mit einer erhöhten Vulnerabilität verbunden und kann bei Migranten¹ zu verschiedenen psychischen Problemen führen. Als möglicher „Bewältigungsversuch“ kann der Konsum psychotroper Substanzen angesehen werden, der häufig in eine Suchtentwicklung mündet. Dabei spielen kulturelle (bzw. subkulturelle) migration- und gruppenspezifische Faktoren eine wichtige Rolle. Das Suchthilfesystem in Deutschland wird durch die spezifische Problematik von drogenabhängigen Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion oft überfordert. Die Notwendigkeit, psychosoziale Aspekte und Charakteristika von süchtigen Migranten zu untersuchen, ergibt sich aus den Schwierigkeiten im diagnostischen und therapeutischen Prozess. Dennoch ist der Forschungsstand zum psychosozialen Hintergrund süchtiger Migranten sehr unzureichend. Die meisten Daten zum Drogenkonsum bei Migranten beziehen sich auf Kriminalstatistiken und Schätzungen. Es gibt Annahmen u.a. über unterschiedliche Konsummuster, Einstiegsalter oder auch den Zeitpunkt, an dem das Hilfesystem in Anspruch genommen wird. In kleineren Studien konnte auch der Zusammenhang zwischen der sozialen Integration und dem Schweregrad der Sucht nachgewiesen werden. Soziale Desintegration wird in der internationalen Literatur als ein starker Belastungsfaktor für eine Abhängigkeitserkrankung gesehen (Küfner & Vogt, 1998).

Aber dennoch gibt es wenige gesicherte Daten über die psychosoziale Situation von süchtigen Migranten. Soziologische und sozialwissenschaftliche Ansätze versuchen im Zusammenhang mit Abhängigkeit den Einfluss von Werten und Normen zu erfassen. Diese Theorien beruhen auf der Annahme, dass der Konsum, wie jede andere Verhaltensweise, während der

¹ In dieser Arbeit wird durchgängig die männliche Form benutzt, die weibliche Form ist natürlich mitgedacht.

Sozialisation erworben wird und die Kultur das Erleben des Konsums beeinflusst. Im Kontakt mit anderen Personen werden Normen und Werte erlernt, wobei nicht die gesellschaftlichen Vorgaben maßgeblich sind, sondern die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe oder Familie. Damit nehmen die häuslichen Standards und die Wertvorstellungen der Peer Group eine zentrale Rolle ein. Als protektive Faktoren in der Auseinandersetzung mit den Wertvorgaben und Normen erwiesen sich eine große Handlungskompetenz und eine ausgeprägte Identität (Hurrelmann, 1989; Fleming et al., 1998).

Es existieren unterschiedliche Hypothesen, warum insbesondere junge Migranten beginnen, Drogen zu konsumieren. Keiner der folgenden Annahmen ist aber bisher ausreichend empirisch untersucht worden. In der Psychologie und in der Soziologie dominiert der sogenannte Kulturkonflikt bei der Erklärung süchtigen Verhaltens von Migranten. Es wird davon ausgegangen, dass Drogen als Folge frustrierender Erlebnisse, die ein Resultat der widersprüchlichen Anforderungen von Gesellschaft und Familie sind, konsumiert werden. Drogen ermöglichen eine Flucht aus der schwierigen Realität. Eine andere Erklärung geht davon aus, dass der Kulturkonflikt eigentlich nur die soziale Marginalisierung als Erklärungsmöglichkeit überdeckt. Insbesondere junge Migranten sind von Armut, Arbeitslosigkeit und Perspektivlosigkeit betroffen. Eine dritte Erklärung stellt die psychische Instabilität durch den Verlust von protektiven Faktoren dar.

1.2 Übersicht über die Arbeit

Auf den Drogenentzugsstationen von zwei niedersächsischen Landeskrankenhäusern wurden sowohl deutsche Drogenabhängige als auch russischstämmige drogenabhängige Migranten untersucht und hinsichtlich ihres soziodemographischen Hintergrundes, der Entwicklung und Schwere ihrer Abhängigkeit und ihrer Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen miteinander verglichen.

Im theoretischen Teil wird in Kapitel 2 der Stand der Forschung zu ausgewählten Bereichen der Drogenabhängigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Situation von Migranten dargestellt. Im Kapitel 3 wird die Fragestellung expliziert und in Bezug zum theoretischen Teil gesetzt. Die Darstellungen im Methodenteil, Kapitel 4, dokumentieren die Art der Datenerhebung, beschreiben die Stichprobe der Patienten und die verwendeten Materialien, sowie deren statistische Verarbeitung. Kapitel 5 beinhaltet die Ergebnisse, die im Kapitel 6

ausführlich diskutiert werden. Eine abschließende Zusammenfassung und ein Fazit finden sich in Kapitel 7.

2 Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand

2.1 Begriffsbestimmung: Ausländer, Migrant, Spätaussiedler

Die einfachste Definition ist die des Ausländers: *Ausländer* ist, wer kein Deutscher ist.

Als *Migranten* werden Menschen bezeichnet, die nicht im jeweiligen Aufenthaltsland geboren wurden, sowie deren Nachkommen. Für letztere wird auch die Umschreibung „Menschen mit Migrationshintergrund“ benutzt. Unterschieden werden u.a. Emigranten (Auswanderer, Flüchtlinge etc.) und Immigranten (Einwanderer, Gastarbeiter etc.) *Nicht* dazu gehören Menschen, die sich als Touristen, Geschäftsreisende o.ä. nur kurzfristig in Deutschland aufhalten (keinen Wohnsitz haben), oder nur vorübergehend zu Ausbildungszwecken/zum Studium nach Deutschland gekommen sind.

In der ethnologischen Diskussion gilt folgende Begriffsbestimmung: Migration geschieht immer auf freiwilliger Basis; Flüchtlinge verlassen ihr Heimatland dagegen, weil sie durch Notlagen, Vertreibungen usw. dazu gezwungen werden.

Als *Aussiedler* bezeichnete man im Bundesvertriebenengesetz (BVFG) bis zum 31.12.1992 deutsche Minderheiten, die teilweise seit Generationen in Ostmitteleuropa, Osteuropa, Südosteuropa und Asien gelebt haben und nach Deutschland migrieren wollen. Seit dem 01.01.1993 werden alle deutschstämmigen Immigrationswilligen als *Spätaussiedler* bezeichnet (Statistisches Bundesamt 2007; Bundesministerium des Inneren, 2004a).

2.2 Soziodemografische Daten von Spätaussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion

„*Migration*“ umfasst sowohl Zu- als auch Abwanderung und steht für räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes von Individuen oder Gruppen über eine sozial bedeutsame Entfernung (Rühl & Lederer, 2001). Deutschland ist das beliebteste Land für Zuwanderer: In den letzten Jahren nimmt Deutschland bei den absoluten Zahlen der Zuzüge die Spitzenposition unter den europäischen Ländern ein (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2004). In Deutschland repräsentieren Migranten mittlerweile mehr als 12% der Bevölkerung (Razum et al., 2004). Nach dem Krieg sind mehr als vier Millionen deutschstämmige Aussiedler aus den Staaten der ehemaligen UdSSR, Polen und Rumänien in die BRD

immigriert. Besonders seit Beginn der 90er Jahre stiegen die Einreisezahlen schlagartig an und pendelten sich erst in den letzten Jahren – nicht zuletzt aufgrund einer Kontingentierung der Einreisezahlen – auf ca. 70.000 Einreisende pro Jahr ein. Zwischen 1989 und 2005 sind 2.177.167 so genannte Aussiedler - seit dem 1. Januar 1993 offiziell Spätaussiedler genannt - mit ihren Angehörigen aus der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland. Allein zwischen 1990 und 2001 kamen ca. 1,8 Millionen Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion. Durch die „Abwanderungsstimmung“ entstand ein „Sogeffekt“, der zunehmend andere Aussiedler nachzog. Etwa ein Drittel war bei der Einreise junger als 20 Jahre (Bundesministerium des Inneren, 2004b).

Die kollektive Erfahrung der Deportation und der anschließenden Diskriminierungen hat die Deutschen in der vormaligen Sowjetunion, auch diejenigen, die selbst davon nicht mehr betroffen waren, nachhaltig geprägt. Obschon die meisten Deutschen etwa seit den 80er Jahren sozial integriert sind, bleibt für die Erlebnisgeneration und deren Kinder die Furcht vor ethnischen Diskriminierung infolge traumatischer Erfahrungen präsent. Die Zugehörigkeit zur deutschen Minderheit spielte bei vielen Aussiedlern, vor allem in der jüngeren Generation nur eine untergeordnete Rolle und beeinflusste die Sozialisation nicht grundlegend (Dietz, 2003).

Bei der Analyse der Auswanderungsmotive zeigt sich, dass das ideelle, nationale sowie das Motiv der Unterdrückung im Herkunftsland nicht mehr primär ist. Wenn in den siebziger und achtziger Jahren die Ausreise erfolgte, um als „Deutsche unter Deutschen“ zu sein, spielten später die ökonomischen Motive und der Wunsch nach einem gesetzlich geschützten Raum eine immer entscheidendere Rolle (Heidelbrecht, 1998).

Nicht nur die statistische Anzahl, sondern auch die anderen Merkmale haben sich verändert, z.B. im Hinblick auf den Status. Im Jahr 1993 waren 74% der Aussiedler „deutscher Herkunft“, dieser Anteil ging bis zum Jahr 2001 auf 25% zurück. Über drei Viertel aller in den letzten Jahren eingereisten Spätaussiedlerfamilien sind binational (Bundesverwaltungsamt, 2004).

Das Auswanderungshoch aus der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland war in der Zeit der Perestrojka oder Frühpostperestrojka. Damals haben sich die ökonomischen, politischen und sozialen Strukturen des sowjetischen Systems aufgelöst und auf dem Territorium der vormaligen UdSSR haben sich die neuen Nationalstaaten konstituiert. Diese

Umstrukturierungsprozesse wurden von wirtschaftlichen Krisen und ethnischen Konflikten und einer Entidealisierung gesellschaftlicher Wertvorstellungen begleitet. Die postsozialistischen Gesellschaften durchlebten eine tiefe Orientierungskrise. Die früheren formal gültigen Werte, wie z.B. staatliche Autorität und die Orientierung am Kollektiv hatten ihre Gültigkeit verloren (Slepzow, 1993). Es herrschte allgemeine Unsicherheit. Gleichzeitig hat sich die wirtschaftliche und gesellschaftliche Situation in Deutschland in den neunziger Jahren geändert. Die Krise des Sozialstaates verursachte Kürzungen im Bereich der Integrationsförderung. Es herrschte eine höhere Arbeitslosigkeit, was besonders den Sektor unqualifizierter Beschäftigter betraf. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung berichtet, dass Spätaussiedler häufiger als Deutsche und Ausländer arbeitslos und deutlich häufiger als Nichtfacharbeiter und seltener als Facharbeiter oder Angestellte tätig sind (Bundesagentur für Arbeit, 2007). Insbesondere seit Ende der 1980er Jahre ist die Beschäftigungsquote von Spätaussiedlern über die Jahre rückläufig (Europäische Arbeitskräfteerhebung OECD, 2005)

Obwohl die Anzahl der Aussiedler und ihrer mit nach Deutschland eingereisten Angehörigen im Jahr 2004 erneut, wie schon in den vergangenen Jahren, drastisch gesunken ist (59.093 Personen gegenüber dem Höhepunkt der Zuwanderung 1990 mit 397.073 Personen), bleibt das Problem der schwierigen Integration und damit auch der mangelnden psychosozialen Betreuung bestehen (Bundesministerium des Inneren, 2004b; Bundesverwaltungsamt, 2004, Bundesministerium für Gesundheit, 2002).

2.3 Migration und Suchterkrankungen

2.3.1 Suchttheorien

Studien belegen, dass Sucht aus einem multifaktoriellen Gefüge entsteht, welches aus den Komponenten „Mensch“, „Umwelt“ und „Droge“ besteht. Das *Trias-Modell*, das bereits Anfang der siebziger Jahre von Kielholz und Ladewig formuliert wurde (Kielholz & Ladewig, 1973), basiert auf der Annahme, dass Drogenmissbrauch ein Resultat des Zusammenwirkens verschiedener Faktoren in der Person, der Umwelt und der Droge ist. Somit kann dieses Konzept auch als Rahmen gesehen werden, in das eine Vielzahl von Modellen unterschiedlichster Genese eingeordnet werden können. Da das Konzept sehr allgemein gehalten ist, ohne ein explizites Ursachen-, Bedingungs- oder Interaktionsgefüge aufzuzeigen, kann nur aufgelistet werden, welche Variablen den drei Hauptelementen zuzuordnen sind.

Unter dem Faktor Person subsumieren sich sowohl körperliche (z.B. Erbanlagen) als auch psychische Variablen (z.B. Persönlichkeitseigenschaften). Dem Faktor Umwelt zuzuordnen sind soziokulturelle Einflüsse wie z.B. Konsumverhalten, Einstellung gegenüber dem Drogenkonsum, soziale Schichtzugehörigkeit, allgemeine Lebensbedingungen, Familienstrukturen, Arbeitssituation sowie der Einfluss sozialer Gruppen (Nöcker, 1990). Den Faktor Drogen bedingen die spezifischen Wirkungen der Substanzen, die Art und Dauer der Einnahme sowie die Höhe der Dosis. Allzu lange stand hierbei in der wissenschaftlichen Forschung die Komponente „Droge“ im Vordergrund. Da Menschen sich allerdings in ihrem Sozialisationsprozess ihre Umwelt aktiv aneignen und von ihrer Karriere geprägt sind, kommt dem Individuum als Drogenkonsument eine Schlüsselrolle zu. Nicht das einmalige Probieren oder Konsumieren einer psychoaktiven Substanz macht Menschen süchtig, vielmehr bilden sich Persönlichkeitsmerkmale im Sozialisationsprozess aus, die die Entstehung süchtiger Verhaltensweisen begünstigen. Drogenkonsum stellt eine nicht gelungene Balance zwischen innerer und äußerer Realität dar, und somit eine misslungene Sozialisation. Durch den Gebrauch von Drogen versucht ein Individuum diese Balance in ein Gleichgewicht, also innere und äußere Realität in eine Homöostase zu bringen. Im Allgemeinen wird Drogengebrauch als ein nicht adäquater Versuch beschrieben, diese Homöostase herzustellen. Es ist dabei nicht wesentlich, auf welche Droge oder welche süchtigen Verhaltensweisen das Individuum zurückgreift. Denn jeder, der ein solches Verhalten zeigt, sucht nach der für ihn richtigen Substanz. Diese kann Alkohol, Nikotin, aber auch zum Beispiel Haschisch, Kokain oder Heroin sein. Auch nicht stoffgebundene Verhaltensweisen, wie Essen oder Spielen, können zur Sucht werden. Die Dauer und das Ausmaß des Konsums sind entscheidend. Der Gebrauch führt über die Gewöhnung und den Kontrollverlust zur Abhängigkeit.

2.3.2 Sucht bei Migranten

Migration ist ein weltweites Phänomen. Sie hat ökonomische, soziale und politische Hintergründe und es wird in der letzten Zeit immer öfter über medizinische, psychiatrische und auch suchtspezifische Probleme bei Migranten gesprochen. Da sich bei jeder Migration vielfältige Einflüsse (z.B. genetische Vulnerabilität, Persönlichkeit, prämorbidem Funktionsniveau, frühere Stressereignisse, Lebensalter, soziale Schicht, Personenstand, psychosoziales Umfeld) miteinander vermischen, ist es schwierig, den solitären Effekt des Faktors Migration auf die psychische Morbidität zu beurteilen (Kornischka, 2008). Eine Migrationserfahrung kann sowohl Ressource, als auch Risiko darstellen. Der

Migrationsprozess kann generelle Unsicherheit bewirken, indem u.a. sprachliche, kognitive und emotionale Verhaltenweisen in Frage gestellt werden (Collatz, 1999).

Sluzki hat für den Migrationsprozess ein Modell mit universellen Phasen entwickelt (Sluzki 2001). Durch diese allgemeingültigen Phasen gehen alle Migranten, ohne dass die individuelle Migrationsgeschichte in Frage gestellt wird. Er beschreibt fünf Phasen, die durch spezifische Bewältigungsmechanismen charakterisiert sind:

- Vorbereitung der Migration,
- Migration,
- Überkompensation: hoher Grad der Anpassung, Erfüllung der Basisbedürfnisse,
- Dekompensation: Anhäufung von Konflikten, Balanceakt zwischen kulturellen Normen und Werten, Auftreten somatischer und psychischer Beschwerden sowie
- Akkulturation: Anpassung ohne Assimilation (im besten Fall).

Die Migration stellt eine Veränderung von solchem Ausmaß dar, dass die Identität gefährdet ist. Der massive Verlust erfasst die bedeutsamsten und wertvollsten Objekte, dabei sind die Beziehungen und manche Anteile des Selbst vom Verlust bedroht (Grinberg & Grinberg, 1990). Was die durch das Lebensereignis der Migration drohenden gesundheitlichen Folgen betrifft, gibt es „keine kulturspezifischen Erkrankungen oder Störungsbilder. Auf vergleichbare Anlässe, Erlebnisse und Lebenslagen reagieren alle Menschen relativ ähnlich“ (Brucks, 1994, S. 54).

Die Übersiedlung in ein anderes Land gehört in die Kategorie kritischer Lebensereignisse (Filipp, 1990) und theoretische Überlegungen zu Verlauf und Ergebnis akkulturativer Prozesse gründen sich auf Modellen zur Verarbeitung von Stress oder Lebenskrisen (Berry, 1997). Tatsächlich konnte auch gezeigt werden, dass Migranten eine deutlich erhöhte Inzidenz von Stresserkrankungen haben (Machleidt, 2002). Das Migration ein Risikofaktor für eine Suchterkrankung sein kann, gilt mittlerweile als gesichert (Hoffmann, 2006). In einer schwedischen Studie stellten soziale Isolation, schlechte Sprachkenntnisse des Gastlandes, Arbeitslosigkeit und niedriger Kohärenzsinn Risiken für psychiatrische Erkrankungen und den Konsum psychotroper Substanzen dar (Bayard-Burfield et al., 2001). Bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen kommt neben der individuellen Disposition den sozialen Stressfaktoren, beispielsweise der Erfahrung sozialer Isolation oder

sozialen Ausschlusses, eine wichtige Bedeutung zu (Blakey, 1994). Besonders betont wird der Wegfall von ansonsten protektiv wirkenden Faktoren (Boos–Nünning, 1998).

Das Thema Migration und Sucht ist erst in den letzten Jahren in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt. Ob die Gruppe der Aussiedler ebenso wie einheimische Deutsche von Suchtproblemen betroffen oder gar in besonderem Maße gefährdet ist, wird in der Fachliteratur immer noch diskutiert. Auf keinen Fall darf man aber die beiden Begriffe –Sucht und Migration- pauschal miteinander verbinden.

Schätzungen gehen davon aus, dass 5% aller in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund Konsumenten illegaler Drogen sind. Vorallem stammen sie aus der ehemaligen Sowjetunion (Bätz, 2002). Schwierigkeiten bereitet darüber hinaus der Umstand, dass Migranten, die zweifelsohne auch als Ausländer zu bezeichnen sind, formal keine Ausländer, sondern Deutsche sind und folglich äußerst selten als gesonderte Gruppe im empirischen Datenmaterial geführt werden (Czycholl, 2002; Wittig et al., 2004). Vorhanden sind allerdings Schätzwerte, welche die Abhängigkeitsquote der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung auf die Bevölkerungsgruppe der Aussiedler übertragen. So folgert Braun (2001), dass sich ausgehend von einer Quote von 3-5% behandlungsbedürftiger Abhängigkeitskranker in der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung, für die Gruppe der 2,8 Millionen seit 1989 zugewanderten Aussiedler eine Zahl von 84.000–140.000 behandlungsbedürftiger suchtkranker Aussiedler ergibt (Czycholl, 1998).

Eine der wenigen Möglichkeiten der Annäherung an eine Quantifizierung der Suchtproblematik bieten die Statistiken über Todesfälle in Folge von Opiatkonsum. Im Drogen und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung wurde darauf aufmerksam gemacht, dass laut einer Statistik des Bundeskriminalamtes über Todesfälle in der Folge des Opiatkonsums im 1.-3. Quartal 2003 die Zahl der Aussiedler unter den Drogentoten um 25,3% anstieg, während die Zahl der Drogentoten insgesamt um 6,2% sank (Bundesministerium für Gesundheit, 2004). Laut Angaben der Bundesregierung lag im Jahr 2004 der prozentuale Anteil allein von Aussiedlern an den Drogentodesfällen in Deutschland bei 9%, während diese Bevölkerungsgruppe nur ca. 5,4% der Gesamtbevölkerung Deutschlands ausmacht (Bundesministerium für Gesundheit, 2005).

Während sich Suchtprobleme sowohl bei deutschen als auch bei nichtdeutschen Bevölkerungsgruppen finden, zeigt sich ein erheblicher Unterschied in der geringen Inanspruchnahme des deutschen Suchthilfesystems durch Migranten (Penka et al., 2003). Die Mehrzahl der Zuwanderer beginnt erst in Deutschland mit dem Konsum von „harten Drogen“ (Heroin, Kokain). Nur 20% der Aussiedler, die illegalisierte Substanzen konsumieren, taten dies schon im Herkunftsland (Bundesministerium für Gesundheit, 2004).

Beim Verlust von Bekanntem, Freunden, Sprache, Kultur, Beruf und Identität kann eine Schein-Lösung dieser Probleme im Konsum von Suchtmitteln gesucht werden - eine Schein-Beziehung, eine Schein-Sicherheit, eine Schein-Geborgenheit etc. - wird so gefunden (Czycholl, 2002). Auch Afanasiev meint, dass exzessiver Konsum von psychoaktiven Substanzen im Sinne von Verdrängung für eine gewisse Zeit eine Art Scheinlösung für Probleme sein kann, mit dem Nebeneffekt der Sucht (vgl. Afanasiev 2001). Dabei entsteht ein Teufelskreis, in welchem einerseits Integrationsprobleme eine Sucht bedingen und verstärken, andererseits die Sucht Integrationsprobleme bedingt und verstärkt (Miretski & Schmidt, 2000).

Bisher liegen nur wenige stichprobenartige Studien über das Konsumverhalten und die Situation von Aussiedlern und Aussiedlerinnen vor. Surall & Siefen (2002) stellten in ihrer Studie über Prävalenz und Risikofaktoren des Drogenkonsums von jugendlichen Schülern mit türkischem, deutschem und russischem Hintergrund fest, dass sich Aussiedler und Aussiedlerinnen und Deutsche in ihrem Konsumverhalten bezüglich legaler und illegaler/illegalisierter Drogen sehr ähnlich sind. Bei diesen Jugendlichen ist der Konsum von psychoaktiven Substanzen dann erhöht, wenn diese leicht verfügbar sind und für wenig gefährlich gehalten werden.

Bislang existieren bundesweit keine sicheren epidemiologischen Daten über die Suchterkrankungen bei Migranten bzw. Spätaussiedlern. In den letzten Jahren ist eine Zunahme der Suchtproblematik bei Menschen mit Migrationshintergrund zu beobachten. Entgegen der Annahme, dass die Inanspruchnahme der Suchthilfesysteme entsprechend zunehmen müsste, ist weiterhin eine deutlich verminderte Nutzung des Suchthilfesystems durch Menschen mit Migrationshintergrund zu registrieren (Haasen et al, 2001).

2.4 Jugendliche Aussiedler- eine Gruppe mit besonderer Suchtgefährdung

Nach Erikson (1980) drückt der Begriff „Identität“ insofern eine wechselseitige Beziehung aus, als er sowohl ein dauerndes inneres Sicht-Selbst-Gleichsein wie ein dauerndes Teilhaben an bestimmten gruppenspezifischen Charakterzügen umfasst. Schwierigkeiten in der Entwicklung des Individuums können zu gestörten Beziehungen, einer eingeschränkten individuellen Flexibilität und Stabilität der Persönlichkeit und damit auch zur Störung des Anpassungsprozesses führen.

Migration kann als ein Trauma angesehen werden mit der möglichen Folge einer Identitätsdiffusion (Musa & Bebek, 1997). Kinder und Jugendliche, die Migration erleben, erfahren doppelte Belastung, da sie neben dem Entwicklungsauftrag, die neue Welt eines Erwachsenen zu konstruieren, zusätzlich eine Integration in die neue Umwelt bewältigen müssen. Sie haben weniger Reife und Ressourcen, dabei können die Eltern nur bedingt eine Hilfe bei einer neuen Orientierung leisten, weil alle Familienmitglieder durch eigene Integrationsprobleme, Arbeitslosigkeit und Inkompetenz in der neuen Umgebung überfordert sind. Es kommt oft zu Enttäuschungen, weil die illusionären Erwartungshaltungen von Migranten bezüglich materieller Besserstellung und höherem Lebensstandard in Deutschland nicht erfüllt werden können (Schneider, 2004).

Der Zeitpunkt der Migration fällt für die Jugendlichen häufig in die Entwicklungsphase der Ablösung vom Elternhaus und der Ausbildung einer eigenen Identität in der Geborgenheit der Gleichaltrigengruppe. Die Ausreise unterbricht diesen Prozess und die Jugendlichen erleben einen Rückschritt in ihrer Entwicklung. Ist diese Reifungsperiode bei Kindern allgemein schon belastend, so stellen die körperlichen und psychosozialen Veränderungen bei Ausländerkindern häufig eine spezifische Krisensituation dar. Sie sollen im Spannungsfeld ihrer eigenen Herkunftskultur und den Forderungen der Residenzkultur eine einheitliche Identität entwickeln. Dies kann bei den heranwachsenden ausländischen Jugendlichen zu Identitätskrisen führen. Als krankmachend und als Risikofaktor für den Drogenkonsum bei Migranten wird die Migration besonders im Pubertätsalter angesehen (van Bekkum, 1999).

Viele Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund haben schlechtere Startchancen ins Leben, da sie von vornherein über ein geringeres ökonomisches, soziales und Bildungskapital verfügen. Wichtige Faktoren der Vulnerabilität für jugendliche Migranten bestehen nicht nur

aus kulturellen Problemen, sondern können darüber hinaus ein sehr breites Faktorenspektrum umfassen: schulische Misserfolge, geringeren Zugang zu Ausbildungsplätzen, geringere Berufschancen, schlechte Wohnverhältnisse und soziale Randgruppensituation durch Diskriminierung.

Nach Haller (2001) ist vor allem die Identitätsdiffusion, erzeugt durch die Differenzen des Erziehungsverhaltens im Elternhaus und dem Erziehungssystem der schulischen Institution verantwortlich für die Entstehung der „Identitätskrise als Dauerzustand“. Zu den Auswirkungen des Identitätskonfliktes gehören die innerfamiliale Rollenverunsicherung, das zunehmende Versagen bei schulischen Leistungen und den dadurch bedingten geringeren Berufsausbildungschancen. Migration- und Integrationsprozesse werden von individuellen Bewältigungsstilen beeinflusst. Die positiven Einstellungen ihrer Eltern zur Migration können Kinder oft nicht teilen. In der Vorbereitungsphase erfolgt bereits eine innere Auswanderung aus der Familie, ihren Normen und Sichtweisen. Sie verfügen stattdessen aber nicht über eigene, selbst entwickelte Formen der Selbstrepräsentanz. Sie emigrieren dann in eine für sie neue Welt mit einem für sie neuen Orientierungssystem, ohne dass sie selbst eine eigene Orientierung besitzen (Macek, 2002).

Jugendliche Aussiedler gelten als eine Zuwanderungsgruppe, die in der Schule, im Beruf und im sozialen Zusammenleben deutliche Probleme bei der Integration hat. Viele junge Migranten konnten an ihre mitgebrachte Schulbildung nicht mehr anknüpfen, um danach eine Berufsausbildung anzufangen. Die jugendlichen Aussiedler waren in den allermeisten Fällen in ihren Herkunftsländern sozial integriert, manchmal nahezu assimiliert. Sie wuchsen mit der russischen Sprache, der russischen Alltagskultur und den Verhaltensnormen der postsowjetischen Gesellschaften auf. Ethnische Diskriminierungen aufgrund ihrer deutschen Abstammung haben nur die wenigsten jungen Aussiedler erlebt, das beeinflusste nicht ihre Sozialisation (Dietz, 1998). Aussiedlerjugendliche haben kollektivistische Erfahrungen gemacht. Für sie ist die Anerkennung in der Gruppe von großer Wichtigkeit, denn der Wertekodex der sozialistisch geprägten GUS-Staaten orientiert sich eher an kollektivistischen Einstellungen wie Pflicht, gegenseitiger Hilfe, Unterstützung und Sicherheit. Diese Werte haben die Aussiedlerjugendlichen und ihre Familien nach Deutschland mitgenommen (Lantermann & Hänze, 1999).

Die Gruppe der (einheimischen) Gleichaltrigen, die in dieser Entwicklungsphase eine besonders wichtige Rolle spielt, bringt den jungen Aussiedler oft Ablehnung entgegen. Sie werden als Fremde wahrgenommen, erleben häufig den alltäglichen Rassismus. Die Entstehung von segregierten Wohnvierteln bis hin zu regelrechten Ghettos beeinträchtigt oder verhindert den interkulturellen Austausch. Zudem kann eine räumliche Konzentration von Fremden bei der einheimischen Bevölkerung ein Gefühl des Bedrohtseins hervorrufen, was wiederum die soziale Distanz verstärkt (Anhut & Heitmeyer, 2000). Aussiedlerjugendliche werden nicht selten von der einheimischen Bevölkerung, trotz ihrer deutschen Staatsangehörigkeit, als "Russen" bezeichnet, ein Stigma, das sie in ihren Herkunftsländern genau entgegengesetzt erleben mussten. Gerade bei der so genannten "Postperestroika-Generation", die sich mit dem Deutschtum der älteren Generation kaum noch identifizieren kann, kommt nun das Wechselspiel von Ethnisierung und Selbstethnisierung zum Tragen. Sie bezeichnen sich jetzt stolz selbst als "Russen".

Das Bewusstsein, zu einem Kollektiv zu gehören, wird erst dann bedeutsam, wenn andere Kollektive auftauchen, die als „fremd“ empfunden werden (Ladmiral & Lipiansky, 2000). Daraus kann sich in Form des "Selflabeling" eine Identifizierung mit dem Stigma der rassistischen Zuschreibungen ergeben, die negativen Bilder werden in dem Selbstkonzept internalisiert. Aus der Schwäche wird Stärke zur Selbstbehauptung gezogen. Die Entstehung von „Parallelgesellschaften“ wird psychologisch mit der Notwendigkeit begründet, die Belastungen der Migration zu mildern und durch die „passende“ Umgebung den Prozess neuer Identitätsbildung, neuer Konstruktion psychosozialer Wirklichkeit vorzubereiten (Barth & Czychol, 2005). Nach der Theorie der Sozialen Identität von Tajfel und Turner ist grundlegend davon auszugehen, dass Individuen eine positive soziale Identität anstreben, die sie aus für sie vorteilhaften Gruppenvergleichen und einer Eigengruppenfavorisierung gewinnen. Die Grundlagen der Zugehörigkeit zur Eigengruppe werden schon während der primären Sozialisation geschaffen, somit gleichsam fest im Bewusstsein der Individuen verankert und gelten von daher per se als normal (Tajfel & Turner, 1986). Zudem erzeugen die Gratifikationen, wie Sicherheit, Geborgenheit und Wärme, die die Eigengruppe anbietet, eine so genannte „In-Group-Loyalität“ (Steinbach, 2004).

Daher suchen die Deutschrussen stark nach der verlorenen Gruppenzugehörigkeit. Nicht nur bessere sprachliche Kommunikation, sondern auch das Bedürfnis nach Austausch und Verständnis, der Wunsch nach gegenseitiger Unterstützung und das Streben nach Sicherheit

und Geborgenheit bindet sie wieder in die "eigenkulturellen Gruppen". Das gilt sowohl für Erwachsene als auch für Jugendliche. In den Gruppen leben sie nun weiter das Gewohnte, das Bekannte–ihre bisherige kulturbedingte Lebensform. Die beschriebenen Integrationsprobleme werden von den Jugendlichen kollektiv wahrgenommen. Alle machen ähnliche Erfahrungen und definieren sich so als Gruppe und Schicksalsgemeinschaft. Neben der verbindenden Muttersprache bietet die "Clique" bzw. die "Gang" Schutz gegen die als fremd empfundene Außenwelt.

Mangelnde Lösungsstrategien und fehlende soziale Kompetenzen bei belastenden sozialen und psychischen Problemkonstellationen führen zum Rückzug in die russischsprachige Szene, wobei viele Migranten sich „abweichenden Gruppierungen“ anschließen (Schneider, 2004). Die Subkultur dient dabei als Orientierungspunkt. So neigen Aussiedlerjugendliche eher als ihre deutschen Altersgenossen dazu, Probleme auf informellem Wege selbst zu regeln – im Positiven, wie im Negativen: Einfache Konflikte mit den Eltern, der Schule, aber auch untereinander können in den körperbetonten Jungencliquen unter Gleichgestellten diskutiert und Lösungen gefunden werden, diese Gruppen können jedoch auch zu abweichendem Verhalten wie erhöhtem Alkohol- und Drogenkonsum und nicht zuletzt zu einer erhöhten Gewaltbereitschaft im Umgang mit Problemlagen verleiten (Strasser & Zdun, 2003). Die kompensatorische Funktion dieser Verhaltensweisen besteht dabei einerseits in der spontanen Verbesserung des Wohlbefindens, durch das Herbeiführen eines rauschhaften Zustands und andererseits in der sozial wirksamen Zurschaustellung des Verhaltens mit dem Ziel der sozialen Anerkennung und der Erhöhung des sozialen Status. Streng genommen stellt Suchtverhalten bei Migranten eine destruktive Copingstrategie dar. Drogenkonsum erhält sinn- und identitätsstiftende Funktionen, die eine psychosoziale Stabilisierung im Cliquenkontext bewirken (kann). Der gemeinsame Drogenkonsum hat dort die Funktion eines identitätsstiftenden Rituals (Schwichtenberg & Weig, 1999).

Viele Spätaussiedler haben laut eigener Auskunft das erste Heroin von russisch sprechenden Personen erhalten bzw. angeboten bekommen (Bundesministerium für Gesundheit, 2004). Schneider (2004) spricht in diesem Kontext von „sozialer Infektion“. Rauschmittelabhängigkeit ist eben deshalb im Zusammenhang migrationspezifischer Integrationsprobleme eine besonders nahe liegende Symptombildung, weil sie in der Wirkung der Mittel Scheinlösungen für diese Probleme bietet (Schein-Beziehung, Schein-Sicherheit, Schein-Geborgenheit usw.), zugleich jedoch genau diese Probleme drastisch verstärkt, sie

unübersehbar deutlich macht. Rauschmittelsucht ist die Symptombildung, die die migrationspezifische Problematik zu symbolisieren vermag

2.5 Suchtentwicklung und Konsummuster

Ein für die Jugendphase typisches Problem, das jegliche staatliche und nationale Grenzen überschreitet, ist der Umgang mit Sucht erzeugenden Substanzen. Zum Konsummuster bei den drogenabhängigen Spätaussiedler gibt es bisher nur sehr wenige Studien. Repräsentative Befragungen zeigen, dass junge Migranten mit allen Substanzen (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen, Medikamente) weniger Erfahrungen haben und aktuell weniger konsumieren als deutsche Jugendliche (Lorenzen et al., 2003; Dill et al., 2002; Strobl & Kühnel, 2000).

In einer in Nordrhein-Westfalen durchgeführten empirischen Studie von Strobl und Kühnel stellten die Autoren fest, dass Aussiedlerjugendliche beim Konsum von Alkohol und illegalen Drogen signifikant niedrigere Werte als einheimische Deutsche aufwiesen. Die Problematik des Drogenkonsums junger Aussiedler ist weniger an der Wahl bestimmter Suchtmittel, sondern vielmehr an der Art und Weise ihres Gebrauches festzumachen (Strobl & Kühnel, 2000). Anders als bei Strobl und Kühnel (2000) zeigte sich in einer von Boos-Nünning durchgeführten Studie, dass sich Aussiedler und einheimische deutsche Jugendliche in ihren Konsummustern sehr ähnlich waren. Immerhin schienen in beiden Arbeiten die Aussiedler in ihren Konsummustern zumindest nicht auffälliger zu sein und zum Teil sogar weniger zu konsumieren als die einheimischen Deutschen (Boos-Nünning et al., 2002).

Bei einer Untersuchung von opiatabhängigen Patienten unterschiedlicher Ethnizität wurde festgestellt, dass von den deutschen Patienten ohne Migrationshintergrund 36,1% zusätzlich Alkohol konsumierten, 51,9% Cannabis, 29,0% Kokain und 60,4% Benzodiazepine. Der Alkoholkonsum ist bei Aussiedlern mit 11,9% deutlich niedriger. Aussiedler haben außerdem einen geringeren Beikonsum von Cannabis (35,2%) und Benzodiazepinen (33,4%) (Lorenzen et al., 2003). Einer der entscheidenden äußeren Faktoren bei der Entwicklung einer Abhängigkeit ist der Zeitpunkt des Konsumbeginns. Ein früher Konsumbeginn führt besonders häufig zu einer Abhängigkeitsentwicklung (Robins & Pryzbeck, 1985). Ein früher Einstieg in den intravenösen Konsum (Haasen, 2005) und ein Mangel an einem angemessenen Risiko- und Problembewusstsein bei russischsprachigen Drogenkonsumenten, die häufiger „needle-sharing“ in Kombination mit oft exzessivem und wesentlich riskanterem (Misch-

)Konsum bei polyvalenten Gebrauchsformen praktizieren, bedeuten ein deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko im Vergleich zu deutschen Drogenkonsumenten (Bätz, 2002).

2.6 Krankheitsmodelle und Bewältigungsstrategien

Die verschiedenen Belastungen werden durch personale Ressourcen wie den Verarbeitungsstil von Belastungen und durch die Handlungskapazitäten einer Person und durch soziale Ressourcen wie z.B. das unterstützende Netzwerk aufgefangen und verarbeitet. Der Begriff „soziales Kapital“ wurde in den letzten Jahren aus der amerikanischen Forschung übernommen und beschreibt in Abgrenzung zu den ökonomischen Ressourcen die sozialen Ressourcen einer Person, die für die soziale Integration und Stellung bedeutsam sind (Mielck & Bloomfield, 2001).

Ein Begriff, der sich ausschließlich auf die individuelle Ebene bezieht, ist der der „psychologischen Adaptation“. Psychologische Adaptation ist definiert als der Prozess, durch den ein Individuum seine psychologischen Merkmale, seine (soziale) Umwelt oder die Häufigkeit von Kontakten verändert. Sie hat das Ziel, eine bessere Anpassung an das soziale System, in dem das Individuum lebt, zu erreichen. Welche Adaptationsstrategie ein Individuum einsetzt und welche Ergebnisse mit seiner Strategie erzielt werden, hängt von vielen Faktoren, die mit dem Individuum und mit der neuen Gesellschaft zu tun haben, ab. Adaptationsprozesse können nach Berry positive oder negative Begleiterscheinungen und Auswirkungen aufweisen und sich einerseits in Wohlbefinden und Gesundheit ausdrücken, aber auch in Störungen und Krankheiten manifestieren (Berry, 1994; 1998).

In einer Gesellschaft mit verschiedenen Kulturen existieren immer auch daran gekoppelte unterschiedliche kulturelle Gesundheitskonzepte. Gesellschaftliche Gruppen neigen dazu, ihre Werte- und Einstellungssysteme zu festigen und sich gegenüber äußeren Einflüssen abzuschotten (Hull, 1979; Bermejo, 1997). Kleinman entwickelte das Konzept der „Erklärungsmodelle“, wonach je nach kultureller Orientierung, bestimmte Symptome gesellschaftlich werden, während andere Wahrnehmungen und Beschwerden als unwichtig oder inakzeptabel negiert werden. Solche Erklärungsmodelle werden zwar jeweils individuell gestaltet, sie zeigen jedoch wichtige Gemeinsamkeiten bei Menschen aus bestimmten gesellschaftlichen Gruppierungen und Kulturen (Kleinmann, 1980; Penka, 2004; Krieg et al., 2002).

Das Konsumverhalten steht in einem engen aber komplexen Zusammenhang mit der Risikowahrnehmung der Konsumenten. Die Jugendlichen schätzen solche Risiken, welche von ihrem eigenen Konsumverhalten ausgehen, generell geringer ein als das Risiko für Menschen im Allgemeinen (Ulrich-Kleinmanns et al., 2008). Eine verminderte Risikowahrnehmung kann einen Prädiktor für zukünftigen ungünstigen Drogengebrauch darstellen, andererseits ist es aber auch möglich, dass Drogengebrauchserfahrungen die Risikowahrnehmung verändern (Tossmann & Pligrim, 2001). Eine Untersuchung von Heiman und Kollegen (2007) ergab, dass die jugendlichen Aussiedler im Gegensatz zu Einheimischen Begriffe, die einen Kontrollverlust durch Drogenabhängigkeit charakterisieren, als irrelevant im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen betrachten. Das Kontrollgefühl, das sich die Jugendlichen selbst zuschreiben, birgt die Gefahr einer Überschätzung der eigenen Kräfte und Möglichkeiten, so dass Hilfseinrichtungen gar nicht oder zu spät aufgesucht werden (Heiman et al., 2007). Abhängigkeit ist mit Schwäche verbunden und gehört bei den jungen Spätaussiedlern nicht zum anzustrebenden männlichen Idealbild. Aber nicht nur das importierte Männlichkeitsbild, sondern auch gerade der Orientierungsverlust bei der Ausreise und die schwierige Migrationssituation, die mitunter mit Desintegrationserfahrungen verbunden ist, führen zu Verunsicherungen und Frustrationen bei vielen Aussiedlerjugendlichen, die dann bisweilen von jungen Männern mit einer übertriebenen Männlichkeitsdarstellung kompensiert werden (Hübner, 2003).

Es besteht bei Spätaussiedlern ein hohes Misstrauen gegenüber dem Drogenhilfesystem, da es mit Behörden und Ämter gleichgesetzt wird und als die „Strafmacht“ verstanden wird. Traditionell wird Sucht als „Schwäche“ oder „Moralische Verfehlung“ und nicht als Krankheit bewertet. Probleme zu haben gilt als Privatsache. Beratende Institutionen im westlichen Sinne waren im Herkunftsland nicht üblich, Hilfe war mit staatlicher Kontrolle verbunden. So konnte man sich nur auf die eigene Familie und seine Freunde verlassen. Deswegen wird zuerst ein Versuch unternommen, das Problem innerhalb der Familie zu lösen. Häufig besteht ein irrationales und kontraproduktives Verhalten im Umgang mit dem Drogenhilfesystem. Drogenhilfe wird mit ärztlicher Hilfe gleichgesetzt. Es besteht die unrealistische Erwartungshaltung, die Drogenhilfe sei in der Lage, sofort von der Sucht zu heilen (Haasen, 2005; Köhler, 2003). Zudem stehen Spätaussiedler psychosozialen oder psychotherapeutischen Hilfsangeboten oft ablehnend gegenüber (Ditte et al., 2006).

Unterschiede in der Motivation zwischen russischen Aussiedlern und „Einheimischen“ fanden sich auch in einer internationalen Untersuchung. Im Rahmen einer israelischen Studie wurde festgestellt, dass „gesund zu werden“ die Grundlage für die Entwöhnungstherapie bei 34% der Migranten, jedoch bei 57% der Einheimischen war (Isralowitz, 2004).

3 Fragestellung

Auch wenn genaue Zahlen über das Ausmaß der Drogenabhängigkeit unter den Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion fehlen, so kann angenommen werden, dass die Anzahl der drogenabhängigen Aussiedler prozentual zum Anteil aller Aussiedler an der Gesamtbevölkerung in Deutschland höher liegt als der Prozentsatz der deutschen Drogenabhängigen (Bundesministerium für Gesundheit, 2005). Es handelt sich hierbei also von dem Vorkommen her um eine relevante Bevölkerungsgruppe. Spezielle Untersuchungen an drogenabhängigen Migranten sind eher selten, wohl auch, weil der Zugang zu dieser Gruppe oftmals schwierig ist und sie vom Suchthilfesystem nicht oder erst sehr spät erreicht wird.

In diese Studie wurden Aussiedler ebenso wie eine Vergleichsgruppe deutscher Drogenabhängiger aufgenommen. Dieser Ansatz bietet sowohl die Möglichkeit, explorativ spezifische Aspekte der Sucht bei Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion zu eruieren, als auch die beiden Gruppen (Migranten – Deutsche) miteinander zu vergleichen.

Fragestellungen:

- 1 Gibt es migrations- und kulturellbedingte Unterschiede in Bezug auf die soziale Integration (Schulbildung, Berufsbildung, Arbeitsbeschäftigung usw.) zwischen Migranten und Deutschen?
- 2 Zeigen Migranten und Deutsche Differenzen in ihrer Suchtentwicklung und ihrem Konsummuster? Möglicherweise sind diese Differenzen durch die Unterschiede in Bezug auf mitgebrachte Kulturtechniken, Krankheitsmodelle, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen zu erklären.
- 3 Ist die Schwere der Abhängigkeit von dem Suchtmittel von Migrationsbedingungen und dem Akkulturationsstress abhängig?
- 4 Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Konsummuster, den Krankheitsmodellen und migrationspezifischen Effekten? Es wird damit gerechnet, dass durch spezielle kulturelle

Einflüsse unterschiedliche Krankheitsmodelle bei den deutschstämmigen und russischstämmigen Drogenabhängigen entstanden sind.

- 5 Erhöht die Migration im jungen Alter das Risiko eines problematischeren Suchtverlaufs und ist diese Untergruppe der drogenabhängigen Migranten besonders gefährdet?

4 Material und Methoden

Die Untersuchungen wurden an zwei Kliniken durchgeführt. Das Klinikum Warendorff ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie der Vollversorgung mit Aufnahmeverpflichtung für den regionalen Sektor sowie überregionale Versorgung bei Bedarf. Es werden dort alle in der Erwachsenenpsychiatrie vorkommenden Krankheitsbilder behandelt. Der klinische Bereich besteht aus 3 Fachabteilungen: Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin. Die Behandlung von Patienten mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen findet auf einer fakultativ geschlossenen Station „Klinik im Park II“ statt. Die Station verfügt über 16 Betten.

Das Niedersächsische Landeskrankenhaus Hildesheim ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie. Es verfügt über Funktionsbereiche für Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Psychotherapie, Suchtmedizin, Maßregelvollzug und über eine Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Patienten mit illegaler Suchtmittelproblematik werden auf den Stationen 83 und 84 behandelt. Jede Station verfügt über 12 Betten.

Die Drogenentzugsstationen beider Kliniken arbeiten nach einem niederschweligen Aufnahmekonzept. Die Patienten werden hauptsächlich nach Voranmeldung aufgenommen, notfallmäßige Aufnahmen sind möglich. In der Regel ruft der Patient selbst an und kann, unter Maßgabe eines freien Bettes, sofort aufgenommen werden. Wartezeiten über 1-2 Tage hinaus sind eher selten. Die Aufnahme ist an keine Voraussetzung gebunden. Die Länge der qualifizierten Entgiftung richtet sich nach den Behandlungszielen. Je nach dem klinischen Zustand und der aktuellen medizinischen und sozialen Situation jedes Patienten werden Kriseninterventionen, Beikonsumentgiftungen und Entzugsbehandlungen als Vorbereitung einer Langzeittherapie durchgeführt.

4.1 Stichprobenselektion

Die Stichprobe wurde sukzessive zusammengestellt. Es wurden Patienten, die aus der ehemaligen Sowjetunion kamen und stationär auf einer der beiden Drogenentzugstationen behandelt wurden, mit einem standardisierten Fragebogen untersucht. Zusätzlich zu der Stichprobe der Migranten wurde eine Gruppe deutschstämmiger Patienten befragt. Die

Patienten wurden über die Studie aufgeklärt und gaben ihr Einverständnis. Bei allen Patienten lag als Erstdiagnose eine Opiatabhängigkeit vor, teilweise mit multiplen Substanzgebrauch. Um die Vergleichbarkeit von Deutschen und Migranten zu gewährleisten, wurde darauf geachtet, dass beide Gruppen eine möglichst identische Altersverteilung aufwiesen.

Die Befragung erfolgte face-to-face und wurde in deutscher und russischer Sprache vom Autor selbst durchgeführt, was in Bezug auf die Herstellung einer natürlichen Gesprächssituation Vorteile mit sich brachte. Ungenügende Deutschkenntnisse der befragten Aussiedler wurden nicht als Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Untersuchung gehandhabt. Die Bedeutungen von Begriffen und semantischen Kontexten wurde voll erfasst oder durch Konnotationen in beiden Sprachen (Russisch und Deutsch) präsentiert.

Insgesamt wurden im Klinikum Warendorff 89 Patienten und in der Klinik Hildesheim 18 Patienten, also insgesamt 107 drogenabhängige Personen befragt. Lediglich sieben weibliche Patientinnen konnten rekrutiert werden. Aufgrund der geringen Anzahl weiblicher Studienteilnehmer wurden diese aus den Analysen ausgeschlossen, so dass sich die Ergebnisse auf die Stichprobe der männlichen Migranten und der deutschen Vergleichsgruppe beziehen.

4.2 Instrumentarium

Die Erhebung der Daten erfolgte in der Regel in der ersten Woche der Entgiftung. Die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Untersuchung war ein ausreichend stabiler Zustand der Patienten. Diese durften weder akut intoxikiert noch stark entzückt sein. Der Fragebogen umfasste mehrere standardisierte Erhebungsinstrumente zum Substanzkonsum, der Schwere der Abhängigkeit, zu den Auswirkungen der Akkulturation und zu Krankheitsmodellen. Alle Fragebögen befinden sich im Anhang.

4.2.1 Substanzkonsum

Der Substanzkonsum wurde mit einer modifizierten Form der Sektion B des „Maudsley Addiction Profile (MAP)“ erfasst. Es werden das Konsumverhalten in den letzten 30 Tagen vor dem stationären Aufenthalt, das Alter bei Erstkonsum und weitere therapierelevante Ereignisse und suchtttherapeutische Ziele erfasst (Marsden et al., 1998).

4.2.2 Schweregrad der Abhängigkeit

Die Schwere der Abhängigkeit wurde mit der deutschen Übersetzung der „Severity of Dependence Scale (SDS)“ untersucht. Die SDS-Skala ist ein relativ kurzes Instrument und umfasst lediglich fünf Fragen zum Drogenkonsum (Gossop et al., 1995; 1997). Die Skala erfasst das Abhängigkeitserleben von Konsumenten illegaler Substanzen. In der Abkehr vom biologischen Abhängigkeitsmodell, das die Toleranzentwicklung und das Auftreten von Entzugssymptomen zur Beurteilung der Abhängigkeitsausprägung fokussiert, wird bei dieser Skala die psychologische Komponente der Abhängigkeit operationalisiert. Die Items erfassen den Kontrollverlust, die Besorgnis über den Konsum sowie einen möglichen Aufhörwunsch, d.h. die Kompulsivität des Gebrauchs der Substanz. Kaye und Darke (2002) berichten, dass ein Wert von drei oder mehr Punkten im SDS am besten zwischen Gruppen mit und ohne DSM-IV Kokainabhängigkeit diskriminiert.

4.2.3 Aspekte der Migration

Allen Patienten wurde ein Fragebogen mit soziodemographischen Daten vorgelegt (Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohn- und Berufssituation etc.), die sowohl von den Migranten als auch von den deutschen Patienten beantwortet werden konnten. Die biographischen und migrationsspezifischen Aspekte wurden mit einem Fragebogen erhoben, der von der Arbeitsgruppe Migrationsforschung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg entwickelt wurde (Haasen et al. 2007; 2008). Dieser Fragebogen wurde in Anlehnung an den AMDP-Basisfragebogen und vorliegende migrationsspezifische Fragebögen konzipiert (AMDP, 1995; Kuhlmann, 1995; Collatz, 1995; Zarifoglu & Zeiler, 1995).

4.2.4 Akkulturations-Stress-Index

Die Auswirkungen der Akkulturation wurden mit dem „Akkulturations-Stress-Index“-Fragebogen untersucht. Die deutsche Version des in den USA von Nicassio et al. (1986) entwickelten Akkulturations-Stress-Index (ASI) stellt eine Möglichkeit dar, die migrationsspezifischen Schwierigkeiten zu messen. Dieser Fragebogen enthält 20 Fragen mit einer dichotomen Antwortmöglichkeit (ja –nein).

In Felduntersuchungen bei verschiedenen Migrantengruppen – afghanischen, mongolischen und iranischen Migranten sowie Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion – als auch in klinischen Untersuchungsgruppen zeigte sich eine statistisch signifikante Korrelation zwischen dem Akkulturationsstress und der psychischer Belastung, vor allem in Bezug auf Depressivität (Haasen et al., 2007; 2008).

4.2.5 Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

Der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) von Krampen ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und erfasst das mehrdimensionale Persönlichkeitskonstrukt der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1991). Es werden verschiedene Handlungsmöglichkeiten einer Person ausgewertet. Es handelt sich dabei um das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und Kontrollüberzeugungen, d.h. ob sich die Person in neuartigen, schwierigen und mehrdeutigen Situationen als handlungsfähig erweist, sie allenfalls als verfügbar erlebt oder abhängig ist von äußeren Handlungssituationen, um eigene Handlungsziele zu erreichen. Der Fragebogen fokussiert auf Kontrollüberzeugungen als generalisierte Erwartungen einer Person über Situationen hinweg. Diese Überzeugungen werden als bestimmend angesehen, ob eine Person Lebensereignisse beeinflussen kann (internal) oder nicht (external).

Der FKK basiert auf dem von Krampen vorgelegten handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit HPP (Krampen, 1982; 1987)

Dieses integriert drei Bausteine:

1. das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und die daraus abgeleiteten Kompetenzerwartungen,
2. die persönlichen Kontrollüberzeugungen mit den entsprechenden Kontingenzerwartungen für Handlungsergebnisse und Ereignisse, sowie
3. das zur Verfügung stehende instrumentelle Niveau zur Erreichung von Lebenszielen.

Der Fragebogen erfasst Ausprägungen und Richtungen von Selbstkonzept, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen hinsichtlich zukünftiger Ereignisse und Handlungen, die internal oder external attribuiert sein können. Dem Konzept entsprechend sollen aufgrund der Testdiagnose Vorhersagen von Handlungs- bzw. Verhaltenstendenzen sowie Erlebnisprozessen möglich sein.

Die vier Primärskalen des FKK basieren auf jeweils acht Items und sind nicht nur konzeptuell, sondern auch auswertungstechnisch voneinander unabhängig.

Primärskalen:

- FKK-SK: Selbstkonzept eigener Fähigkeiten
- FKK-I: Internalität (in generalisierten Kontrollüberzeugungen)
- FKK-P: Soziale Externalität („powerful others control“)
- FKK-C: Fatalistische Externalität (“chance control”)

Aus diesen Primärskalen sind zwei direkt abhängige Sekundärskalen und eine Tertiärskala abgeleitet. Die *Sekundärskalen* repräsentieren zwei globalere Aspekte der selbstbezogenen Kognition.

- FKK-SKI: Selbstwirksamkeit
- FKK-PC: Externalität

Die *Tertiärskala* wird aus der Differenz zwischen SKI und PC gebildet, umfasst somit alle 32 Items des Fragebogens und ist als eine globale bipolare Dimension der generalisierten Kontrollüberzeugung konzipiert..

- FKK-SKI-PC: Internalität versus Externalität

Die inhaltliche Bedeutung hoher und niedriger Werte der FKK-Skalen wurden von den Autoren ausführlich beschrieben.

FKK-Skalen	Niedrige Werte	Hohe Werte
SK	<ul style="list-style-type: none"> - selbstunsicher - passiv, abwartend - ideenarm - kennt wenig Handlungsalternativen 	<ul style="list-style-type: none"> - selbstsicher - aktiv, tatkräftig - ideenreich - kennt viele Handlungsalternativen
I	<ul style="list-style-type: none"> - bestimmt kaum über wichtige Ereignisse im Leben - sieht Erfolge wenig abhängig von eigener Anstrengung und persönlichem Einsatz 	<ul style="list-style-type: none"> - bestimmt selbst über wichtige Ereignisse im Leben - sieht Erfolg als abhängig von eigener Anstrengung und persönlichem Einsatz
P	<ul style="list-style-type: none"> - ist emotional wenig vom Verhalten anderer abhängig - relativ frei von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - ist emotional stark vom Verhalten anderer abhängig - häufig Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit
C	<ul style="list-style-type: none"> - ist nicht schicksalsgläubig - Glück spielt für Erfolg eine geringe Rolle - ist rational 	<ul style="list-style-type: none"> - ist sehr schicksalsgläubig - Erfolg hängt vom Glück ab - ist wenig rational
SKI	<ul style="list-style-type: none"> - geringes Selbstbewusstsein - passiv und abwartend - ratlos in neuen und mehrdeutigen Situationen 	<ul style="list-style-type: none"> - hohes Selbstbewusstsein - aktiv und handlungsfähig - ideenreich in neuen und mehrdeutigen Situationen
PC	<ul style="list-style-type: none"> - geringes Gefühl der Abhängigkeit äußeren Einflüssen - geringer Fatalismus - wenig konform, unabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> - starkes Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen - hoher Fatalismus - eher konform, sozial abhängig
SKI-PC	<ul style="list-style-type: none"> - externale Kontrollüberzeugungen - hohe Fremdbestimmung - eher passiv, abwartend 	<ul style="list-style-type: none"> - internale Kontrollüberzeugungen - geringe Fremdbestimmung - eher aktiv, handlungsorientiert

Auch nach Einschätzung von Brähler et al. (2002) weisen alle Studien auf eine ausreichend hohe Validität des Verfahrens hin. Kanning & Holling (2002) heben hervor, dass Kontrollüberzeugungen nicht als „gut“ oder „schlecht“ zu bewerten seien. Es sei daher sinnvoll, für die jeweilige Gruppe individuelle Profile zu ermitteln, welche dann als Richtlinien für die Bewertung der Resultate dienen können.

4.3 Statistische Auswertung

Die gesammelten Daten wurden mit Hilfe von statistischen Verfahren ausgewertet. Nominalskalierte Daten wurden mittels Chi-Quadrat-Test auf signifikante Unterschiede untersucht. Intervallskalierte Daten wurden im Zweifelsfall mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung überprüft, danach wurde zum Mittelwertsvergleich ein T-Test oder eine ANOVA herangezogen. Um die Enge von Zusammenhängen zwischen Merkmalen zu erfassen, wurden Korrelationstechniken angewendet. Das Signifikanzniveau wird bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% angesetzt und jeweils angegeben. Die statistische Bearbeitung erfolgte mit dem Statistik-Programm SPSS, Version 10.

Fehlende Daten wurden nicht durch statistische Verfahren ersetzt, sondern gingen als fehlend in die Analysen ein. Daher kommt es in seltenen Fällen zu einer von der tatsächlichen Patientenzahl abweichenden Stichprobengröße. Bei der Durchführung mehrerer Tests an identischen Daten ist die Wahrscheinlichkeit, sich irrtümlich gegen die Nullhypothese zu entscheiden, erhöht. Zur Absicherung gegen ein fälschlicherweise signifikantes Ergebnis ist eine Alpha-Fehler-Adjustierung, üblicherweise eine Bonferoni-Korrektur möglich, die jedoch eher zu konservativ ausfällt und zudem von orthogonalen, d.h. voneinander unabhängigen Einzeltests ausgeht. Hierbei wird die Irrtumswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von der Anzahl der Einzelvergleiche neu festgesetzt. Auf eine Alpha-Fehler-Adjustierung wurde in der vorliegenden Arbeit verzichtet, da davon ausgegangen werden kann, dass die einzelnen Tests nicht perfekt voneinander unabhängig sind und die Arbeit einen deskriptiv-explorativen Charakter hat.

5 Ergebnisse

5.1 Soziodemographische Beschreibung des Patientenkollektivs

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf insgesamt 100 männliche Patienten. Hiervon sind 49 Patienten Deutsche und 51 Patienten sind Migranten.

Wie die Tabelle 1 zeigt, unterscheiden sich die Migranten und die Deutschen in einigen wenigen, jedoch zentralen soziodemographischen Merkmalen voneinander.

Tabelle 1: Soziodemographische Basisdaten der Patienten (N=100)

Merkmal (Mittelwert, Prozent)	Migranten (n=51)	Deutsche (n=49)	
Alter, Jahre	28,1	29,8	t=1,7; p=0,09
Herkunftsort			$\chi^2=6,23$; p=0,04
Großstadt	45,1%	4,5%	
Kleinstadt	25,5%	46,9%	
Dorf	29,4%	28,6%	
Familienstand, ledig	58,8%	89,8%	$\chi^2=12,46$; p<0,000
aktuelle Partnerschaft	45,1%	44,9%	$\chi^2<0,00$; p=0,98
Anzahl Kinder	0,55	0,33	t=1,61; p=0,11
Schulbildung			
keine	5 (9,8%)	4 (8,2%)	
Sonderschule	1 (2,0%)	3 (6,1%)	
Hauptschule	28 (54,9%)	28 (57,1%)	
Realschule	15 (29,4%)	12 (24,5%)	
Gymnasium	2 (4,0%)	2 (4,1%)	
Beruf erlernt	37,3%	55,1%	$\chi^2=3,20$; p=0,07
berufliche Situation, arbeitslos	80,4%	87,8%	$\chi^2=1,0$; p=0,42
Strafanstalt, ja (in Deutschland)	60,8%	79,6%	$\chi^2=4,21$; p=0,04

Trotz der Bemühungen, den Migranten eine altersvergleichbare deutsche Stichprobe zuzuordnen, sind die deutschen Drogenabhängigen im Durchschnitt 1,7 Jahre älter. Die

drogenabhängigen Migranten kommen im Vergleich zu den deutschen Drogenabhängigen überzufällig häufig aus Großstädten. Während fast 90% der Deutschen ledig sind, trifft dies nur auf knapp 60% der Migranten zu. Allerdings zeigen sich keine Unterschiede bezüglich der aktuellen Partnerschaft. Signifikant weniger Migranten geben an, einen Beruf erlernt zu haben. Wie schon bei der aktuellen Partnerschaft zeigen sich keine Unterschiede in der momentanen beruflichen Situation zwischen den beiden Gruppen – die Mehrzahl ist arbeitslos. Deutlich weniger Migranten geben an, schon einmal wegen einer Straftat in Deutschland inhaftiert worden zu sein.

Die Beziehungen zur Herkunftsfamilie und auch zur Neu-Familie oder zu den Partnern sind bei Drogenabhängigen, auch bedingt durch die Auswirkungen ihrer Sucht, oftmals in einem erheblichen Ausmaß gestört. Die folgenden Abbildungen geben einen Überblick über die familiären Kontakte und die Konflikte mit den Familienangehörigen und Partnern.

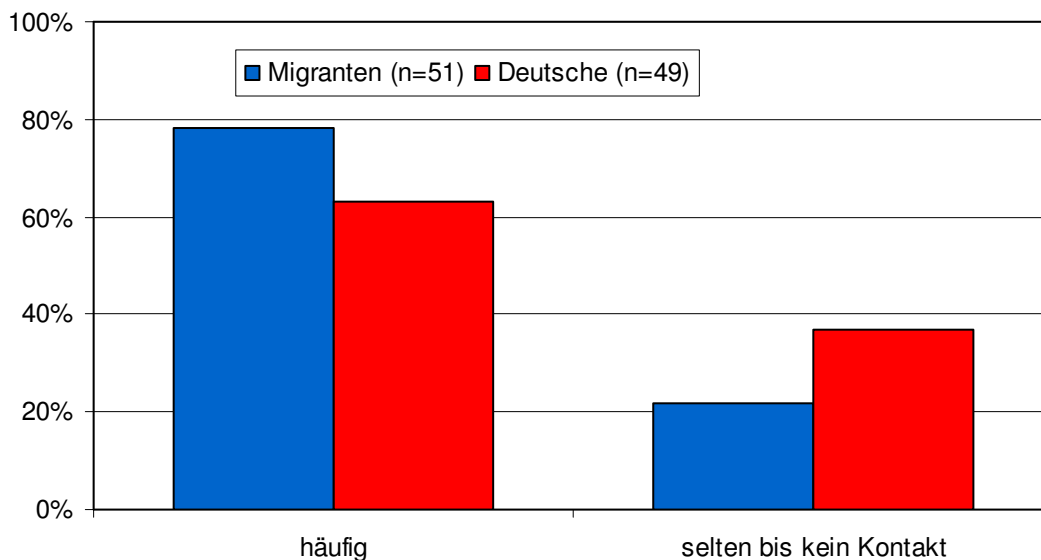


Abbildung 1: Häufigkeit des Kontaktes zu den Eltern in Prozent

Die untersuchten Migranten haben insgesamt einen zeitlich intensiveren Kontakt zu den Eltern. Während 78,4% der Migrantenangaben, noch häufig Kontakt zu den Eltern zu haben, waren dies bei den Deutschen lediglich 63,3%. Bei den Kontaktabbrüchen oder seltenen Kontakten liegt die deutsche Vergleichsgruppe mit 36,7% deutlich vor den Migranten mit lediglich 21,6%. Das Ergebnis verfehlt jedoch insgesamt die Signifikanz ($\chi^2=2,79$; $p=0,095$).

Konflikte mit den Eltern geben in beiden Gruppen etwa gleich viele Patienten an (Migranten: 54,9%, Deutsche:56,3%, $\chi^2=0,02$; $p=0,89$).

Ergänzend oder alternativ zur Herkunftsfamilie kann eine bestehende Partnerschaft sozial stabilisierend wirken oder auch neues Konfliktpotential enthalten. Die folgende Abbildung gibt dazu erste Hinweise.

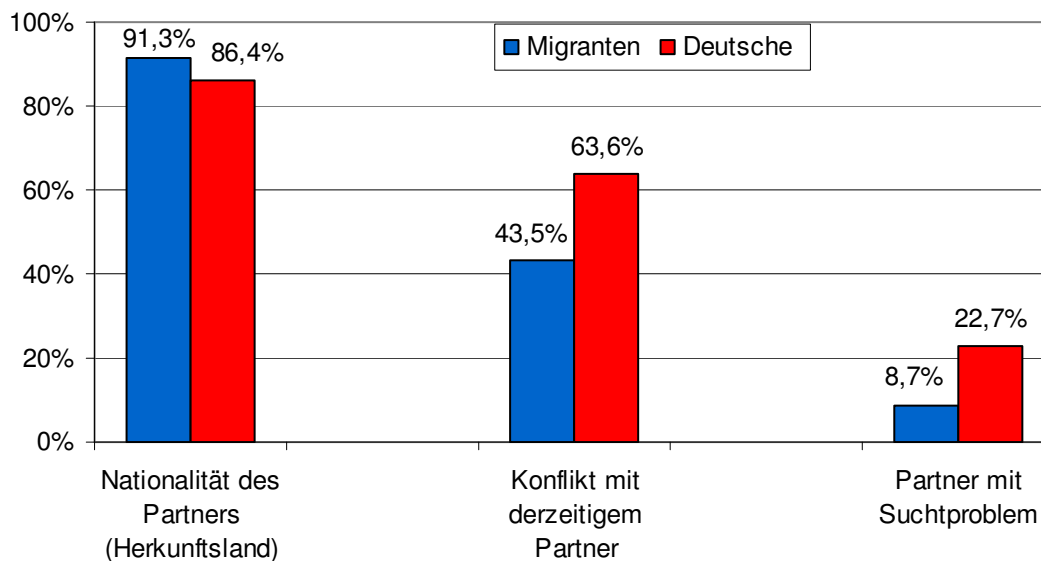


Abbildung 2: Partnerschaft (Herkunft des Partners, Konflikte und Suchtproblem)

Von den 100 untersuchten Patienten lebten 45 in einer aktuellen Partnerschaft (Migranten=23 (45,1%), Deutsche=22 (44,9%)). Die Patienten wählten in etwa gleichem Maße Partnerinnen aus ihren Herkunftsländern. Allerdings haben die Partnerinnen der Migranten seltener, jedoch nicht signifikant, selbst eine Suchtproblematik ($\chi^2=1,69$; $p=0,19$). Auch über Konflikte mit den Partnerinnen berichteten die Migranten seltener als die deutsche Vergleichsgruppe ($\chi^2=1,69$; $p=0,19$). Das Ergebnis verfehlt ebenfalls die Signifikanz.

5.2 Charakteristika der Migranten

Die Migranten kamen aus unterschiedlichen Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Die Verteilung nach den Herkunftsländern zeigt die Abbildung 3.

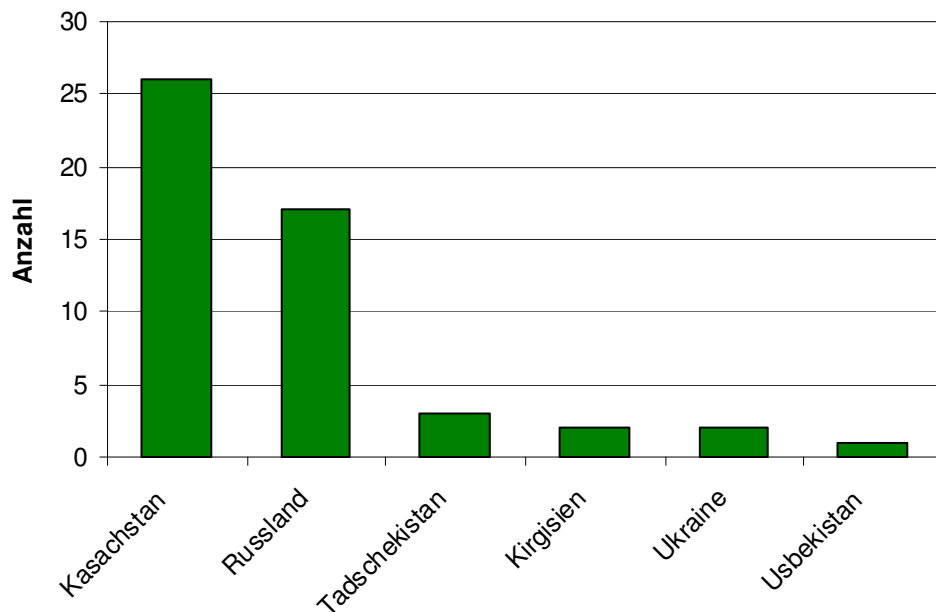


Abbildung 3: Herkunftsländer der Migranten (N=51)

Die weitaus meisten, nämlich 51% der untersuchten drogenabhängigen Migranten kamen aus Kasachstan, gefolgt von der Gruppe der Migranten aus Russland mit 33,3%.

Die folgende Tabelle gibt einige wichtige Eckpunkte bei der Migration an.

Tabelle 2: Angaben zur Migration

	Mittelwert (Streuung) bzw. Anzahl (Prozent)
Alter bei Migration	15,6 (5,8)
Migration mit Familie	50 (98%)
Eigene Entscheidung zur Migration	31 (60,8%)
Bei den Eltern aufgewachsen	47 (92,2%)
Trennung von den Eltern vor der Migration	3 (5,9%)
Trennung von den Eltern durch die Migration (nicht identisch mit den 3 Patienten, die schon vor der Migration von den Eltern getrennt lebten)	4 (7,8%)

Die Migration erfolgte bei den meisten Patienten zusammen mit der Familie. Dementsprechend selten kam es auch zu einer migrationsbedingten Trennung von den Eltern. Über 60% der Patienten gaben an, dass die Migration aus einer eigenen Entscheidung heraus erfolgte. Aufgrund des jungen Alters bei Migration ist diese Angabe jedoch nicht immer glaubhaft.

Die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen zurzeit 94,1% der Migranten. Der Aufenthaltsstatus ist damit bei fast allen Patienten geklärt und führt nicht zu rechtlichen Problemen.

Wichtige Anhaltspunkte für eine gelungene Migration sind Angaben zur eigenen Identität, zum Wunsch nach Remigration, aber auch die Kenntnisse der deutschen Sprache und die sozialen Kontakte zu Deutschen können ein Gradmesser für die Integration sein. Die folgenden Abbildungen geben darüber Auskunft.

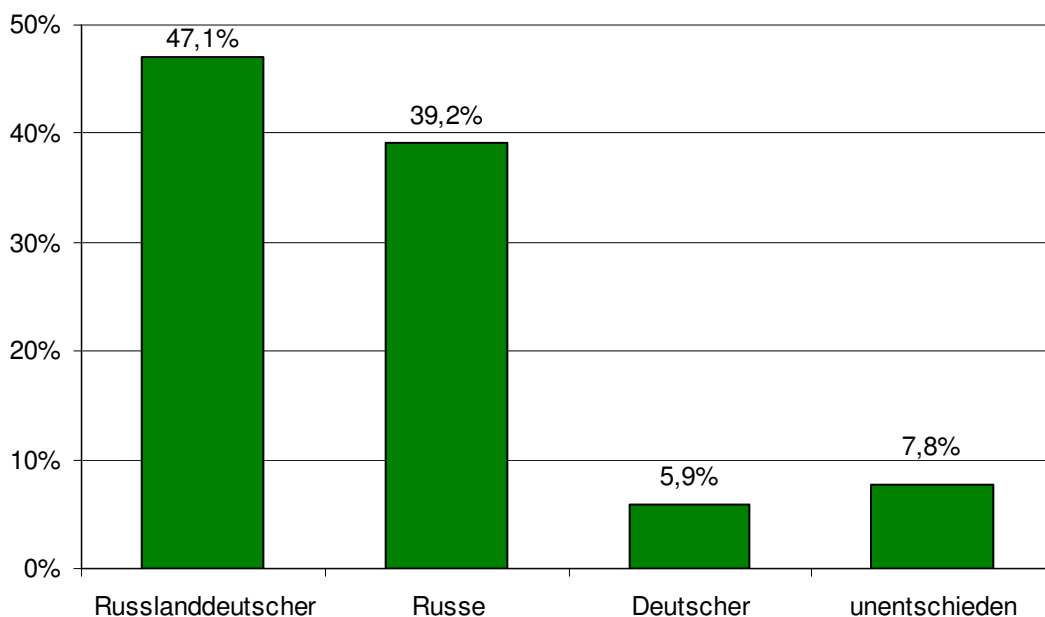


Abbildung 4: Identität

Die meisten Migranten (86,3%) definieren sich als Russlanddeutsche oder Russen, nur ein geringer Prozentsatz von 5,9% fühlt sich als Deutscher. Dies steht jedoch in keinem direkten Verhältnis zu dem Wunsch nach Remigration. Während 72,5% der Patienten nicht wieder in ihre Herkunftsländer zurückkehren wollen, gab lediglich ein Patient (2%) den Wunsch nach

Remigration an. Immerhin 25,5% der Patienten können sich zum Befragungszeitpunkt nicht entscheiden.

Das Alter in dem die Migration erfolgte, hat möglicherweise einen entscheidenden Einfluss auf die Identitätsfindung und den Prozess der Eingliederung in Deutschland. Wenn man weiterhin davon ausgeht, dass die Gruppe von Migranten, die als Kinder nach Deutschland gekommen sind („doppelte Pubertät“), auch bezüglich einer möglichen Suchtentwicklung besonders gefährdet ist, dann ist das sinnvoll, die erhobenen Daten in Bezug auf das Alter bei der Migration zu untersuchen. Daher wurden zwei Altersgruppen gebildet (bis 15 Jahre, ab 16 Jahre).

Die Tabelle 3 zeigt die Angaben zur Identität und dem Wunsch nach Remigration nach dem Alter der Patienten bei Migration.

Tabelle 3: Migrantengruppe aufgeteilt nach Alter bei Migration

Merkmal	Alter bei Migration 0-15 Jahre (n=29)	Alter bei Migration ab 16 Jahre (n=22)	Fi=Fisher exakt test χ^2 =Chi-Quadrat- Test T= t-Test
Alter (Jahre)	25,52	31,45	T=4,49; p=0,000
Gründe für die Migration (eigene Entscheidung)	15 (51,7%)	16 (72,7%)	$\chi^2=2,32$; p=0,157
Eigene Identität:			Fi=11,00; p=0,005
Deutscher	3 (10,3%)	14 (63,6%)	
Russe	6 (20,7%)	6 (27,3%)	
Russlanddeutscher	18 (62,1%)	2 (9,1%)	
Unentschieden	2 (6,9%)		
Remigration:			$\chi^2=1,47$; p=0,621
ja	1 (3,4%)	15 (68,2%)	
nein	18 (75,9%)	7 (31,8%)	
unentschieden	6 (20,7%)		
Erwartungen an Deutschland erfüllt (1= gar nicht, 5=ganz)	3,18	2,45	T=2,11; p=0,040
Akkulturations-Stress- Index	8,93	9,95	T=1,16; p=0,251

Schon oben fiel der hohe Prozentsatz von 60,8% der Patienten auf, die angaben, aus eigenem Wunsch migriert zu sein. Von den Patienten, bei denen die Migration bis zu einem Lebensalter von 15 Jahren erfolgte, geben 51,7% an, dass die Migration aus eigener Entscheidung heraus erfolgte. Je älter die Patienten bei der Migration waren, desto häufiger definieren sie sich selbst als Russen. Die Identität als Russlanddeutscher ist bei der Gruppe der bis 15jährigen am stärksten ausgeprägt. Der Wunsch nach Remigration ist in beiden Gruppen wenig stark ausgeprägt. Für die Altersgruppe, die erst ab dem 16. Lebensjahr ihr Herkunftsland verlassen hat, haben sich die Erwartungen an Deutschland am wenigsten erfüllt und die Anspannung, die mit der Akkulturation verbunden ist, ist bei dieser Gruppe ausgeprägter, wenn auch statistisch nicht signifikant.

Kenntnisse der Sprache des Mutterlandes sowie Kenntnisse der Deutschen Sprache können ein Merkmal einer gelungenen Migration darstellen.

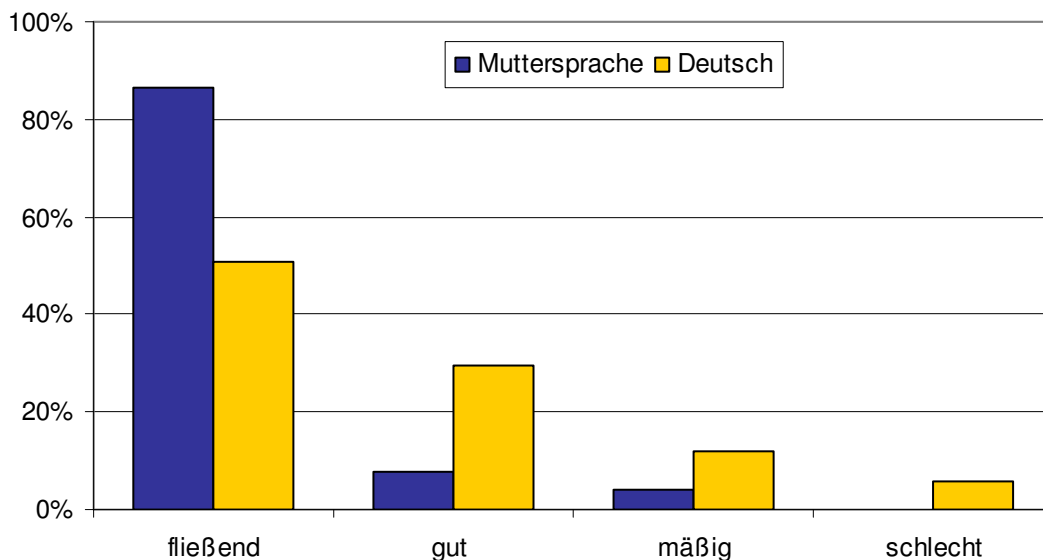


Abbildung 5: Kenntnisse der Muttersprache und Deutsche Sprachkenntnisse

Wenig erstaunlich ist die Tatsache, dass die Migranten über bessere Kenntnisse ihrer Muttersprache verfügen als über die deutsche Sprache. Nach eigener Einschätzung stufen die Patienten ihre Deutschkenntnisse als „fließend“ oder „gut“ ein.

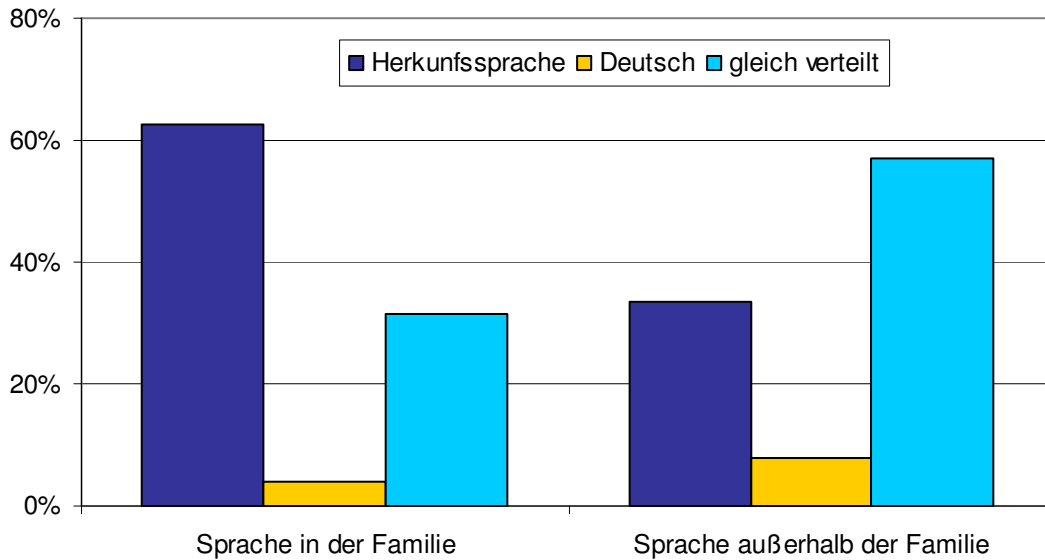


Abbildung 6: Vorwiegende Sprache in und außerhalb der Familie

In der Mehrzahl der Familien der Migranten wird die Herkunftssprache gesprochen, deutlich seltener beide Sprachen und nur eine verschwindende Minderheit der Familien spricht im privaten Bereich Deutsch. Auch außerhalb der Familie dominiert die Herkunftssprache entweder vollständig oder steht gleichberechtigt neben der deutschen Sprache.

Von den befragten Patienten gaben 78,4% Diskriminationserfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen an. Die Abbildung 7 zeigt diese Erfahrungen, wobei Mehrfachantworten zugelassen waren.

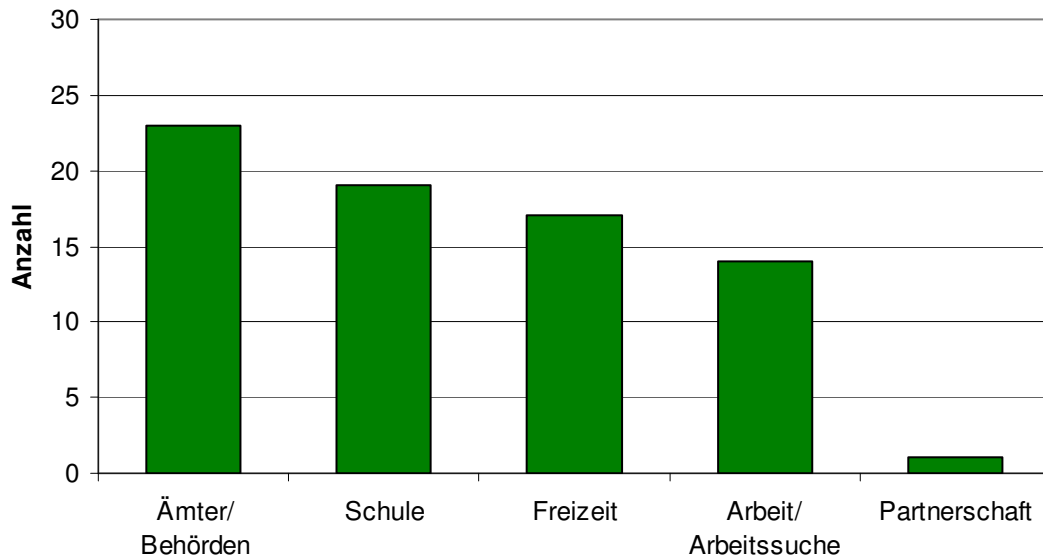


Abbildung 7: Diskriminierungserfahrungen (Mehrfachantworten)

Am häufigsten haben sich die untersuchten Migranten bei den Kontakten mit Ämtern und Behörden diskriminiert gefühlt gefolgt von Situationen in der Schule und in der Freizeit. Etwas unerwartet steht der Bereich ‚Arbeit und Arbeitssuche‘ bei den untersuchen Aussiedlern nur auf dem vierten Platz. Da die Partnerinnen der Migranten vorwiegend aus dem eigenen Kulturkreis stammen, ist erwartungsweise eine Diskriminierung in der Partnerschaft eher unwahrscheinlich.

5.3 Suchtaspekte

5.3.1 Substanzkonsum bei Migranten und Deutschen

Die Untersuchung sollte klären, ob zwischen beiden Gruppen Unterschiede bezüglich Drogeneinstieg, Drogenkarriere und aktuellem Konsummuster bestehen. Die Tabelle 4 gibt dazu erste Hinweise.

Tabelle 4: Substanzerfahrungen, Alter beim ersten Konsum und aktueller Substanzkonsum bei Migranten und Deutschen

Merkmal (Mittelwert, Prozent)	Migranten (n=51)	Deutsche (n=49)	
Alkohol			
aktueller Konsum	30 (58,8%)	37 (75,5%)	$\chi^2=3,2$; $p=0,08$
jemals konsumiert	50 (98,0%)	49 (100%)	$\chi^2=0,97$; $p=0,08$
Alter beim 1. Konsum	14,0	13,0	$t=1,95$; $p=0,054$
Heroin			
aktueller Konsum	41 (80,4%)	43 (87,8%)	$\chi^2=1,0$; $p=0,32$
jemals konsumiert	51 (100%)	48 (98,0%)	$\chi^2=1,05$; $p=0,31$
Alter beim 1. Konsum	19,8	18,4	$t=1,49$; $p=0,139$
Methadon (nicht legal)			
aktueller Konsum	17 (33,3%)	17 (34,7%)	$\chi^2=0,02$; $p=0,89$
jemals konsumiert	36 (70,6%)	33 (67,3%)	$\chi^2=0,12$; $p=0,73$
Alter beim 1. Konsum	23,8	23,4	$t=0,29$; $p=0,770$
Psychopharmaka			
aktueller Konsum	23 (45,1%)	29 (59,2%)	$\chi^2=1,99$; $p=0,16$
jemals konsumiert	40 (78,4%)	46 (93,9%)	$\chi^2=4,95$; $p=0,03$
Alter beim 1. Konsum	20,4	21,3	$t=1,01$; $p=0,315$
Kokain			
aktueller Konsum	16 (31,4%)	25 (51,0%)	$\chi^2=3,99$; $p=0,05$
jemals konsumiert	49 (96,1%)	48 (98,0%)	$\chi^2=0,30$; $p=0,58$
Alter beim 1. Konsum	21,6	19,7	$t=1,81$; $p=0,074$
Crack			
aktueller Konsum	8 (15,7%)	7 (14,3%)	$\chi^2=0,04$; $p=0,85$
jemals konsumiert	23 (45,1%)	22 (33,9%)	$\chi^2=0,00$; $p=0,98$
Alter beim 1. Konsum	22,7	25,3	$t=1,60$; $p=0,122$
Ampetamine			
aktueller Konsum	0	3 (6,1%)	
jemals konsumiert	29 (56,9%)	40 (81,6%)	$\chi^2=7,17$; $p=0,007$
Alter beim 1. Konsum	19,6	17,8	$t=1,64$; $p=0,107$
Cannabis			
aktueller Konsum	23 (45,1%)	35 (71,4%)	$\chi^2=7,11$; $p=0,008$
jemals konsumiert	51 (100%)	49 (100%)	
Alter beim 1. Konsum	15,2	14,3	$t=1,87$; $p=0,063$
Halluzinogene			
aktueller Konsum	1 (2,0%)	2 (4,1%)	
jemals konsumiert	21 (41,2%)	39 (79,6%)	$\chi^2=15,37$; $p=0,000$
Alter beim 1. Konsum	19,0	17,5	$t=1,44$; $p=0,155$
Schnüffelstoffe			
aktueller Konsum	0	0	
jemals konsumiert	9 (17,6%)	11 (22,4%)	$\chi^2=0,36$; $p=0,55$
Alter beim 1. Konsum	14,3	16,1	$t=1,56$; $p=0,136$
polytoxischer Konsum			
aktueller Konsum	41 (80,4%)	42 (85,7%)	$\chi^2=0,50$; $p=0,48$
jemals konsumiert	46 (90,2%)	49 (100%)	
Alter beim 1. Konsum	16,7	15,1	$t=3,01$; $p=0,003$

Die untersuchten Spätaussiedler haben später erste Erfahrungen mit Alkohol, Kokain, Amphetaminen, Cannabis und Halluzinogenen gesammelt. Früher als die deutschen Patienten haben sie Psychopharmaka, Crack und Schnüffelstoffe probiert.

Der erste Heroinkonsum fand bei den untersuchten Migranten 1,8 Jahre später als bei den deutschen Probanden statt, der polytoxe Konsum 1,6 Jahre später. Obwohl die befragten Spätaussiedler vor ihrem ersten Heroinkonsum bereits Erfahrungen mit anderen Substanzen wie Alkohol und Cannabis gehabt haben, spielen Substanzen wie Ecstasy, LSD, Speed und sonstige synthetische Drogen eine untergeordnete Rolle.

Statistisch relevant ist, dass bestimmte Substanzen eine untergeordnete Rolle bei der Drogenkarriere gespielt haben (jemals konsumiert): Psychopharmaka, Amphetamine und Halluzinogene wurden von den Migranten signifikant seltener überhaupt konsumiert. Wenn wir die aktuellen Konsummuster vergleichen, so praktizieren die Patienten aus beiden Gruppen einen polyvalenten Konsum, die Aussiedler haben aber signifikant später als die Deutschen damit begonnen. Der Konsum von Kokain und Cannabis hat im Vorfeld der stationären Aufnahme bei den deutschen Patienten eine größere Bedeutung als bei den russischen Patienten

5.3.2 Hauptsubstanz bei Migranten und Deutschen

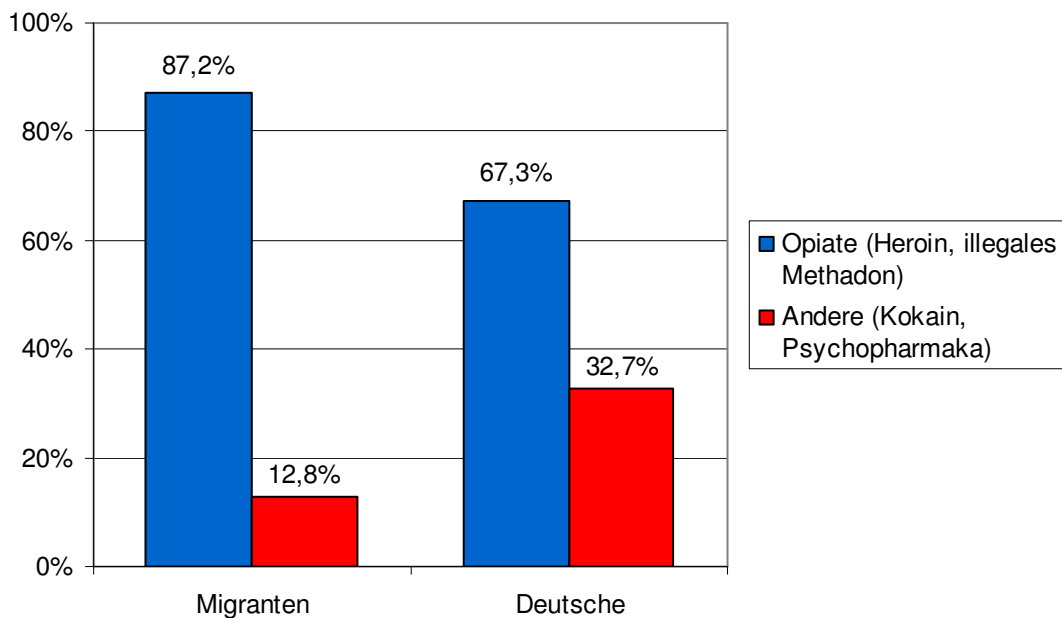
Die Patienten wurden gefragt, bei welcher Substanz sie ihr Hauptproblem sehen. Diese Angaben entsprechen nicht den Aufnahmediagnosen, da die Erstdiagnose bei Aufnahme immer eine Opiatabhängigkeit (mit oder ohne polytoxem Konsum) war. Die Antworten zeigt Tabelle 5.

Tabelle 5: Substanz mit dem Hauptproblem

Substanz	Migranten (n=51)	Deutsche (n=49)
Alkohol	4 (7,8%)	-
Heroin	36 (70,6%)	32 (65,3%)
illegales Methadon	5 (9,8%)	1 (2,0%)
Psychopharmaka	2 (3,9%)	6 (12,2%)
Kokain	4 (12,2%)	9 (18,4%)
Cannabis		1 (2,0%)

Fisher Exakt-Test= 11,085, p=0,028

Eine Kontrastierung der Substanzen in zwei Gruppen macht die Unterschiede zwischen den Patientengruppen deutlicher. Die vier Patienten, die ihr Hauptproblem im Konsum von Alkohol sehen, wurden hier nicht mit aufgenommen.



Chi-Quadrat-Test=5,37, df=1, p=0,02

Abbildung 8: Substanz mit dem Hauptproblem

Zwischen den untersuchten Migranten und den deutschen Patienten gibt es einen signifikanten Unterschied in der Angabe der Substanz, mit der das Hautproblem besteht. Für die Migranten sind es in einem höheren Ausmaß als für die Deutschen Opiate (Chi-Quadrat-Test=5, 37, df=1, p=0, 02).

5.3.3 Suchtentwicklung bei Migranten und Deutschen

Den Verlauf der Suchtentwicklung hinsichtlich der illegalen „harten“ Drogen, in der Regel Heroin, zwischen der Gruppe der Migranten und den deutschen Patienten zeigt die Tabelle 6.

Tabelle 6: Suchtmerkmale

Merkmal	Migranten (n=51)	Deutsche (n=49)	T-Test
	Mittelwert	Mittelwert	
Alter bei erster Injektion	20,9	19,7	t=1,08; p=0,284
Alter bei regelmäßiger Injektion	21,6	20,8	t=0,85; p=0,397
Stationärer Drogenentzug (Anzahl)	6,0	8,4	t=1,50; p=0,142
Langzeittherapie Drogen (Anzahl)	0,9	1,2	t=0,90; p=0,370
Alter bei erster Behandlung	23,4	23,4	t=0,03; p=0,973

Es gibt zwischen den beiden untersuchten Gruppen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Alters der ersten Injektion, des regelmäßigen IV-Konsums und den unterschiedlichen Behandlungsformen.

Die Geschwindigkeit der Suchtentwicklung kann auch darüber bestimmt werden, wie lange es vom ersten Konsum von Heroin dauerte, bis sich eine Gewöhnung einstellte, eine riskantere Konsumform gebräuchlich wurde oder aber auch, wann zum ersten Mal eine Suchtbehandlung stattgefunden hatte. Die Tabelle 7 zeigt diese Entwicklungen.

Tabelle 7: Suchtentwicklung

Zeitspanne in Jahren Zwischen:	Migranten (n=51)	Deutsche (n=49)	T-Test
	Mittelwert	Mittelwert	
erstem Gebrauch und erster Injektion	0,94	1,63	t=1,82; p=0,073
erstem Gebrauch und regelmäßiger Injektion	2,16	2,55	t=0,69; p=0,494
erstem Gebrauch und erster Behandlung	3,61	4,98	t=1,73; p=0,088

Bei den untersuchten Patienten zeigt sich ein Trend dahingehend, dass bei den Migranten im Vergleich zu den deutschen Drogenabhängigen der Zeitraum zwischen dem ersten Kontakt mit Heroin und der ersten Injektion kürzer ist, ebenso wie die Zeitspanne zwischen dem ersten Heroinkonsum und der ersten Behandlung. Während die Migranten im Durchschnitt nach 3,61 Jahren ihre erste Behandlung eingehen, brauchen die deutschen Patienten dazu etwa 4,98 Jahre.

5.3.4 Alter und Suchtentwicklung der Migranten und Deutschen

Bei den deutschen Patienten handelt es sich um eine in Bezug auf das Alter den Migranten angepasste Stichprobe, um eine größtmögliche Vergleichbarkeit von Migranten und Deutschen zu erreichen. Die Altersverteilung in der Gruppe ist daher keine Abbildung des tatsächlichen Durchschnittsalters der deutschen Drogenabhängigen (siehe Kapitel 4.1).

Teilt man alle Patienten in jüngere und ältere Patienten ein, ergeben sich hinsichtlich der Suchtmerkmale signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (s. Tabelle 8). Die Gruppeneinteilung erfolgte in Anlehnung an die Einteilung, die in der repräsentativen Shell Jugendstudie vorgenommen wurde (Hurrelmann et al., 2007). In dieser Studie werden zu Jugendlichen alle Befragten bis einschließlich 25 Jahre gerechnet.

Tabelle 8: Alter der Patienten und Suchtmerkmale

	Jüngere Patienten (jünger als 26 Jahre)		Ältere Patienten (26 Jahre und älter)	
	Migranten (N=17)	Deutsche (N=7)	Migranten (N=34)	Deutsche (N=42)
Alter bei erstem Heroingebrauch	17,47	16,29	20,94	18,73
Alter bei erster Injektion	18,57	17,50	21,85	20,06
Alter bei regelmäßigem iv-Konsum	19,17	18,50	22,58	21,19
Alter bei erster Behandlung	19,94	18,43	25,12	24,64

Ältere Patienten beginnen in einem höheren Alter mit dem Heroinkonsum ($F=6,62$, $df=1$, $p=0,012$), haben signifikant später ihre erste Injektion ($F=4,46$, $df=1$, $p=0,038$) und sind bei Beginn des regelmäßigen IV-Konsums signifikant älter ($F=6,07$, $df=1$, $p=0,016$) als die jüngeren Patienten. Dementsprechend später suchen sie auch eine Behandlungseinrichtung auf ($F=20,06$, $df=1$, $p=0,000$). Die Ergebnisse bezogen auf die Interaktionen zwischen den beiden Altersgruppen und Migranten/Deutsche sind nicht signifikant.

5.3.5 Behandlungsziele von Migranten und Deutschen

Bezogen auf die selbst genannten Behandlungsziele gibt es deutliche Unterschiede zwischen Migranten und Deutschen (s. Abbildung 9).

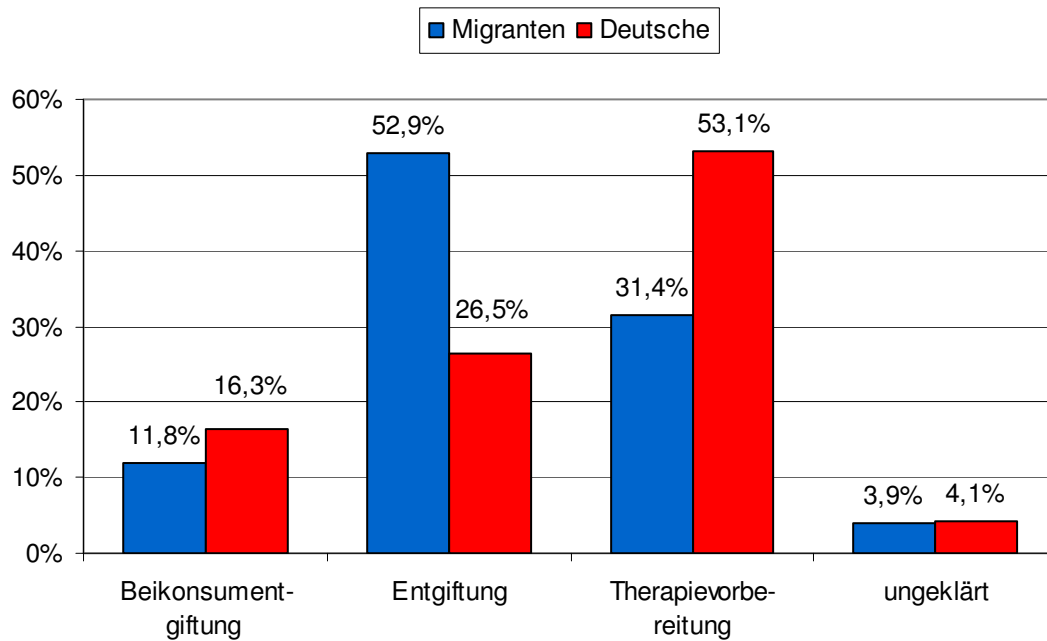


Abbildung 9: Behandlungsziele: Unterschiede zwischen Migranten und Deutschen

Während die Patienten in beiden Gruppen in gleichem Maße wegen einer Beikonsumententgiftung auf Station oder auch zu einem sehr kleinen Prozentsatz noch unentschlossen bezüglich der Maßnahmen waren, zeigt sich, dass die Migranten deutlich häufiger eine Entgiftung anstrebten, jedoch nicht zur Therapievorbereitung (Fisher Exakt-Test=7,63, $p=0,043$). Dieses Ergebnis passt gut zum so genannten typischen „Waschmaschineprinzip“: Entgiftung und dann wird alles gut.

Keine signifikanten Unterschiede bestehen jedoch hinsichtlich der Inanspruchnahme von Suchtberatungen (Fisher Exakt-Test=1,71, $p=0,401$), auch wenn Migranten seltener regelmäßig eine Suchtberatung aufsuchten (s. Abbildung 10).

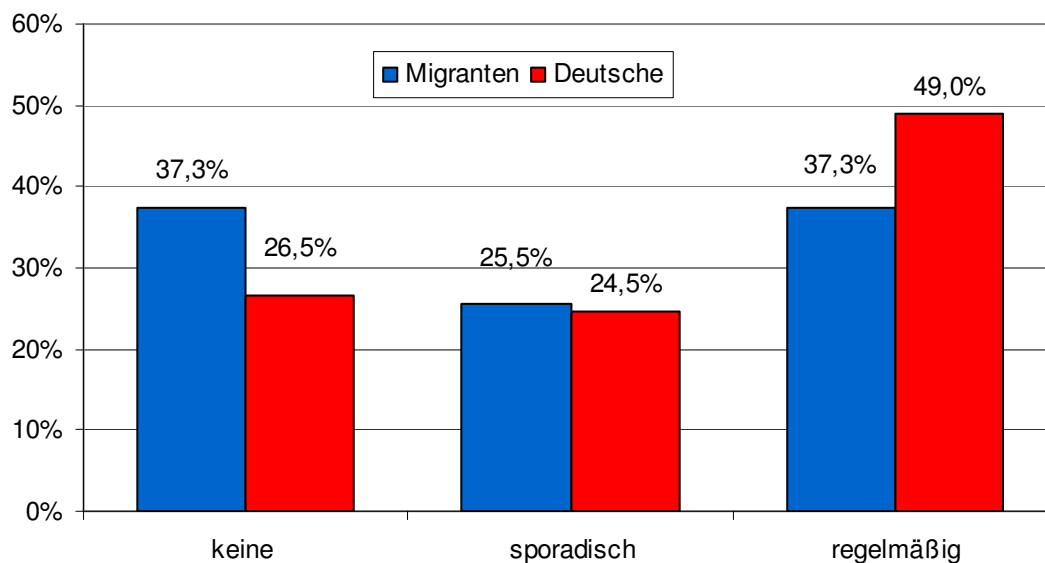


Abbildung 10: Kontakte mit der Suchtberatung

5.3.6. Substanzkonsum und Suchtentwicklung mit Bezug zum Alter bei Migration

Wenn man davon ausgeht, dass die Gruppe von Migranten, die als Kinder nach Deutschland gekommen sind („doppelte Pubertät“ bei Wegfall von protektiven Faktoren), besonders gefährdet bezüglich einer möglichen Suchtentwicklung ist, dann ist es sinnvoll, Substanzkonsum und Suchtentwicklung auch in Bezug auf das Alter bei der Migration zu untersuchen. Die Migranten, die bei ihrer Migration jünger als 26 Jahre alt waren, konsumierten im Durchschnitt mit 17,5 Jahren zum ersten Mal Heroin, diejenigen, die bei ihrer Migration 26 Jahre und älter waren, begannen mit dem Heroinkonsum erst mit 22,8 Jahren ($t=3,32$, $df=1$, $p=0,003$). Da jedoch das Lebensalter, in dem die Migration stattgefunden hat, in einem hohen Maße mit dem aktuellen Lebensalter konfundiert ist (s. Tabelle 3), wurden vier Gruppen gebildet.

- Gruppe *a*: Ältere Patienten*, die bei der Migration jünger** waren
- Gruppe *b*: Ältere Patienten, die bei der Migration älter waren
- Gruppe *c*: Jüngere Patienten, die bei der Migration jünger waren
- Gruppe *d*: Jüngere Patienten, die bei der Migration älter waren

* „älter“ = aktuell älter als 25 Jahre

** „jünger bei Migration“ = jünger als 16 Jahre zum Zeitpunkt der Migration

Diese vier Gruppen wurden hinsichtlich ihres Substanzkonsums und ihrer Suchtentwicklung miteinander verglichen. Abbildung 11 zeigt die Ergebnisse für den Konsum von Heroin.

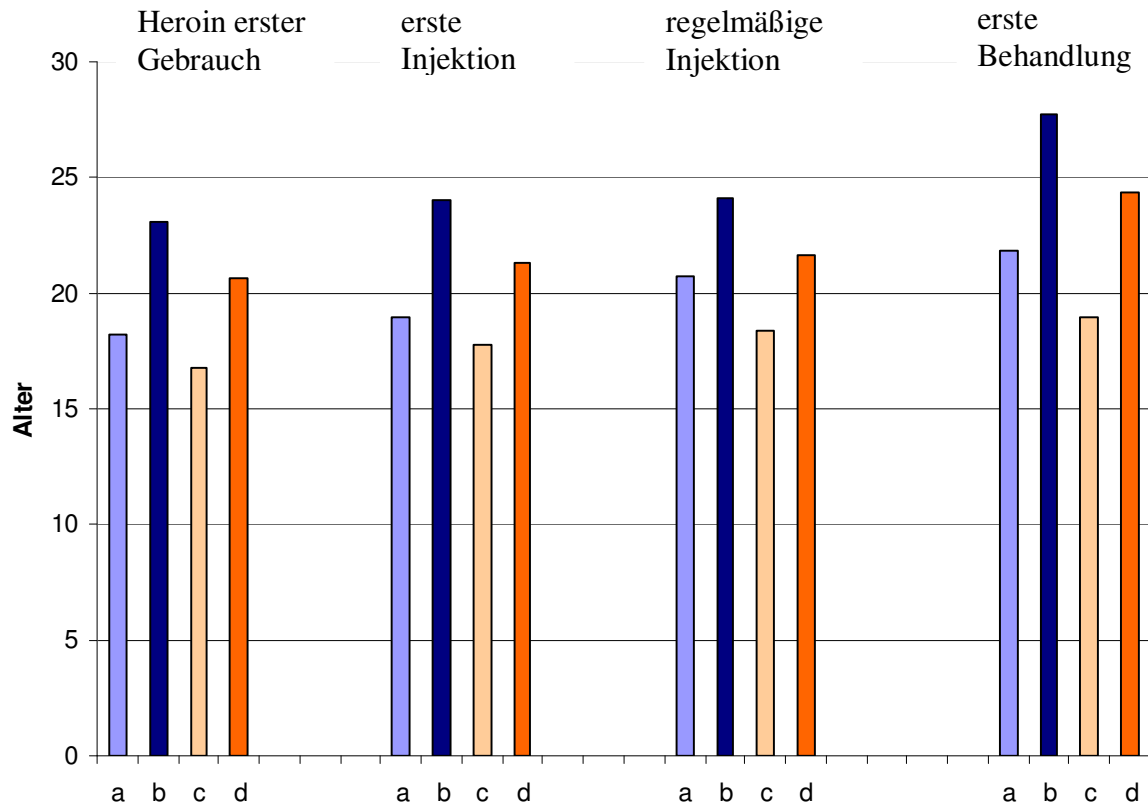


Abbildung 11: Suchtentwicklung

Die Abbildung 11 demonstriert, dass diejenigen Migranten, die bei ihrer Migration jünger als 16 Jahre waren (a, c), früher mit dem Gebrauch von Heroin begonnen haben, als die Patienten, die bei ihrer Migration älter waren. Der frühere Gebrauch ist unabhängig davon, wie alt die untersuchten Migranten aktuell sind ($F=4,90$, $p=0,005$). Diese beiden Patientengruppen beginnen auch früher mit dem intravenösen Gebrauch ($F=3,20$, $p=0,033$). Bezogen auf den regelmäßigen Konsum gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=2,57$, $p=0,068$), jedoch nehmen die Migranten, die früh in ihrem Leben migriert sind, signifikant früher eine Behandlung wegen ihres Drogenproblems auf, als die Migranten, die in einem höheren Lebensalter migriert sind, unabhängig von ihrem derzeitigen Alter ($F=9,56$, $p=0,000$).

5.3.7 Schweregrad der Abhängigkeit

Bei dem mit dem SDS gemessenen Schweregrad der Abhängigkeit zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Migranten und der deutschen Patientengruppe (Migranten: 8,88, Deutsche: 8,90, $t=0,03$, $df=98$, $p=0,976$).

Tabelle 9: Schweregrad der Abhängigkeit und Alter der Patienten

	Jüngere Patienten (jünger als 26 Jahre)		Ältere Patienten (26 Jahre und älter)	
	Migranten	Deutsche	Migranten	Deutsche
Schweregrad der Abhängigkeit	9,71	8,47	9,00	8,88

jüngere vs. ältere Patienten: $F=1,08$, $df=1$, $p=0,302$

Migranten vs. Deutsche: $F=0,05$, $df=1$, $p=0,821$

Interaktion: $F=0,73$, $df=1$, $p=0,395$

Tabelle 10: Korrelation des Schweregrads der Abhängigkeit mit weiteren Suchtmerkmalen getrennt nach Migranten und Deutschen

Korrelation Schweregrad mit:	Heroin –erster Gebrauch (Alter)	erste Injektion (Alter)	regelmäßiger iv-Konsum (Alter)	erste Behandlung (Alter)
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Migranten	-0,231 (0,103)	-0,199 (0,180)	-0,163 (0,293)	-0,274 (0,052)
Deutsche	0,089 (0,546)	0,166 (0,305)	0,192 (0,247)	-0,063 (0,666)

Es gibt keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit und dem Alter des ersten Gebrauchs von Heroin, der ersten intravenösen Injektion, des regelmäßigen intravenösen Konsums und der ersten Behandlung. Bei den Migranten zeigen sich jedoch durchweg negative Korrelationen, d.h. je höher der aktuelle Schweregrad, desto lebensgeschichtlich früher lag der Beginn der oben genannten Merkmale. Bei den Deutschen findet sich so ein Zusammenhang nicht.

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter bei der Migration und dem Schweregrad der Abhängigkeit ($r=-0,218$, $p=0,124$). Allerdings besagt der negative Trend, dass möglicherweise ein höherer Schweregrad der Abhängigkeit vermehrt bei den Migranten auftritt, die bei ihrer Migration jünger waren. Die Anzahl der freundschaftlichen Kontakte, die von den Migranten angegeben werden, steht in einem negativen Zusammenhang mit der Schwere der Abhängigkeit - je weniger Kontakte, desto schwerer die Abhängigkeit ($r=-0,332$, $p=0,024$), wobei die Richtung der Interpretation offen bleibt. Kein Zusammenhang besteht hingegen zwischen der Schwere der Abhängigkeit und dem Akkulturations-Stress-Index ($r=0,012$, $p=0,932$).

5.4 Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)

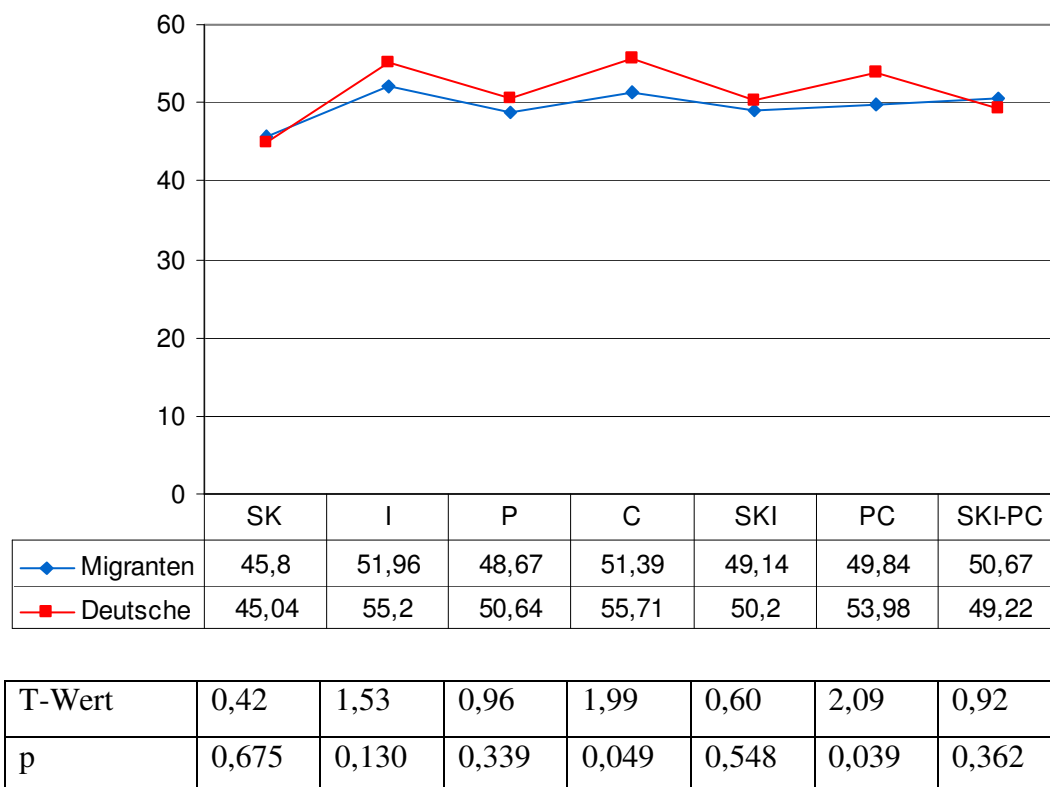
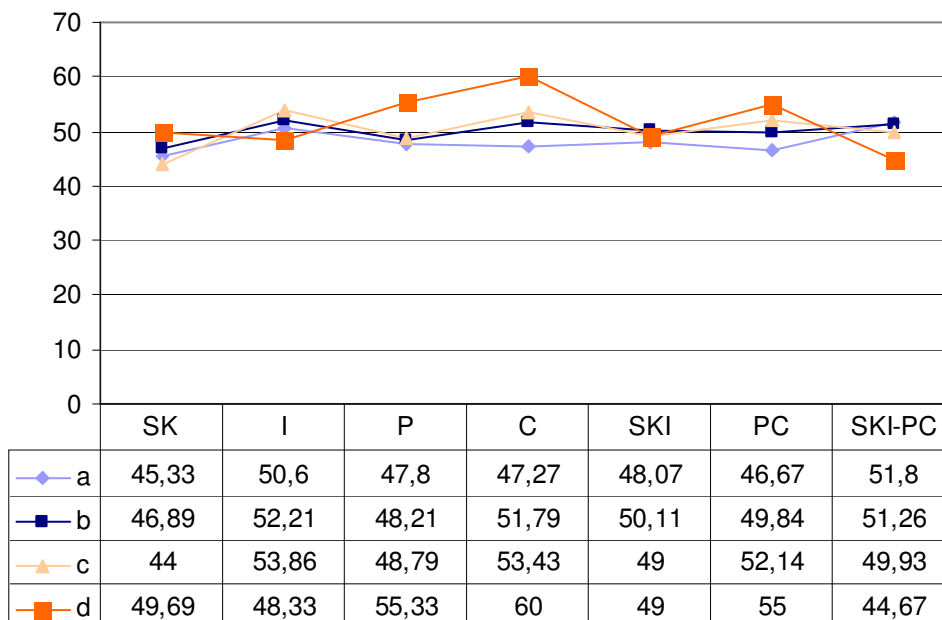


Abbildung 12:FKK-Werte für Migranten und Deutsche (SK= Selbstkonzept; I= Internalität; P= Soziale Externalität; C= Fatalistische Externalität, SKI=Selbstwirksamkeit, PC=Externalität, SKI-PC= Internalität versus Externalität)

Zwischen den Migranten und den deutschen Patienten gibt es signifikante Unterschiede in zwei Bereichen. Die Deutschen erreichten sowohl bezogen auf die Fatalistische Externalität (C-Werte) und die kombinierte fatalistische und soziale Externalität (PC-Werte) höhere Werte. Sie sind somit schicksalsgläubiger, weniger rational und haben gleichzeitig ein stärkeres Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen und einen höheren Grad an Fatalismus und Hilflosigkeit.

Die Abbildung 13 zeigt die Werte der einzelnen FKK-Skalen für die bereits gebildeten Altersgruppen (a – d), die so schon in der obigen Abbildung 11 verwandt wurden.



F-Wert	0,67	0,34	0,53	1,79	0,18	1,06	0,80
p	0,574	0,796	0,662	0,161	0,912	0,375	0,498

Abbildung 13: FKK-Werte für Migranten und Deutsche (SK= Selbstkonzept; I= Internalität; P= Soziale Externalität; C= Fatalistische Externalität, SKI=Selbstwirksamkeit, PC=Externalität, SKI-PC= Internalität versus Externalität)

Unabhängig vom Alter der Migration erreichen die Altersgruppen weitgehend identische Ausprägungen auf allen Skalen des FKK.

Die Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit, gemessen mit dem SDS, und den einzelnen FKK-Werten sind in Tabelle 11 aufgeführt.

Tabelle 11: Korrelationen zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit (SDS) und den FKK-Werten

Schweregrad	SK	I	P	C	SKI	PC	SKI-PC
Migranten r (p)	-0,352 (0,011)	-0,325 (0,020)	-0,136 (0,340)	0,054 (0,705)	-0,401 (0,004)	0,012 (0,934)	-0,184 (0,197)
Deutsche r (p)	-0,190 (0,190)	-0,306 (0,032)	-0,098 (0,504)	-0,056 (0,703)	-0,251 (0,082)	-0,075 (0,608)	-0,150 (0,305)

(negative Korrelationen = je schwerer abhängig, desto niedriger der FKK-Wert)

Interessanterweise zeigen sich signifikante Korrelationen zwischen dem aktuellen Schweregrad der Abhängigkeit und den Werten einzelner FKK-Skalen. Die Richtung des Zusammenhangs ist bei Migranten und deutschen Patienten gleich, die Ausprägung des Zusammenhangs ist jedoch bei den Migranten stärker. Für die Migranten gilt, je schwerer die Abhängigkeit, desto weniger Handlungsmöglichkeiten sehen sie und desto passiver werden sie (SK), desto weniger haben sie das Gefühl, selbst über wichtige Ereignisse im Leben bestimmen zu können (I) und desto geringer ist das Selbstbewusstsein und die Haltung wird passiv und abwartend (SKI). Bei den deutschen Patienten findet sich hingegen nur eine signifikante negative Korrelation zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit und dem Gefühl der Selbstbestimmung.

6 Diskussion

6.1 Methodische Aspekte

Kritisch sind der Stichprobenumfang und die Altersverteilung in den beiden Patientengruppen zu sehen. In dem Beobachtungszeitraum von 12 Monaten wurden alle drogenabhängigen Migranten, die auf die beiden Stationen aufgenommen wurden, befragt. Da lediglich drei Migranten der Befragung nicht zugestimmt haben, ist eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund einer selektiven Auswahl der Patienten ausgeschlossen. Eine Verlängerung des Befragungszeitraums hätte den Umfang dieser Arbeit deutlich überschritten. Das ursprüngliche Vorhaben, sowohl männliche als auch weibliche drogenabhängige Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion zu befragen, wurde aufgegeben, da der Frauenanteil zu gering war. Trotz des Bemühens, eine den Migranten altersentsprechende Gruppe deutscher Drogenabhängiger zu untersuchen, unterscheiden sich die beiden Patientengruppen hinsichtlich des Alters voneinander, wenn auch nicht signifikant. Die Deutschen sind im Durchschnitt 1,7 Jahre älter als die Migranten. Die Rekrutierung einer altersgematchten Kontrollgruppe ist demnach nicht gänzlich gelungen. Auch wenn versucht wurde, ein möglichst weites Spektrum unterschiedlicher Problembereiche bei Migranten zu erfassen, so wurden weitere Aspekte wie z.B. Migrationsstress, Krankheitsmodelle, Identitätsentwicklung o.ä. nicht ausreichend erfragt. Der Umfang der Untersuchung ließ jedoch keine Erweiterung der Befragung zu.

6.2 Migrationsaspekte

In der vorliegenden Arbeit wurden nur männliche Drogenabhängige befragt und die wenigen weiblichen Drogenabhängigen aus der Analyse ausgeschlossen. Dies ist darin begründet, dass kaum weibliche Drogenabhängige mit einem Migrationshintergrund zu einer stationären Entgiftung in den beiden Kliniken aufgenommen wurden. In Deutschland sind durchschnittlich 75-80% aller Opiatabhängigen männlich (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 2004). Bätz (2002) fand bei stationär behandelten Spätaussiedlern aus Russland 91,3% und aus Kasachstan 93,7% Männer. Als möglichen kulturspezifischen Hintergrund für die überproportionale Männerrepräsentation nennt Baum (1999) den patriarchalischen Erziehungsstil und die noch nicht stattgefundenen Emanzipation der Frauen.

6.2.1 Herkunft

Die untersuchten Migranten kamen aus sehr unterschiedlichen Ländern der früheren Sowjetunion. Unter allen nach Deutschland eingewanderten Spätaussiedlern aus der früheren UdSSR lag im Jahr 2002 der prozentuale Anteil der Spätaussiedler aus Kasachstan mit 38.853 Personen bei 42,7% und aus Russland mit 44.493 Personen bei 49%. Diese jährliche Auswanderungs- und Proportionsquote bei Spätaussiedlern aus der GUS blieb in Deutschland in den letzten Jahren konstant (Bundesverwaltungsamt, 2004). In diesen Untersuchungen sind Spätaussiedler aus Kasachstan demnach überrepräsentiert – 51% der Migranten kamen aus Kasachstan und 33,3% der Spätaussiedler aus Russland. Dies entspricht jedoch den Untersuchungsergebnissen in der Studie von Kazin über opiat- und nicht-opiatabhängige Russlanddeutsche in Kaufbeuren - der prozentuale Anteil der Spätaussiedler aus Kasachstan lag in Kaufbeuren bei 49,2% und aus Russland bei 32% (Kazin, 2006).

6.2.2 Alter

Um mögliche altersbedingte Unterschiede zu vermeiden, wurden in dieser Untersuchung gezielt die deutschen Patienten ausgewählt, die eine mit der Migrantengruppe vergleichbare Altersverteilung aufweisen. Daher entspricht die Altersverteilung der deutschen Kontrollgruppe nicht der Verteilung unter den deutschen Drogenabhängigen. Laut dem Bericht der Deutschen Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2003) sind Spätaussiedler in stationären Einrichtungen ca. 6 bis 7 Jahre jünger als die deutschen Opiatabhängigen. Kazin (2006) verweist darauf, dass die untersuchten Spätaussiedler bei ihrer ersten Behandlung ca. 5,5 Jahre jünger sind als die deutschen Patienten. Bätz (2002) fand in seiner Stichprobe ein Durchschnittsalter von 22,7 Jahren bei den untersuchten opiatabhängigen Spätaussiedlern. Zinkler und Kollegen (1998) ermittelten in einer katamnesticen Stichprobe bei opiatabhängigen Patienten des BKH Kaufbeuren ein Durchschnittsalter von 26,7 Jahren. In der Untersuchung zum stationären Entzug von Opiatabhängigen in Bayern (Erbas et al., 2003) wurde ein Durchschnittsalter von 28,5 Jahren erhoben. Diese Angaben beziehen sich auf das Alter zum Behandlungszeitpunkt in den Einrichtungen. Auch die Untersuchungen von Gaenslen (2008) in Tübingen zeigen, dass die Spätaussiedler, die dort auf der Drogenentzugsstation behandelt wurden, durchschnittlich 5,83 Jahre jünger als die deutschen Patienten waren.

6.2.3 Herkunftsort

Knapp die Hälfte der untersuchten Spätaussiedler lebte vor ihrer Migration in Großstädten. Dieses Ergebnis bestätigt die Angaben der BKK Kaufbeuren. Dort wurden opiatabhängige Spätaussiedler untersucht und mit einer Kontrollgruppe von Spätaussiedlern ohne Suchtproblematik verglichen. Die opiatabhängigen Probanden kamen signifikant häufiger aus größeren Städten des Herkunftslandes, dagegen wohnten die Probanden der Kontrollgruppe vor der Migration signifikant häufiger in ländlichen Gegenden (Kazin, 2006). Möglicherweise sind einige wichtige protektive Faktoren, wie z.B. die Unterstützung innerhalb der Großfamilie und ein konservativer Erziehungsstil in den größeren Städten weniger ausgeprägt als bei den ehemaligen Dorfbewohnern.

6.2.4 Familienstand

Das durchschnittliche Heiratsalter in den Ex-UdSSR-Ländern ist niedriger als im EU-Durchschnitt. Nach wie vor gilt die gesetzliche Ehe in den Gebieten der ehemaligen Sowjetunion als die einzige legitime und gesellschaftlich anerkannte Form des Zusammenlebens (Titma & Saar, 1997). Daher ist es nicht erstaunlich, dass es einen bedeutsamen Unterschied zwischen den Migranten und den deutschen Drogenabhängigen in dieser Untersuchung gibt. Lediglich 10% der Deutschen sind verheiratet gegenüber fast 40% der Aussiedler. Betrachtet man aber die aktuelle Partnerschaft, so finden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Je 45% der Patienten geben an, in einer aktuellen Partnerschaft zu leben. Zum Zeitpunkt der Untersuchung ist die Suchtproblematik der Patienten in beiden Gruppen vermutlich schon so weit fortgeschritten, dass die sozialen bzw. Partnerschaftsbeziehungen in vergleichbarer Weise beeinträchtigt sind.

6.2.5 Schulausbildung, Ausbildung und berufliche Situation

Bei der Integration in das deutsche Schulsystem ergeben sich unterschiedliche Probleme für Migrantenkinder. Gogolin und Kroon sowie Baumert weisen in ihren Studien auf eine deutliche Bildungsbenachteiligung bei Zuwanderungsfamilien hin (vgl. Gogolin & Kroon, 2000; Baumert, 2001). In diesen Studien unterschieden sich jedoch die suchtabhängigen Migranten bezüglich ihrer Schulabschlüsse nicht von den deutschen Patienten, was auch

anderen Untersuchungsergebnissen entspricht (Zinkler et al., 1998; Welsch & Sonntag, 2003; Kazin, 2006).

Durch die schlechten Sprachkenntnisse vieler Jugendlichen bei der Einreise werden diese im deutschen Schulsystem ein bis zwei Jahre zurückgestuft und besuchen mit sehr viel jüngeren Schülern die selbe Klasse (vgl. Maier, 2003), was bei manchen Schülern zur Demotivation bis hin zur Schulverweigerung führen kann. Ein zweites Problem ist zudem die oft verweigerte Anerkennung von schon bereits erworbenen Abschlüssen im deutschen Bildungs- bzw. Berufssystem (Bartz & Gerhard, 1996). In vielen Fällen werden Abschlüsse aus der GUS nicht oder nur teilweise in Deutschland anerkannt. Jugendliche Aussiedler sind zudem oft davon betroffen, dass den Eltern die notwendige Einsicht fehlt, dass Schule und Ausbildung ein wichtiger Faktor zur beruflichen Integration sind, wodurch es den Jugendlichen mehrfach an Unterstützung fehlt (Gugel, 1991). Die „Sozioökonomische Lage“ ist ebenfalls ein sehr wichtiger Faktor der Adaptivität. Bei Migranten, die mittelbar oder unmittelbar von Arbeitslosigkeit betroffen sind, besonders von Langzeitarbeitslosigkeit, lässt sich ein schlechteres psychisches oder psychologisches Befinden feststellen (Schmitt-Rodermund & Silbereisen, 1999). In einer Untersuchung von Schmitt-Rodermund und Silbereisen (2002) wurde gezeigt, dass sich bei einem Großteil jugendlicher Aussiedler im Zeitraum von zwei Jahren nach Ankunft in Deutschland depressive Verstimmung und Schulprobleme signifikant verbesserten. Es zeigte sich jedoch auch, dass es eine Gruppe von jugendlichen Aussiedlern gab, bei denen sich keine Verbesserung zeigte. In dieser Gruppe wurde die Eingliederung durch Streit in der Familie, durch depressive Verstimmung der Eltern, die Unfreiwilligkeit der Ausreise, mangelnde Deutschkenntnisse, Ablehnung in der Schule und/oder fehlende Integration erschwert. Bei der Untersuchung jugendlicher türkischer Ausländer zeigten sich ähnliche Befunde (Jerusalem, 1992).

Ferner besitzen Statussymbole einen sehr hohen Stellenwert bei den jugendlichen Aussiedlern. Die Ergebnisse der Erhebung von Dietz und Roll zeigen, dass sich junge Aussiedler, eher an materiellen Werten orientieren (Dietz & Roll, 1998). Aufgrund dieser Disposition ist es für viele jugendliche Russlanddeutsche wichtig, die Schule möglichst bald abzuschließen und eine Arbeit zu finden, denn je schneller der Übergang in die Berufswelt gelingt, umso eher ist der Erwerb der gewünschten Statussymbole möglich.

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die Aussiedlerjugendlichen auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt benachteiligt sind. Besonders die fehlenden Sprachkenntnisse, die niedrigeren Bildungsabschlüsse, die Entwertung von im Heimatland erworbenen Ausbildungen und das „Bildungserbe“ sind die wesentlichen Faktoren dieser Disparität. In dieser Studie zeigt sich dann auch, dass die deutschen Patienten häufiger eine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Keine Unterschiede hingegen gibt es bei den Angaben zur aktuellen Arbeitstätigkeit. Vermutlich ist es für Migranten schwieriger, einen Ausbildungsplatz zu bekommen, was möglicherweise einen günstigen Einfluss auf den Integrationsprozess hätte haben können. Aktuell sind die weitaus meisten der befragten Patienten arbeitslos. Es ist daher zu vermuten, dass es im Verlauf der Drogenabhängigkeit zu einer Angleichung der Arbeitssituation von Deutschen und Migranten gekommen ist.

6.2.6 Straffälligkeit

Bundesweit liegen keine verlässlichen Daten über die Häufigkeit kriminelle Handlungen von Spätaussiedlern vor, da diese in den offiziellen Kriminalitätsstatistiken nicht gesondert erfasst werden. Die wenigen Studien wiesen jedoch darauf hin, dass die Kriminalität junger Aussiedler in den letzten Jahren zugenommen hat (Grundies, 2000). In der Untersuchung von Walter (2003) wurde festgestellt, dass die jugendlichen und heranwachsenden Spätaussiedler im Vergleich mit in Deutschland Geborenen eine um das zwei- bis dreifache erhöhte Delinquenz aufweisen. Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) führte eine Analyse der niedersächsischen Kriminalstatistik des Jahres 2003 durch, wobei zwischen einheimischen Deutschen, Nichtdeutschen und Spätaussiedlern differenziert wurde. Bei der Berechnung der Tatverdächtigenanteile in Relation zu Bevölkerungsanteilen wird eine durchgängig überproportionale Kriminalitätsbelastung durch Spätaussiedler unter 30 Jahren deutlich (Pfeiffer et al., 2004). Es zeigten sich einige konsistente Tendenzen: Tatverdächtige Spätaussiedler sind im Vergleich zu einheimischen deutschen und nichtdeutschen Tatverdächtigen wesentlich häufiger jugendlich bzw. heranwachsend und sie begehen am häufigsten Diebstähle, Rohheitsdelikte und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (Luff, 2000; Pfeiffer et al., 2004).

Die in dieser Arbeit untersuchten Migranten gaben jedoch seltener als die deutschen Patienten an, schon einmal inhaftiert worden zu sein. Das entspricht auch den Ergebnissen aus Tübingen, gleichzeitig verweist Gaenslen (2008) auf ein jüngeres Lebensalter und eine

kürzere Drogenkarriere mit den bekannten Gefahren der Kriminalisierung und der Beschaffungskriminalität.

6.2.7 Familie und Partnerschaft

Gerade für die Russlanddeutschen hat sich ein „Sonderbewusstsein“ (Schönhuth, 2004) zum Thema Heimat entwickelt. Der Heimatbegriff war nämlich während der Sowjetzeit weniger gebunden an bestimmte geographische Räume. Die im Laufe der Geschichte erzwungene „Heimatlosigkeit“ der Russlanddeutschen knüpfte den Begriff Heimat zunehmend an die emotionale Sicherheit im privaten Kreis der Familie. So wird der Familienverband auch (oder gerade wieder) in der Bundesrepublik zum ultimativen Rückzugsort und Verwandtschaftsnetzwerke werden selbst über weite Strecken gepflegt, bzw. zum Anlass für einen Wohnortwechsel genommen.

Die Aussiedlermigration hatte stets einen familienbezogenen Charakter. Migriert nicht ein Einzelner, sondern eine Familie gemeinsam, sind die Belastungen durch die Migration zunächst sicher geringer, da zentral bedeutsame Beziehungsstrukturen erhalten bleiben. Dieser Vorteil kann sich allerdings in sein Gegenteil verkehren, wenn gerade die wichtigen familiären Beziehungen den Belastungen des Migrationsprozesses nicht standhalten und zu zerbrechen drohen oder tatsächlich zerbrechen. Auch Riek (1999) fand heraus, dass familiäre Bindungen in der Kultur der Russlanddeutschen einen hohen Stellenwert haben. So assoziierten in seiner Untersuchung die Russlanddeutschen mit dem „Deutsch sein“ auch Werte wie Gemeinschaft und Familie. Im Prozess der Aussiedlung kommt es auch zu einer Veränderung der familiären Strukturen: Die Kontrolle der Eltern über die Kinder und Jugendlichen nimmt ab und die Verhältnisse zwischen den einzelnen Familienmitgliedern lockern sich (Hehl & Ponge, 1997).

Die Migration führt häufig zu Rollenkonflikten innerhalb der Familie, etwa durch eine Verschiebung der Einkommensverhältnisse (Czycholl, 1999) oder einen migrationsbedingten sozialen Abstieg (Brucks, 2002). Afanasiev (1997) stellte eine große Zahl von Trennungen und Scheidungen fest, die sich kurz nach der Umsiedlung vollzogen. Diese Konflikte gelten als ein Risikofaktor bei der Entwicklung einer Suchterkrankung (Kemptner, 1997; Czycholl, 1997). Die erwachsenen Familienmitglieder sind nach der Ausreise verunsichert und können nur bedingt Orientierungshilfe anbieten. Trotzdem hat der Familienzusammenhalt eine

existentielle Bedeutung und gibt den einzelnen Familienmitgliedern emotionale Sicherheit (Dietz, 1998). Die familiären Kontakte bleiben trotz Suchtproblematik bei Aussiedlern länger bestehen, die Familie versucht auch über eine längere Zeit aus eigener Kraft die Situation zu bewältigen.

Fast alle hier untersuchten Migranten kommen aus intakten Familien. Das entspricht nicht den bekannten Daten deutscher Drogenabhängiger, die eine doppelt bis dreifach erhöhte Rate einer „broken home“-Problematik aufweisen (Rosenberg, 1969; Uchtenhagen & Zimmer-Höfler, 1985). Interessant ist, dass Migranten im gleichen Maße wie Deutsche Partnerinnen aus den Herkunftsländern wählen, allerdings weitgehend ohne Suchtprobleme.

6.2.8 Sprachkenntnisse

Als wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration wird die Sprachbeherrschung angesehen (Rakhochkine, 1997; Seifert, 1996; Dietz, 1998.). Eine Untersuchung der FH Nürnberg zeigte, dass jene Aussiedler, welche schlecht deutsch sprechen, dazu neigen, sich aus dem öffentlichen Leben zurückzuziehen, seltener deutsche Freunde haben und sich in Deutschland weniger wohl fühlen (Luff, 2000). Das Erlernen der Sprache ist ausschlaggebend für die Bewältigung und die Herausbildung einer Identität im Einreiseland (Walter, 2003). Ohne Sprachkenntnisse kann dieser Prozess überhaupt nicht stattfinden bzw. in die Subkultur der Opiatabhängigen aus dem eigenen Kulturkreis führen (vgl. Macek, 2002). Der Wechsel von einer alten zu einer neuen Erstsprache ist für die menschliche Spracherwerbsfähigkeit wahrscheinlich wenig problematisch, wenn didaktische und vor allem zeitliche Faktoren zum Erlernen und Ausbauen der neuen Sprachkompetenz positiv ausgeprägt sind und wenn immer auf die ursprüngliche Erstsprache zurückgegriffen werden kann. Grundsätzlich anders verhält es sich, wenn der Sprachwechsel aus Angst, Scham oder wirtschaftlicher Not entspringt, wenn also die alte Erstsprache praktisch "verschwiegen" werden muss. Hier ist kaum von förderlichen Faktoren auszugehen. Eine solche Situation, weltweit in zahlreichen Kontexten und auch in der Migration zu finden, dürfte nicht mehr als "normaler" Sprachwandel oder Sprachwechsel zu bezeichnen sein, vor allem dann nicht, wenn die neue "Erstsprache" nie wirklich erlernt werden konnte (vgl. Lasimbang et al., 1992).

Die deutschen Sprachkenntnisse wurden bei der Untersuchung von den Befragten subjektiv geschätzt und nicht objektiv geprüft. Die meisten Untersuchten können nach mehreren Jahren

in Deutschland ohne Probleme eine alltägliche Kommunikation führen. Bestimmte Begriffe, die Selbstwahrnehmung oder soziale Interaktion betreffen, werden bei Kindern aber erst im Laufe des Sozialisationsprozesses gelernt. Wenn diese Prozesse problematisch verlaufen (Russisch nicht akzeptiert, Deutsch keine Muttersprache), entstehen in der Zukunft Schwierigkeiten bei der Verbalisierung von Emotionen, was als „Doppelte Sprachlosigkeit“ bezeichnet wird. Semilinguismus oder Halbsprachigkeit kann ein Grund für Schulversagen sein. Halbsprachigkeit meint doppelte Sprachlosigkeit hinsichtlich der Funktion der Sprache für den Wissenserwerb. Besonders bemerkbar macht sich das auf weiterführenden Schulen, die mehr auf den kognitiv-akademischen Sprachfähigkeiten aufbauen. Die interpersonelle (umgangssprachliche) Kommunikationsfähigkeit reicht hier nicht mehr aus, da ein höherer Grad an Abstraktionsfähigkeit gefordert ist (Huth, 1993).

Barth (2002) verweist auf die Sprachbarriere, die seiner Ansicht nach zwei Aspekte beinhaltet. Zum einen die reine Verständigungsmöglichkeit in der deutschen Sprache, zum anderen jedoch auch darüber hinausgehende Kommunikationsprobleme, die eintreten, auch wenn die Migranten über gute deutsche alltagssprachliche Fähigkeiten verfügen. Die guten umgangssprachlichen Deutschkenntnisse der Migranten verführen die Berater dazu, die eigenen gewohnten Kommunikationsmuster anzuwenden, ohne die – in Gesprächen mit weniger gut deutsch sprechenden Migranten übliche – besondere Berücksichtigung der erschwerten Verständigung. So entstehen paradoxerweise gerade bei relativ guten Deutschkenntnissen des Betroffenen „Missverständnisse und Kommunikationsbrüche“ (Barth, 2002). Hinweise auf mögliche Sprachprobleme bei den untersuchten Spätaussiedlern sind möglicherweise die Angaben zu den sozialen Kontakten, die bei knapp 70% herkunftsorientiert sind. Zudem ist die Sprache in der Familie bei 63% auch die Sprache des Herkunftslandes.

6.2.9 Einfluss auf Migrationsentscheidung und Identität

Selten werden die Jugendlichen von den Eltern in den Entscheidungsprozess zur Übersiedlung einbezogen. Dieses Problem wird auch als „Kofferkinder“-Schicksal beschrieben: Durch das zwischen Deutschland und dem Heimatland Hin-und-her-verfrachtet-Werden, ist der Aufbau von Ur-Vertrauen beeinträchtigt (Gaitanides, 1996).

Es ist nachvollziehbar, dass je jünger die Kinder sind, desto geringer ist ihre Teilnahme an interfamiliären Diskussionen im Hinblick auf eine mögliche zukünftige Migration. 60,8% der Befragten gaben an, die Migrationentscheidung mitgetragen zu haben, was aufgrund des

jugen Alters bei der Migration fragwürdig erscheint. In der Untersuchung von Kazin (2006) folgten 80% der Heroinabhängigen und 68% der Vergleichsgruppe unfreiwillig ihren ausreisewilligen Eltern.

Kulturelle Erfahrungen von Menschen drücken sich zunehmend durch Ethnizität aus, also durch ethnische Identifikation. Ethnizität ist eine Unterscheidungskategorie, die auf Ähnlichkeiten und Unterschiede hinweist. Der bedeutendste und interessanteste Aspekt ethnischer Gruppen ist nicht so sehr die Frage, wie es zu ihrem Zusammenhalt kommt, sondern ihre Relation bzw. Abgrenzung zu anderen Gruppen (Barth, 1969). Mit der Zuordnung zu einer ethnisch begründeten sozialen Gruppe ist im sozialpsychologischen Sinn eine bestimmte soziale Identität verbunden. Die Mitglieder definieren sich selbst über diese Zugehörigkeit. Diese soziale Identität wird in einer Kultur konkret hergestellt durch eine Reihe von gemeinsamen Merkmalen ihrer Mitglieder (sie unterscheiden sich von anderen Gruppen) und durch eine von ihnen geteilte Sozialisation, die sich durch eine gemeinsame Geschichte, gemeinsame Sprache, kulturelle Symbole, ihre Religion und andere kollektive Überzeugungen, gemeinsame Gewohnheiten und durch die kulturelle Identifikation mit einem Territorium („Heimat“) auszeichnet.

Das Bild der eigenen kulturellen Identität ist gerade bei jugendlichen Aussiedlern durch verschiedene Konzepte geprägt: Russlanddeutsch – russisch – deutsch, diese ethnischen Zuordnungen fließen bei der Selbstthematization russischer Aussiedler ineinander. Es entsteht ein neues kulturelles (oder subkulturelles) Muster – eine „Patchwork-Identität“ (Atabay, 1995). Man nennt sich „Russak“- das bedeutet selbstidentifizierend „Russlanddeutscher“. Diese explizite Verortung zwischen zwei ethnischen Kategorien wird in der neuen Migrationsforschung auch als „transnationale“ (Hannerz, 1996) bzw. „hybride“ (Bhaba, 1994) Identität bezeichnet. Inwiefern sich Aussiedler selbst als Deutsche oder Russen sehen, hängt vom Kontext ab. Grabowsky (1999) zeigte, dass sich die Aussiedler vor allem als Russlanddeutsche fühlen, wenn sie mit Deutschen kommunizieren (43%), dagegen eher als Deutsche, wenn sie mit Russen kommunizieren (64%). Sie fühlen sich als Russen wahrgenommen, wenn sie mit Deutschen, anderen Russlanddeutschen oder Ausländern kommunizieren (46%-49 %) und als Deutsche, wenn sie mit Russen kommunizieren (86%). Die Autorin nimmt an, dass die Wahrnehmung der Deutschen auch einen Einfluss auf die Identitätsbildung der Aussiedler hat. Die Ergebnisse dieser Studie entsprechen den Ausführungen in der Literatur. So bezeichneten sich 47% der Migranten selbst als Russlanddeutsche und nur 6% als Deutsche. Je höher das Lebensalter bei der Migration

gewesen ist, desto häufiger wurde für die eigene Identität auch die Bezeichnung „Russe“ gewählt.

Typisch für die Migrantengeneration in Westeuropa ist das „Kind zweier Kulturen“ (Eppink & Janssen, 1990) oder das „Zwischen-den-Kulturen-Stehen“ (Koss-Choino & Vargas, 1992). Letztlich gilt das aber für alle Jugendlichen. Sie stehen zwischen der Kultur der „inneren Welt“, der der Familie, und der Kultur der „äußeren Welt“, der der Peergruppe, der Schule und der Arbeit. Für Jugendliche führen diese Spannungen zu starken Konflikten. Daraus resultieren Identitätsprobleme, Verhaltensauffälligkeiten und eine zunehmende psychopathologische Symptomatik.

6.3 Zwischenfazit

Der größte Teil der Spätaussiedler lebt mittlerweile länger als 10 Jahre in Deutschland. Jetzt ist die Zeit gekommen, zu überlegen, wie dieser Migrations- (oder Integration) prozess bereits gelaufen ist und wie sich diese Bevölkerungsgruppe weiterentwickelt. Die Aufmerksamkeit der Massenmedien wird weiterhin eher den Misserfolgen als den Erfolgen dieser Gruppe zuteil. Das öffentliche Bild wird durch Medienberichte und politische Aussagen geprägt, die scheinbar unabhängig von Ergebnissen wissenschaftlicher Studien sind. Klischees vermitteln den Eindruck, dass Jugendliche aus Aussiedlerfamilien viel häufiger als Einheimische kriminell sind, Gewalttaten verüben und Drogen konsumieren. Hintergrund einer solchen pauschalen Stigmatisierung ist oft eine alltagstheoretische Vorstellung von „Kulturkonflikten“, denen Migranten als „Menschen zwischen zwei Kulturen“ ausgesetzt sind und der Annahme, dass dies zwangsläufig zu vielfältigen Problemen führt und gehäuft zur Ursache abweichenden Verhaltens wird. In der Migrationsforschung gelten die Thesen von „Kulturkonflikt“ und „Marginalisierung“ und den daraus folgenden Problemen allerdings schon seit längerem als überholt (Schmidt, 2002). Zahlreiche Studien haben den Einfluss der Ethnizität auf den Therapieerfolg und die Prognose untersucht (McCaul et al., 2001; Franken & Hendriks, 1999). Ethnische Unterschiede sind eindeutig von einer Migration abzugrenzen. Nicht mehr Migration per se, sondern unterschiedliche Verläufe und Biographien ergeben dann zusammen mit anderen be- und entlastenden Faktoren Hinweise auf besondere Probleme und Chancen von Migranten. Weder die pauschale Annahme, Migranten seien wegen ihrer Lebensgeschichte anfälliger für Suchterkrankungen, noch der ebenso pauschale Verweis auf den Schutz, den die traditionelle Familienorientierung bietet, werden dieser komplexen

Sachlage gerecht. Die reale Chancenungleichheit zwischen Migranten und hier geborenen Deutschen, die sich z.B. nach wie vor im Bereich Schulbildung, Ausbildung, Erwerbs- und Einkommenssituation zeigt, die vielfältigen ausländerrechtlichen Risiken und die zum Teil offene Ablehnung durch die deutsche Gesellschaft bis hin zu gewalttätigen Übergriffen bilden insgesamt ein Umfeld, in dem im Einzelfall sehr unterschiedliche Risikofaktoren wirksam werden können (Gassmann, 2000). So gesehen kommt es zu einer "Kumulierung von Risikofaktoren" in der Pubertät und im frühen Jugendalter, was die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben nach der Migration weiter erschwert (Hoeckh, 2002). Der Missbrauch von psychoaktiven Substanzen kann als eine Reaktion auf eine nicht gelungene Integration dargestellt werden (vgl. Bätz, 2002).

6.4 Suchtentwicklung

Migranten haben im Allgemeinen weniger Suchtprobleme als einheimische Deutsche, gleichzeitig geraten jedoch einzelne Untergruppen durch Alkohol und vor allem durch illegale Drogen in massive Schwierigkeiten. Es liegen noch zu wenige Erkenntnisse vor, um diese Faktenlage wirklich erklären zu können.

6.4.1 Drogenkonsum

Nach Küfner liegt der Abhängigkeitsbeginn von Heroin in Deutschland über alle Nationalitäten verteilt im Mittel bei 19,7 Jahren (Küfner, 2004). Weiler fand ein mittleres Einstiegsalter bei Heroinabhängigen von 20,8 (+/- 5,3) Jahren (Weiler et al., 2000). In dieser Untersuchung zeigte sich, dass die Migranten über alle erfragten Substanzen hinweg tendenziell später mit dem Konsum beginnen. Der erste Heroinkonsum fand bei den untersuchten Migranten 1,8 Jahre später als bei deutschen Probanden statt. Der Beginn eines polytoxischen Konsums lag bei den Migranten mit 16,7 Jahren signifikant über dem der deutschen Vergleichsgruppe mit 15,1 Jahren. Obwohl die befragten Spätaussiedler vor ihrem ersten Heroinkonsum bereits Erfahrungen mit anderen Substanzen wie Alkohol und Cannabis gehabt haben, spielen Substanzen wie Ecstasy, LSD, Speed und sonstige synthetische Drogen eine untergeordnete Rolle.

Es ist aus verschiedenen Untersuchungen bekannt, dass Cannabis als Einstiegsdroge in Deutschland dominiert. Nach Reuband (1990) gaben 77% der Heroinabhängigen in

Deutschland Cannabis als Einstiegsdroge an. Zinkler und Kollegen (1998) fanden in ihrer Stichprobe bei 50% der Untersuchten Cannabis als Einstiegsdroge, bei 20% der Befragten war Heroin selbst der unmittelbare Einstieg in den Drogenkonsum.

Im Drogen und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (Bundesministerium für Gesundheit, 2002) wird berichtet, dass Heroin bei Spätaussiedlern häufiger als Einstiegsdroge genutzt wird. Alarmierend ist, wie eine Expertenbefragung in Hamburg ergab, „vor allem der frühe Einstieg in den intravenösen Konsum“ (Haasen, 2005). Das Projekt „MUDRA“ in Nürnberg bestätigt die Annahme, dass die jungen, russischsprachigen Drogenkonsumenten ihre Drogenkarriere oft mit Heroin beginnen (Osterloh, 2002). Opioide bleiben dann auch im Verlauf das „Hauptsubstanzproblem“ für die drogenabhängigen Migranten (Hohmann, 2001; Miretski & Schmidt, 2000; Bartels & Rabes, 2001).

Die vorliegende Studie kann die Ergebnisse dieser Untersuchungen bestätigen. Während 87,2% der Migranten Opiate als die Substanz mit ihrem Hauptproblem ansehen, sind das unter den deutschen Drogenabhängigen nur 67,3%. Besonders hervorzuheben ist das Ergebnis, dass die Migranten, die als Kinder oder während ihrer Pubertät mit ihrer Familie nach Deutschland migrierten, wesentlich früher mit dem Konsum von Heroin begannen als diejenigen Migranten, die bei der Ausreise älter als 15 Jahre waren. Dieses Ergebnis ist jedoch durch das Alter der Migranten beeinflusst. Migranten, die bei ihrer Ausreise jünger waren, sind auch aktuell noch signifikant jünger. Und doch zeigen sich ähnliche Tendenzen, wenn dieser Faktor berücksichtigt wird. Migranten, die bei ihrer Migration jünger waren, unterscheiden sich von den zu dieser Zeit älteren Migranten unabhängig davon, wie alt sie aktuell sind. Migranten, die bei der Aussiedlung jünger als 16 Jahre alt waren, waren bei ihrem ersten Heroingebruch sowie bei ihrem ersten intravenösen Konsum jünger und ihre erste Behandlung erfolgte lebenszeitlich früher und dies unabhängig davon, ob sie aktuell noch zu den jüngeren Patienten zählten (unter 26 Jahren) oder zu den älteren Patienten (über 25 Jahre). Der Substanzgebrauch wird in der Jugendzeit durch die soziale Erfahrungen beeinflusst. Beim fortgesetzten Missbrauch spielen im Verlauf zunehmend aber psychische und psychopathologische Merkmale eine dominierende Rolle. Problematische Formen des Alkohol- und Drogengebrauchs werden häufig mit der Übernahme von Erwachsenenrollen beendet, wenn keine psychischen und sozialen Beeinträchtigungen aus der Kindheit die Akzeleration behindern und soziale Netzwerke als Protektionsfaktoren wirken (Silbereisen,

1995; 1999). Bei einem fort dauernden problematischen Suchtmittelkonsum können die Jugendliche die sozialen Strategien, neue Bewältigungsmechanismen und Entscheidungsstrategien jedoch nicht erwerben.

6.4.2 Behandlung

Die Untersuchungen aus der WKPP Warstein weisen auf Besonderheiten in der Behandlung von Migranten hin. Die drogenabhängigen Migranten kamen im Verlauf ihrer Suchtkrankheit früher zur stationären Entzugsbehandlung als deutsche Drogenkonsumenten, nämlich im Schnitt nach 4,3 Jahren Krankheitsdauer und damit signifikant früher als drogenabhängige Deutsche (9,0 Jahre nach Beginn des Opiatkonsums, Ausländer nach 6,5 Jahren) (Bätz, 2002). Diese Spätaussiedler haben nicht, wie häufig angenommen, einen erschwerten Zugang zur stationären Entzugsbehandlung, sie sind im Gegenteil viel früher als drogenabhängige Deutsche hierfür erreichbar. Dies kann durch eine engere Einbindung vieler Migranten in die Familie bedingt sein, die sie zur stationären Behandlung motiviert.

Eine geplante Anschlusstherapie (Entwöhnungsbehandlung) gilt in der Literatur als ein signifikanter Prädiktor für eine erfolgreiche Entgiftungstherapie (Backmund et al., 2001), möglicherweise aufgrund der besseren Motivation dieser Patienten für die Entgiftung. Die Personen mit Migrationshintergrund zeigen öfter eine stärkere „medizinische“ Orientierung, d.h. sie fragen häufiger eine medizinische und weniger eine weitergehende psychotherapeutische Behandlung ihrer Sucht nach.

Während sich in dieser Studie die beiden Patientengruppen bezüglich des Alters bei ihrer ersten Behandlung nicht unterschieden, konnte aber auch hier gezeigt werden, dass sich die Migranten schon nach durchschnittlich 3,6 Jahren nach dem ersten Heroingebrauch in eine Behandlung begeben haben, Deutsche jedoch erst im Mittel nach 5 Jahren. Dieses Ergebnis verfehlte zwar die Signifikanz ($p=0,088$), entspricht aber in der Tendenz den Ergebnissen von Bätz (2002). Diese Spätaussiedler haben nicht, wie häufig angenommen, einen erschwerten Zugang zur stationären Entzugsbehandlung, sie scheinen im Gegenteil früher als drogenabhängige Deutsche hierfür erreichbar.

Die Behandlungsziele von Migranten und deutschen Drogenabhängigen unterscheiden sich bedeutsam. Während 52,9% der Migranten den stationären Aufenthalt lediglich zur

Entgiftung nutzen wollten und nur 31,4% eine weitere Entwöhnung planten, war dieses Verhältnis bei den Deutschen nahezu umgedreht. In dieser Gruppe wollten lediglich 26,5% entgiften, während 53,1% den Entzug als Vorbereitung einer längeren Entwöhnungsmaßnahme nutzten. Köhler vermutet, dass innerhalb der Gruppe der Aussiedler der Gedanke vorherrscht, dass ein sofortiges „Heilen“ von der Sucht in der alleinigen Verantwortung des Therapeuten bzw. Arztes liegt (Köhler, 2003).

6.4.3 Schweregrad der Abhängigkeit

Bei der Untersuchung des Schweregrades der Abhängigkeit zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Migranten und der deutschen Patientengruppe. Das betrifft den Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit und dem Alter beim ersten Heroingebrauch, bei der ersten intravenösen Injektion und bei dem regelmäßigen intravenösen Konsum. Migranten zeigen jedoch durchweg negative Korrelationen, d.h. je höher der aktuelle Schweregrad, desto lebensgeschichtlich früher lag der Beginn der oben genannten Merkmale. Nachvollziehbar ist, dass die früh begonnene Suchtentwicklung den möglichen Verlauf des Sozialisationsprozesses und die Entstehung von protektiven Faktoren (Schulbesuch, abgeschlossene Ausbildung usw.) ungünstig beeinflusst hat.

Als prognostisch günstige Faktoren betrachtet Haasen ein höheres Einstiegsalter und die intaktere Familienstruktur bei den Migranten. Aber auch ein höherer Schulabschluss, der Abschluss einer Berufsausbildung und gute Deutschkenntnisse haben einen Einfluss auf den Schweregrad der Sucht (Haasen et al., 2001). Der Schweregrad der Sucht stand nicht in einem Zusammenhang mit Diskriminierungserfahrungen, war jedoch hoch signifikant mit Konfliktbereichen in der Familie und der sozialen Umgebung verknüpft (Toprak und Lorenzen, 2000). In dieser Untersuchung finden sich diese Ergebnisse in dieser Deutlichkeit nicht. Es ergaben sich zwar keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit und der Suchtentwicklung (erster Gebrauch von Heroin, regelmäßiger Gebrauch etc.), jedoch zeigten sich bei den Migranten stets negative Zusammenhänge. Der negative Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit und dem Alter der ersten Behandlung verfehlt bei den Migranten nur knapp die Signifikanz. Je schwerer die Abhängigkeit, desto früher begeben sich die untersuchten Migranten in eine Suchtbehandlung. Möglicherweise sind diejenigen, die ihre Suchtproblematik kritisch wahrnehmen, eher bereit, sich von kulturspezifischer männlicher „Stärke“ und den

„Kontrollüberzeugungen“ (siehe Krankheitsmodelle und Bewältigungsstrategien) zu distanzieren und angebotene Hilfe (stationäre Entgiftung) früher wahrzunehmen. Andererseits haben die jüngeren Migranten eine starke familiäre Bindung und werden eventuell von den Eltern bzw. Familienangehörigen in eine stationäre Entgiftung „geschickt“. Ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit und der angegebenen Belastung durch die Migration zeigte sich nicht. Es ist nicht auszuschließen, dass das angewendete Instrumentarium nicht sensibel genug ist.

6.5 Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen: FKK

Internal-generalisierte Kontrollüberzeugungen in deutlicher Ausprägung und sozial-externe Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, überprüft mit dem *FKK*, geben Hinweise auf eine hohe Bereitschaft der Untersuchten, sich selbstverantwortlich mit dem eigenen problematischen Suchtmittelkonsum auseinander zu setzen bzw. eine erhöhte Compliance bei Maßnahmen zur Bewältigung von Krankheitsfolgen einzusetzen. Wie bei jeder Persönlichkeitsdiagnostik geben auch *FKK*-Untersuchungsergebnisse nur in einer sehr groben Weise und in vereinfachter Form Aufschluss über die psychologische und diagnostische Bedeutung. Diese Ergebnisse sind daher stets unter Bezug auf die Lebenssituation und Biographie der Person zu interpretieren (Krampen, 1991). Es ist davon auszugehen, dass Personen mit einem hohen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten sowie hoher Internalität und geringer Externalität psychisch stabiler und eher zur Selbstaktualisierung fähig und in ihrem Urteilsverhalten unabhängiger sind als Personen mit einem geringeren Selbstkonzept, geringer Internalität und hoher Externalität (Krampen, 1987).

Der Vergleich der Werte des *SK-Skala* (Selbstkonzept eigener Fähigkeit), der *P-Skala* (Soziale Externalität) und der *SKI-PC-Skala* (Internalität versus Externalität) zeigte keine Unterschiede zwischen den Migranten und den deutschen Patienten. Die Deutschen erreichten in dieser Untersuchung sowohl bezogen auf die Fatalistische Externalität (C-Werte) und die kombinierte fatalistische und soziale Externalität (PC-Werte) signifikant höhere Werte. Sie sind somit schicksalsgläubiger, sehen Ereignisse im Leben als zufallsabhängiger, sind weniger rational und haben gleichzeitig ein stärkeres Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen und einen höheren Grad an Fatalismus und Hilflosigkeit. Der Umkehrschluss würde bedeuten, dass die drogenabhängigen Migranten selbstsicherer sind und sich mehr Selbstkontrolle zutrauen. Dieses nach außen vermittelte scheinbare „Stärke- und

Sicherheitsgefühl“ macht die therapeutische Arbeit kompliziert. Wenn jemand stark ist, dann braucht er keine oder kaum Hilfe. Sich zu „öffnen“ bedeutet - sich „schwächer“ zu machen, besonders, wenn es fraglich ist, ob derjenige, der helfen möchte, vertrauenswürdig ist (Familienerfahrung mit dem Suchthilfesystem in der UdSSR). „Stärkeverlust“ könnte repariert werden (Entgiftung), dadurch könnte die „Autonomie“ wiederbelebt werden, ohne dass der Betroffene an diesem Prozess aktiv teilnimmt.

Auffällig für den Kulturkreis von Spätaussiedlern sind die ausgeprägten Stereotype von Weiblichkeit und Männlichkeit (Pleines et al., 2003). Horne (1999) führt aus, dass ein wichtiger Aspekt der russischen Kultur der Glaube sei, dass den Männern unter allen Umständen die Kontrolle und Dominanz über die Familie gehöre, Gewalt ein möglicher bzw. mitunter auch akzeptierter Aspekt sei. Möglicherweise steht der „harte“ Suchtmittelkonsum bei den jungen männlichen Aussiedlern in einem engen Zusammenhang mit dem Bedürfnis, eine Ausdrucksmöglichkeit für eindeutig identifizierbares männliches Rollenverhalten zur Verfügung zu haben. Das Wissen über Risiken des Drogenkonsums ist in Aussiedlerkreisen aber deutlich geringer als bei Einheimischen. Umso stärker ist das Bedürfnis, auf ein rasch zur Verfügung stehendes, eindeutig identifizierbares Rollenklischee zurückgreifen zu können. Dies hat zweifelsohne auch damit zu tun, dass für viele Aussiedler das "Mann- Sein" zum Alkoholtrinken dazugehört, somit ein Ausdrucksmittel männlicher Identität ist und geschlechtsspezifisch angemessenes Rollenverhalten darstellt. Männlich ist, Alkohol zu trinken und viel Alkohol vertragen zu können. Diese Einstellung wird ohne Korrektur auch auf harte Drogen übertragen. Diese Tendenz kann sich noch durch entsprechende Normen in peer-groups unter dem Druck verstärken, sich "stark" zeigen zu müssen und dies in einem entsprechenden Suchtmittelumgang zu dokumentieren. „Abhängig“ zu sein ist mit Kontrollverlust und Schwäche verbunden und passt nicht zu dem „Männerbild“. Somit wird der Kontrollverlust, der die Abhängigkeit kennzeichnet, von den Migranten nicht mit ihrer Drogenabhängigkeit in Verbindung gebracht (Heiman et al.; 2007).

Die angegebenen Antworten in FKK-Fragebogen spiegeln das subjektive Problemverständnis wieder, das mit kulturellbedingten Vorstellungen und Überzeugungen verbunden ist. Die gewünschte „Stärke“ und das „Kontrollgefühl“ bei Spätaussiedlern erlauben möglicherweise nicht das Eingeständnis von Hilflosigkeit und die Zulassung von äußeren Einflüssen. Bei fortgestrittener Suchtproblematik verändern sich die Einstellungen bei den Migranten. Für die Migranten gilt, je schwerer die Abhängigkeit, desto weniger Handlungsmöglichkeiten sehen

sie und desto passiver werden sie (SK-Selbstkonzept eigener Fähigkeit), desto weniger haben sie das Gefühl, selbst über wichtige Ereignisse im Leben bestimmen zu können (I-Internalität) und desto geringer ist das Selbstbewusstsein und die Haltung wird passiv und abwartend (SKI-Selbstwirksamkeit). Bei den deutschen Patienten findet sich hingegen nur eine signifikante negative Korrelation zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit und dem Gefühl der Selbstbestimmung.

Es wurde erwartet, dass diejenigen Migranten, die sich bei der Migration noch in der Pubertät befunden haben, im FKK besonders auffällige Werte erreichen würden. Diese Annahme ließ sich nicht bestätigen. Unabhängig vom Alter der Migration erreichen alle Altersgruppen weitgehend identische Ausprägungen auf allen Skalen des FKK. Vermutlich sind die „kulturbedingten Bewältigungsstrategien“ stärker als die möglichen migrationspezifischen Einflüsse.

7 Zusammenfassung und Fazit

Die „Marginalisierung“ ist die schlechteste Art der Akkulturation, die relativ schnell zur psychosozialen Störungen, psychopathologischen Auffälligkeiten und psychiatrischen Erkrankungen führen kann. Das bedeutet Isolation und kaum Kontakt zur Aufnahmegesellschaft. Die Marginalisierung kann nur kurzfristig adaptiv sein, etwa zum Zwecke der eigenen Selbstfindung. Forschungsergebnisse zum „sozialen Status“ zeigen, dass sich die Migranten, die einen höheren sozialen Status und eine höhere Schulausbildung im Herkunftsland genossen haben, leichter an die neue Situation nach der Einwanderung anpassen und eine bessere Gesundheit erkennen lassen (Janikowski, 1999).

Obwohl die Aussiedler den einheimischen Deutschen rechtlich gleichgestellt sind, befinden sich viele in einem Kreislauf gefangen: Wegen mangelnder Sprachkenntnisse, isolierter Wohnlage, offener Ablehnung und Arbeitslosigkeit stellt sich die Situation von Aussiedlern besonders problematisch dar. In dieser Studie zeigt sich, dass die deutschen Patienten häufiger eine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Keine Unterschiede hingegen gibt es bei den Angaben zur aktuellen Arbeitstätigkeit. Die Drogenabhängigkeit führt zur Angleichung der Arbeitssituation von Deutschen und Migranten, die meisten der befragten Patienten sind arbeitslos.

Die jungen Aussiedler ziehen sich zurück und schotten sich ab. Ihre sozialen Beziehungen bestehen hauptsächlich zu Familienangehörigen und anderen Aussiedlern. Die meisten von ihnen halten ein eher distanziertes Verhältnis zu Einheimischen – weniger bewusst als vielmehr aus der Angst heraus, auffällig zu werden. Selten bezeichnen sich die Spätaussiedler, obwohl alle im Besitz deutscher Pässe sind, als Deutsche. Je höher das Lebensalter bei der Migration gewesen ist, desto häufiger wurde für die eigene Identität auch die Bezeichnung „Russe“ gewählt.

Probleme zu haben gilt im russischen Kulturkreis als Privatsache. Beratende Institutionen im westlichen Sinne waren im Herkunftsland nicht üblich, Hilfe war mit staatlicher Kontrolle verbunden. Der hohe Stellenwert der Familie in der kollektivistisch geprägten Kultur kann dazu führen, dass Betroffene erst sehr spät professionelle Hilfe suchen, da zunächst der Versuch unternommen wird, Probleme innerhalb der Familie zu lösen, um deren Ansehen und Ehre zu bewahren (Salman, 2004). Bemerkenswert ist daher, dass bei den Migranten die Zeitspanne zwischen dem ersten Heroinkonsum und dem Aufsuchen einer Behandlung kürzer ist als bei den Deutschen.

Die Großeltern und die Eltern von jungen Aussiedlern haben gelernt, mit Problemen auf eine bestimmte Art umzugehen. Ein Verhalten, das in einer Generation und Situation adaptiv war, kann jedoch in der nächsten Generation maladaptiv werden. Solche transgenerationalen Aspekte sind insbesondere auch bei den russlanddeutschen Migranten wichtig, die über Generationen immer wieder Verfolgungen und Vertreibungen ausgesetzt waren. Diese Bewältigungsstrategien passen zu der heutigen Zeit und den veränderten Lebensbedingungen nicht mehr. Familienrollenverteilung und die Stütze auf Kollektivismus funktionieren nicht mehr wie in der alten Heimat. Wo findet man in der schwierigen Zeit, in der unsicheren und unbekannteren Umgebung die Sicherheit? Man braucht etwas Vertrautes – Landsleute, die die Muttersprache sprechen und die gleichen Erinnerungen und Lasten haben. Dieser verführerische Weg gibt zwar eine vermeintliche Sicherheit, führt aber auch zu einer Marginalisierung und Abgrenzung von der Gesellschaft. Die Jugendlichen bekommen in so einer ethnischen Randgruppe zwar die Möglichkeit einer Identifizierung, die jedoch neben dem Problem der „Scheinlösung“ auch die Gefahr des Substanzkonsums als vermeintlich gruppenstabilisierenden Faktor in sich birgt.

Im Laufe der vergangenen Jahre veränderte sich die Situation von russischsprachigen Drogenabhängigen. Die so genannte Sprachbarriere ist heutzutage kaum vorhanden – die meisten Betroffenen sprechen im Alltag entweder fließend oder gut Deutsch. Es ist bekannt, dass bei dem problematischen Sozialisationsprozessverlauf besondere „Sprachprobleme“ entstehen, die Verbalisierung von Emotionen betreffen und als „Doppelte Sprachlosigkeit“ bezeichnet werden.

Mit der fortschreitenden Aufenthaltsdauer in Deutschland steigt für die Migranten die Wahrscheinlichkeit des Konsums illegaler Drogen und es findet auch eine Anpassung an das Drogenkonsummuster der Einheimischen statt (Strobl & Kühnel, 2000). Trotzdem lassen sich bei unserer Untersuchung einige „besondere“ Seiten bei den „russischen Drogenabhängigen“ finden. Während 87,2% der Migranten Opiate als ihr Hauptproblem ansehen, sind das unter den deutschen Drogenabhängigen nur 67,3%. Hervorzuheben ist, dass die Migranten, die als Kinder oder während ihrer Pubertät mit ihrer Familie nach Deutschland migrierten, wesentlich früher mit dem Konsum von Heroin begannen als diejenigen Migranten, die bei der Ausreise älter als 15 Jahre waren. Migranten, die bei der Aussiedlung jünger als 16 Jahre alt waren, waren bei ihrem ersten Heroingebruch sowie bei ihrem ersten intravenösen Konsum jünger und ihre erste Behandlung erfolgte lebenszeitlich früher. Nachvollziehbar ist,

dass die früh begonnene Suchtentwicklung den möglichen Verlauf des Sozialisationsprozesses und die Entstehung von protektiven Faktoren (Schulbesuch, abgeschlossene Ausbildung usw.) ungünstig beeinflusst hat.

Auch die Behandlungsziele von Migranten und deutschen Drogenabhängigen unterscheiden sich bedeutsam. Während die meisten Migranten den stationären Aufenthalt lediglich zur Entgiftung nutzen wollten und nur ein Drittel eine weitere Entwöhnung planten, war dieses Verhältnis bei den Deutschen nahezu umgedreht.

Die Bewältigungsstrategien sind mit den kulturspezifischen Vorstellungen von Krankheitsmodellen verbunden. Die durchgeführte Untersuchung mit dem FKK-Fragebogen zeigte, dass die deutschen Probanden schicksalsgläubiger sind, Ereignisse im Leben als zufallsabhängiger sehen, weniger rational sind und gleichzeitig ein stärkeres Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen und einen höheren Grad an Fatalismus und Hilflosigkeit haben. Man könnte annehmen, dass die drogenabhängigen Migranten selbstsicherer sind und sich mehr Selbstkontrolle zutrauen. Dieses nach außen vermittelte scheinbare „Stärke- und Sicherheitsgefühl“ hat mit der sich zugeschriebenen „männlicher Rolle“ zu tun und macht die therapeutische Arbeit mit Migranten komplizierter. Wenn man durch die Entgiftung die „Autonomie“ reparieren lassen könnte, dann bräuchte der Betroffene an diesem Prozess nicht aktiv teilnehmen („Waschmaschineprinzip“).

Die Migrationswelle aus der ehemaligen Sowjetunion gehört schon der Vergangenheit an. Migranten, die als Kinder nach Deutschland gekommen sind, sind mittlerweile erwachsen. Integrationsprozesse sind jedoch ihrer Natur nach von längerer Dauer, sie können sich über Jahre, sogar Generationen erstrecken (Luff, 2000). Aus der Forschung über Migranten, insbesondere in den USA, ist bekannt, dass entgegen den Erwartungen manche Gruppen über die Generationen hinweg eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit zeigen (Hernandez & Charne, 1998; Cantor-Craae & Selten, 2005).

Wie oben gezeigt werden konnte, lassen sich Belastungsfaktoren, die mit einer Migration einhergehen und die in bestimmten Fällen eine Suchterkrankung begünstigen können, nicht nur auf kulturelle Faktoren begrenzen, sondern umfassen migrationsspezifische, ökonomische, geschlechtsspezifische, psychosoziale, medizinische und zahlreiche andere Faktoren. An diesen müssen die bestehenden Konzepte und Theorien ausgerichtet und

interkulturelle Angebotsstrukturen ausgebaut werden. Notwendig sind interkulturell gesicherte ambulante ebenso wie stationäre Angebote. Daneben sind weiter interkulturelle Angebote der Prävention, Therapie, Beratung und, besonders dringlich, der Rehabilitation notwendig.

8 Literaturverzeichnis

Afanasiev V (2001) Sucht im Zusammenhang mit Aussiedlung. In: Verein Arbeits- und Erziehungshilfe (Hrsg.) Arbeit mit Aussiedlern und Aussiedlerinnen. Dokumentation der Fachtagung im Fachbereich Drogenhilfe am 29.11.2000, Frankfurt/Main, 5-8.

Afanasiev V (1997) Aussiedler in der stationären Therapie. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Sucht und Migration Stuttgart: Süddeutsche Hilfsgemeinschaft der Liga der Freien Wohlfahrtspflege, 48-53.

AMDP (1995) Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Göttingen: Hofgrefe.

Anhut R; Heitmeyer W (2000) Desintegration, Konflikt und Ethnisierung. Eine Problemanalyse und theoretische Rahmenkonzeption. In: Heitmeyer W, Anhut R (Hrsg.) Bedrohte Stadtgesellschaft. Soziale Desintegrationsprozesse und ethnisch-kulturelle Konfliktkonstellationen. Weinheim: Juventa, 17-75.

Atabay I (1995) Die Identitätsentwicklung türkischer Migrantenjugendlicher in Deutschland. In: Koch E, Özek M, Pfeiffer WM (Hrsg.) Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus-Verlag, 160-168.

Backmund M, Meyer K, Eichenlaub D, Schutz CG (2001) Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. Drug and Alcohol Dependence, 64: 173-180.

Bätz B (2002) Drogenabhängige Migranten in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Warstein. In: Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.) Migration und Sucht: Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und Migranten; Dokumentation der Tagung am 09. Mai 2001 im Technologiezentrum Duisburg Solingen, 19-45

Bartels W, Rabes M (2001) Begrüßung und Eröffnung. In: Rabes M., Holterhoff-Schulte I. (Hrsg.) Sucht und Migration. Suchtgefährdung und Suchthilfekonzepte für junge Drogenkonsumierende aus Osteuropa. Dokumentation der NSL Jahresfachtagung vom 21. November 2001. Hannover: Niedersächsische Landesstelle; 7-8.

Barth W (2002) Suchtgefährdete Aussiedler im System der Migrationsberatung. In: Barth W, Schubert C (Hrsg.) Migration–Sucht–Hilfe. Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationsberatung. Nürnberg: Emwe-Verlag, 21-30.

Barth W, Czycholl D (2005) Sucht, Migration, Hilfe: Vorschläge zur interkulturellen Öffnung der Suchthilfe und zur Kooperation von Migrationsdiensten und Suchthilfe. In: Arbeiterwohlfahrt (AWO), Fachverband Drogen und Rauchschnittel e.V. (FDR)(Hrsg.), Geesthacht: Neuland, 17-32.

Barth F (Hrsg.) (1969) Ethnic Groups and Boundaries: The Social Organisation of Culture Difference. London: Bergen.

Bartz B, Gerhard J (1996) Aspekte der beruflichen Eingliederung von Aussiedlern. In: Graudenz I, Römhild R (Hrsg.) Forschungsfeld Aussiedler. Ansichten aus Deutschland (Europäische Migrationsforschung; 1). Frankfurt a.M.: Lang, 189-194.

Baum R (1999) Integrationsprobleme von Spätaussiedlern. Osteuropa–Institut der Freien Universität Berlin. Heft 2: 4-49.

Baumert J. und Deutsches PISA-Konsortium (Hrsg.) (2001) PISA 2000 – Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Opladen: Leske + Budrich Verlag.

Bayard-Burfield L, Sundquist J, Johannson, S-E (2001) Ethnicity, self reported psychiatric illness and intake of psychotropic drugs in five ethnic groups in Sweden. Journal of Epidemiology and Community Health 55: 657-664.

Bekum D van (1999) Transitorische Anfälligkeit als Risikofaktor für Suchtverhalten – Ein interkulturelles Rahmenkonzept zur Prävention bei Jugendlichen. In: Salman R, Tuna S,

Lessing A (Hrsg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, 64 -88.

Bermejo I (1997) Transkulturelle Orientierung des Migrationsdienstes. Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes. Freiburg: Deutscher Caritasverband, 162-169.

Berry JW (1998) Acculturation and Mental Health: Theory and Research In: Shahe S, Kazarian D, Evans R (Hrsg.) Cultural Clinical Psychology: Theory, Research and Practice, New York, 39-57. Verlag , New York: Oxford University Press, 39-57.

Berry JW (1997) Immigration, acculturation, and adaptation: An International Review. Applied Psychologie 46: 5-68.

Berry JW (1994) Acculturation und Psychological Adaptation: An Overview. In: Bouvy A-M, van de Vijver FJR, Boski P, Schmitz P (Hrsg.) Journeys into Cross-Cultural Psychology, Amsterdam, 129-141. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Bhaba H K (1994) The Location of Culture. London: Routledge.

Blakey M (1994) Psychophysiological stress and disorders of industrial society: A critical theoretical formulation for biocultural research. In: Forman S (Hrsg.) Diagnosing America. Anthropology and public engagement. Ann Arbor: University of Michigan Press, 149-192.

Boos-Nünning U (1998) Die Sozialisation von Jugendlichen ausländischer Herkunft. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg i.B.: Lambertus-Verlag, 11-32.

Boos-Nünning U, Siefen RG, Kirkcaldy B, Otyakmaz BÖ, Surall D (2002) Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 141/II Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Brähler E, Holling H, Leutner D, Petermann F (2002) (Hrsg.) Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Göttingen: Hogrefe.

Braun A (2001) Erfahrungen mit einer spezialisierten Konzeption zur stationären Behandlung alkohol- und drogenabhängiger Migranten. In: Pittrich W, Rometsch W, Sarrazin D (Hrsg.) Sucht und Migration – Konzepte und Praxis vor Ort erleben und erfahren. Fachtagung „on tour“, 26./27. Juni 2001. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht, 59-69.

Brucks U (2002) Migration als Chance und Risiko – psychologische Aspekte von Aus- und Zuwanderung. In: Dettmers Ch, Albrecht NJ, Weiller C (Hrsg.) Gesundheit, Migration, Krankheit: Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde. Bad Honnef: Hippocampus Verlag, 37-49.

Brucks U (1994) Psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Migration. In: Cropley AJ, Ruddat H, Dehn D, Lucassen S (Hrsg.) Probleme der Zuwanderung. Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 53-71.

Bundesagentur für Arbeit (2007) (Hrsg.) Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, Ausgabe Nr. 8 vom 02.04.2007, www.doku.jab.de/kurzber/2007/kb0807.pdf (Zugriff am 23.6.08).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2004) Migration und Asyl in Zahlen. Tabellen, Diagramme, Erläuterungen. Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (Hrsg.) 9. Auflage, Stand: Juli 2003. Bestelladresse: BAFl, 90343 Nürnberg, E-Mail: info@bafl.de, Internet: www.bafl.de (Zugriff am 18.01.08).

Bundesministerium des Inneren (2004a) Neukonzeption der Migrationsberatung. Abrufbar unter: http://www.bamf.de/nn_705772/SharedDocs/Anlagen/DE/Integration/Downloads/Migrationserstberatung/041201-migrationsberatung-konzept.html (Zugriff am 18.01.07).

Bundesministerium des Inneren, Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2004b): Migrationbericht im Auftrag der Bundesregierung – aktualisierte Ausgabe November 2004. Bestellung und Download unter: <http://www.bmi.bund.de> (Zugriff am 17.01.08).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2005) Drogen -und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2004) Drogen -und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Berlin .

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2002) Drogen -und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Berlin .

Bundesverwaltungsamt (2004): Jahresstatistik Aussiedler und deren Angehörige, Alter, Berufe, Religion, Verteilung und Herkunftsländer 2003. Köln: www.bva.bund.de/imperia/md/content/abteilungen/abteilungiii/iiist/14.pdf (Zugriff am 30.01.08).

Cantor-Graae E, Selten JP (2005) Schizophrenia and Migration A Meta-analysis and Review. *Am J Psychiatry* 162:12-24.

Collatz J (1995) Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration: Auswirkungen der Migrationsbewegungen auf den Bedarf an psychosozialer und sozialpsychiatrischer Versorgung. In E Koch, M Özek, WM Pfeiffer (Eds.), *Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch-türkische Perspektiven* (pp. 31-45). Freiburg: Lambertus

Collatz J (1999) Kernprobleme des Krankseins in der Migration. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg): *Migration und Gesundheit*. Frankfurt/Main: Mabuse, 33-58.

Collatz J (1995) Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration: Auswirkungen der Migrationsbewegungen auf den Bedarf an psychosozialer und sozialpsychiatrischer Versorgung. In E Koch, M Özek, WM Pfeiffer (Eds.), *Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch-türkische Perspektiven* (pp. 31-45). Freiburg: Lambertus

Czycholl D (2002): Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe. In: Barth W, Schubert C (Hrsg.): *Migration – Sucht – Hilfe. Junge Migranten und Migrantinnen aus der GUS in den Systemen Suchthilfe und Migrationberatung*. Emwe–Verlag Nürnberg, 11- 20.

Czycholl D (1999) Migration, Suchtrisiken und Versorgungsdefizite am Beispiel von Aussiedlern in Deutschland. In: Salman R, Tuna S, Lessig A (Hrsg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen: Psychosozial, 222-227.

Czycholl D (1998) Besonderheiten in der Suchtpräventionsarbeit mit jungen Aussiedlern. In: Jugend und Sucht. Stuttgart: Landesstelle gegen die Suchtgefahren.

Czycholl, D (1997) Abhängigkeitserkrankung bei Migranten und ihre Behandlung. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart 1997, Selbstverlag:121–126.

Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2003) Jahresbericht 2002. www.dbdd.de (Zugriff am 11.01.08).

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V (Hrsg.) (2004) Jahrbuch Sucht 2002. Geesthacht: Neuland.

Dietz B (2003) Historische, politische und sozialwissenschaftliche Aspekte der Einwanderung der russischsprachigen Aussiedler aus der Sicht der Integrationsarbeit. In: DBH-Bildungswerk (HRSG.) Spätaussiedler. Interkulturelle Kompetenz für die Straffälligenhilfe und den Justizvollzugsdienst, Godesberg: Forum Verlag; 12-15.

Dietz B (1998) Wer bin ich? Was will ich? - Einstellungen und Orientierung von jugendlichen Aussiedlern in Deutschland. In: Deutsch sein und doch fremd sein. Lebenssituation und Perspektiven jugendlichen Aussiedler. Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr.84 Herausgegeben vom Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik: Bonn.

Dietz B, Roll H (1998) Jugendliche Aussiedler – Porträt einer Zuwanderergeneration. Unter Mitarbeit von Jürgen Greiner. Frankfurt a. M.: Campus-Verlag.

Dill H, Frick U, Höfer R, Klöver B, Straus F (2002) Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/I. Baden-Baden: Nomos.

Ditte D, Schulz W, Schmitt-Ott G (2006) Einstellung gegenüber der Psychotherapie in der russischen Bevölkerung und in der Bevölkerung mit einem russisch/sowjetischen kulturellen Hintergrund in Deutschland. *Nervenarzt* 77:64-72.

Erbas B, Jaedicke JP, Tretter F (2003) Strukturdaten von 2387 Drogenpatienten in stationärer Entzugsbehandlung in Bayern. *Sucht* 49 (3): 188-196.

Erikson EH (1980) Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Eppink A, Janssen CFA (1990) Kind in twee culturen. Deventer.

Europäische Arbeitskräfteerhebung OECD (2005) Ageing and Employment Policies: Germany. Paris: OECD.

Filipp SH (1990) Kritische Lebensereignisse. In: Brandstädter J, Lindenberger U, (Hrsg.) Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. München: Psychologie Verlags Union.

Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Johnson K (1998) At-risk drinking in an HMO primary care sample: prevalence and health policy implications. *American Journal of Public Health* 88(1): S 90-93.

Franken IHA, Hendriks VM (1999) Predicting Outcome of Inpatient Detoxification of Substance Abusers. *Psychiatry Service* 50 (6): 813-817.

Gaenslen A (2008) Migration und Sucht: Migranten als schwierige Patienten? Saarbrücken: Vdm Verlag Dr. Müller.

Gaitanides S (1996) Probleme der Identitätsfindung der zweiten Einwanderergeneration. *IZA Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit* 1: 32–39.

Gassmann R (2000) Anmerkungen zur ökonomischen, sozialen und politischen Situation von Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Schmidt B, Hurrelmann K (Hrsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Opladen: Leske und Budrich Verlag.

Gogolin I, Kroon S. (2000) "Man schreibt, wie man spricht". Über Unterricht der Nationalsprache in multilingualen Schulklassen. Münster: Waxmann.

Gossop M, Best D, Marsden J, Strang J (1997). Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction*, 92(3):353.

Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J., Powis B., Hall W, Strang J (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5): 607-14.

Grabowsky S (1999) Dimensionen kultureller Identität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. In: Dollase R, Kliche T, Moser H (Hrsg.) Politische Psychologie der Fremdenfeindlichkeit. Opfer . Täter . Mittäter. Weinheim: Juventa Verlag, 61-93.

Grinberg L, Grinberg R (1990) Psychoanalyse der Migration und des Exils, München: Klett-Cotta.

Grundies V (2000) Kriminalitätsbelastung jugendlicher Aussiedler. *Monatsschreiben Kriminologie Strafrechtsreform*; 83: 290-305.

Gugel G (1991) Ausländer, Aussiedler, Übersiedler. Fremdenfeindlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Materialien zu Rechtsextremismus und Fremdenfeindlichkeit. Bd.2, Tübingen: Verein für Friedenspädagogik, 3. Aufl.

Haasen C (2005) Die Situation von russischsprachigen Drogenabhängigen in Hamburg aus Expertensicht. *Sucht* 51(6): 349-351.

Haasen C, Demiralay C, Reimer J (2008) Acculturation and mental distress among Russian and Iranian migrants in Germany. *European Psychiatry* 23 (Suppl.1):10-13.

Haasen C, Levit O, Gelbert A, Foroutan N, Norovjav A, Sinaa M, Demiralay C (2007) Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Akkulturation bei Migranten. Psychiatrische Praxis 34:339-342.

Haasen C, Toprak MA, Yagdiran O, Kleinemeier E (2001) Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. Suchttherapie 2:161-167.

Heidebrecht H (1998): Deutsche aus Russland. Lebens- und Migrationserfahrungen. In: Czycholl D (Hrsg.): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten. Hohenrodter Studien Band 1. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung Berlin; 49-73.

Heimann HM, Penka S, Heinz A (2007) Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen- eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen, Suchttherapie 8: 57-62.

Haller M (2001) Erklärt die Rational Choice Theorie die Ungleichheit der Bildungschancen? Kritische Diskussion eines Beitrages von Rolf Becker. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 53 (3): 569-574.

Hannerz U (1996) Transnational Connections: Culture, People. Routledge, London.

Hernandez DJ, Charney E (Hrsg.) (1998) From generation to generation. The health and well-being of children in immigrant families. Washington D.C.: National academy press.

Hehl F-J, Ponge I (1997) Der Prozess der Aussiedlung. Veränderungen von familiären Strukturen. System Familie. In: Taschenbuch der Pädagogik Bd. 1, Hohengehren: Schneider Verlag 10-20.

Hoeckh F (2002) Können die bekannten Präventionsangebote der Jugendsozialarbeit auf die Zielgruppe der jungen Migrant/-innen aus der GUS übertragen werden? In: Barth W & Schubert C (Hrsg.) Migration - Sucht - Hilfe - Junge Migrantinnen und Migranten in den Systemen Suchthilfe und Migrationsberatung. Nürnberg, Emwe-Verlag, 31-35.

Hoffmann K (2006) Migranten als Patienten im Maßregelvollzug. Eine versorgungsepidemiologische Erhebung aus Baden-Württemberg. *Nervenarzt* 77:50-57.

Hohmann H (2001) Drogenkriminalität bei jungen Aussiedlern und Migranten. In: Gewalt- und Suchtprävention in der gemeinwesenorientierten Integrationsarbeit. Protokolldienst 22/2001, Evangelische Akademie, Bad Boll; 51-62.

Horne S (1999) Domestic Violence in Russia. *American Psychologist* 54(1): 55-61.

Hübner S (2003) Dealen statt Deutschkurs? In: Archiv der Jugendkulturen (Hrsg.) Zwischenwelten. Russlanddeutsche Jugendliche in der Bundesrepublik. Bad Tölz: Tilsner Verlag.

Hull D (1979) Migration, adaptation and illness: a review. *Social Science Medicine*; 13:25-36.

Hurrelmann K (1989) Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim: Beltz.

Hurrelmann K, Albert M & TNS Infratest Sozialforschung (2007) Die „15. Shell-Jugendstudie: Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck.“ Fischer-Taschenbuch-Verlag

Huth M (1993) Die Schule muss mehrsprachig sein. *Pädextra* 12: 9-18.

Isralowitz, RE. (2004) Cultural Identification and Substance Use. Immigrant and Native Heroin Addicts in Israel. *The Journal of Social Psychology* 144(2), 222-224.

Janikowski A (1999) Berufliche Integration der Aussiedler und Aussiedlerinnen. In: Silbereisen RK, Lantermann E-D, Rodermund-Schmitt E (Hrsg.) Aussiedler in Deutschland, Akkulturation von Persönlichkeit und Verhalten. Wiesbaden: Leske + Budrich, 113-142.

Jerusalem M (1992) Akkulturationsstress und psychosoziale Befindlichkeit jugendlicher Aussiedler. *Report Psychologie* 2: 16-25.

Kanning UP, Holling H (2002) Handbuch personaldiagnostischer Instrumente. Göttingen: Verlag für Psychologie.

Kazin V (2006) Untersuchung an opiatabhängigen und nicht-opiatabhängigen männlichen, russlanddeutschen Spätaussiedlern: Eine retrospektive Vergleichstudie Dissertation, LMU München: Medizinische Fakultät.

Kaye S, Darke S (2002) Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction* 97(6): 727-731.

Kemptoner S (1997) Arbeit mit Spätaussiedlern und ihren Familien. In: Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart [Selbstverlag], 28-35.

Kielholz P, Ladewig D (1973) Die Abhängigkeit von Drogen. München: Lehmann.

Kleinman A (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry.* Berkeley: University of California Press.

Köhler M (2003) Auffälligkeiten im Suchtverhalten und Drogenverständnis jugendlicher Aussiedler. In: Krüger-Potratz M (Hrsg.) *Kriminal- und Drogenprävention am Beispiel jugendlicher Aussiedler.* Göttingen: V&R unipress, 17-21.

Kornischka J (2008) Psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Erkrankungen bei Spätaussiedlern. *Psychiatrische Praxis* 35:60-66.

Koss-Chioino JD, Vargas LA (1992) Through the Cultural Looking Glass: a Model for Understanding Culturally Responsive Psychotherapies. In: Vargas LA, Koss-Chioino JD (Hrsg.) *Working with Culture. Psychotherapeutic Interventions with Ethnic Minority Children and Adolescents.* San Francisco: Jossey-Bass, 1-22.

Krampen G (1991) Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK): Göttingen: Verlag für Psychologie.

Krampen G (1987) Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie.

Krampen G (1982) Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Verlag für Psychologie.

Krieg S, Penka S, Wohlfart E, Heinz A (2002) Essstörungen und Suchtprobleme bei Migranten – Versagen des Versorgungssystems? Deutsch – Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit. Rundbrief 02/2002, 28-32.

Küfner H (2004) Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Abhängigkeiten von verschiedenen Substanzgruppen. Suchtmedizin 6(1): 108-110.

Küfner H, Vogt M (1998) PREDI. Psychosoziales ressourcenorientiertes Diagnosesystem. München : Institut für Therapieforchung.

Kuhlmann R (1995) Migrantenkinder im Erwachsenenalter - biographischer Hintergrund und psychiatrische Probleme der zweiten Generation. In: Koch E, Özek M, Pfeiffer WM (Hrsg) Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus, 186-193.

Ladmiral JR, Lipiansky EM (2000) Interkulturelle Kommunikation. Zur Dynamik mehrsprachigen Gruppen. Frankfurt a.M.: Campus.

Lasimbang R, Miller C, Otigil F (1992) Language competence and use among coastal Kadazan children. In: Fase W, Jaspert K, Kroon S (Hrsg) Maintenance and loss of minority languages. Amsterdam: John Benjamins, 333-355.

Lantermann ED, Hänze M (1999) Werthaltung, materieller Erfolg und soziale Integration von Aussiedlern. In: Silbereisen RK, Lantermann ED, Schmitt-Rodermund E (Hrsg) Aussiedler in Deutschland. Wiesbaden: Leske & Budrich, 165-184.

Lorenzen J, Haasen C, Reimer J, Kleinemeier E, Bätz B, Krausz M (2003) Konsummuster opiatabhängiger Patienten im stationären Entzug mit und ohne Migrationshintergrund. *Suchtmedizin* 5:87.

Luff J (2000) Kriminalität von Aussiedlern: Polizeiliche Registrierungen als Hinweis auf misslungene Integration? München: KFG, Bayerisches Landeskriminalamt, 2 Aufl.

Macek M (2002) Suchtentwicklung - eine Form der Migration. In: Hegelmann Th, Lenk-Neumann B (Hrsg.) *Interkulturelle Beratung*. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung; 65-75.

Machleidt W (2002) Ethnizität und transkulturelle Phänomenologie psychiatrischer Erkrankungen. In: Dettmers CH, Albrecht NY, Weiller C (Hrsg.) *Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme in der Nervenheilkunde*. Bad Honnef: Hippocampus-Verlag, 90-109.

Marsden J, Gossop M, Stewart D, Best D, Farrell M, Lehmann P, Edwards C, Strang J (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome, *Addiction* 93(12), 1857-1867.

McCaul ME, Svikis DS, Moore RD (2001) Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *Drug and Alcohol Dependence* 62; 9-17.

Maier CH (2003) Schulische Integrationsprobleme der jugendlichen Aussiedler – Möglichkeiten und Chancen der Förderung. In: *Archiv der Jugendkulturen* (Hrsg.) *Zwischenwelten*; 58-66.

Mielck A, Bloomfield K (2001) Verringerung der Einkommens-Ungleichheit und Verstärkung des sozialen Kapitals: Neue Aufgaben der sozial-epidemiologischen Forschung. *Gesundheitswesen* 63(1): 18-23.

Miretski B, Schmidt L (2000) Eine andere Mentalität. *Deutsches Ärzteblatt* 38(97): 2440

Musa I, Bebek M (1997) Gastarbeiter: Cardak ni na nebu ni na zemlji (Weder im Himmel noch auf Erden). In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.) Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart: [Selbstverlag], 116-120.

Nicassio PM, Solomon GS, Guest SS, McCullough JE (1986) Emigration stress and language proficiency as correlates of depression in a sample of Southeast Asian refugees. *International Journal of Social Psychiatry* 32(1): 22-28.

Nöcker G (1990) Von der Drogen- zur Suchtprävention – Bestandsaufnahme, Kritik und Perspektiven. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW (Hrsg.).

Osterloh K (2002) Arbeit mit illegale Suchtmittel konsumierenden Migranten und Migrantinnen aus der GUS: Am Beispiel der Mudra Drogenhilfe in Nürnberg. In: Barth W & Schubert C (Hrsg.) Migration - Sucht - Hilfe - Junge Migrantinnen und Migranten in den Systemen Suchthilfe und Migrationsberatung. Nürnberg, Emwe-Verlag, 43-58.

Penka S (2004) Migration und Sucht. Notwendigkeit einer „Interkulturellen Suchthilfe“? Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.

Penka S, Krieg S, Hunner C, Heinz A (2003) Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen – Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. *Nervenarzt* 74(7):581-586.

Pfeiffer C, Kleimann M, Petersen S, Schott T (2004) Probleme der Kriminalität bei Migranten und integrationspolitische Konsequenzen. Expertise für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration (Zuwanderungsrat) der Bundesregierung. Kriminologisches Forschungszentrum Niedersachsen Hannover. Baden-Baden: Nomos.

Pleines H, Trunk A, Godel B, Schröder HH (2003) Aspekte der postsowjetischen Gesellschaft. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) Aussiedler. Informationen zur politischen Bildung Nr. 267; 23-37.

Rakhkochkine A (1997) Neue Heimat-neue Zukunft. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“) 8/97 Bonn; 10-16, 177.

Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt, 101, Heft 43 vom 22.10.2004: A2882.

Reuband LH (1990) Vom Haschisch zum Heroin. Soziokulturelle Determinanten der Drogenwahl. Suchtgefahren 36: 1-17.

Riek G-A (1999) Die Migrationsmotive der Rußlanddeutschen. Eine Studie über die sozialintegrative, politische, ökonomische und ökologische Lage in Rußland. Stuttgart: ibidem-Verlag.

Robins LN, Przybeck TR (1985) Age of Onset of Drug Use as a Factor in Drug and other Disorders. In: Jones CL, Battejes RJ (Hrsg) Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention. Washington: Government Printing Office, 178-192.

Rosenberg C (1969) Young Drug Addicts-background and personality. The Journal of nervous and Mental Disease 148: 65-73.

Rühl S, Lederer HW (2001) Migrationsbericht der Ausländerbeauftragten im Auftrag der Bundesregierung, Berlin & Bonn.

Salman R (2004) Interkulturelle Drogen- und Aidshilfe. In: Klee J & Stöver H (Hrsg.) Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe; 227-237.

Schmidt M (2002) Migration, Drogenkonsum und Drogenhilfe: Empirische Grundlagen und Konsequenzen für die Drogenhilfe. In: Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.) Migration und Sucht: Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und Migranten. Dokumentation 4/2002. Solingen: Landeszentrum für Zuwanderung NRW, 130-142.

Schneider W (2004) Aufsuchende, stadtteilorientierte psychosoziale Begleitung/Betreuung von russlanddeutschen DrogenkonsumentInnen. In Schneider W und Gerlach R (Hrsg.) Drogen Leben Berlin: VWB, 219-230.

Schmitt-Rodermund E & Silbereisen R K (2002) Psychosoziale Probleme bei jungen Aussiedlern. Eine Längsschnittstudie. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 34 (2), 63-71.

Schmitt-Rodermund E; Silbereisen RK (1999) Resilienz unter arbeitslosen Aussiedlern In: Silbereisen, RK, Lantermann E-D, Schmitt-Rodermund E (Hrsg.) Aussiedler in Deutschland. Akkulturation von Persönlichkeit und Verhalten. Opladen: Leska + Budrich, 277-299.

Schönhuth M (2004) Heimat? Ethnische Identität und Beheimatungsstrategien einer entbetteten "Volksgruppe" im translokalen Raum. In: Kaiser M (Hrsg.) Zuhause fremd - Russlanddeutsche in Russland und Deutschland. Bielefeld: .transcript-Verlag.

Schwichtenberg U, Weig W (1999) Die Behandlung von illegalen Drogen abhängiger Aussiedler in einem Niedersächsischen Landeskrankenhaus. In: Salman R, Tuna S, Lessing A (Hrsg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, 184-190.

Seifert W (1996) Neue Zuwanderergruppen auf dem westlichen Arbeitsmarkt. Eine Analyse der Arbeitsmarktchancen von Aussiedlern, ausländischen Zuwanderern und ostdeutschen Übersiedlern. Soziale Welt, 2: 180.

Silbereisen, RK (1999) Psychosoziale Aspekte des Ecstasy-Konsums: Entwicklungspsychologische Aspekte. In: Thomasius, R (Hrsg) Ecstasy-Wirkungen, Risiken, Interventionen. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 70-82.

Silbereisen RK (1995) Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In: Oerter R; Montada, L (Hrsg) Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1056-1068.

Slepzow N (1993) Auf dem Weg zur Marktwirtschaft. In: Slepzow N, Rewenko L (Hrsg.) Die Perestrojka –Generation. Jugendliche in Russland, München: Juventa-Verlag, 7-32.

Sluzki CE (2001) Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann T, Salman T (Hrsg.) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 101-109.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007) Leben in Deutschland-Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Pressestelle.

[http://74.125.39.104/search?q=cache:tyILbvH2PmsJ:www.](http://74.125.39.104/search?q=cache:tyILbvH2PmsJ:www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Mikrozensus/Pressebrochure,property%3Dfile.pdf+Mikrozensus+2005&hl=de&ct=clnk&cd=1&gl=de)

[destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Mikrozensus/Pressebrochure,property%3Dfile.pdf+Mikrozensus+2005&hl=de&ct=clnk&cd=1&gl=de](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Mikrozensus/Pressebrochure,property%3Dfile.pdf+Mikrozensus+2005&hl=de&ct=clnk&cd=1&gl=de)
(Zugriff am 15.06.08).

Steinbach A (2004) Soziale Distanz. Ethnische Grenzziehung und die Eingliederung von Zuwanderern in Deutschland. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Strasser H, Zdun S (2003) Ehrenwerte Männer–Jugendliche Russlanddeutsche und die deutsche Polizei. Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe 3: 266-271.

Strobl R, Kühnel W (2000) Dazugehörig und ausgegrenzt. Analysen zu Integrationschancen junger Aussiedler. Weinheim: Juventa Verlag.

Surall D, Siefen R-G (2002) Prävalenz und Risikofaktoren des Drogenkonsums von türkischen und Aussiedlerjugendlichen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen. Eine Dunkelfelderhebung der Stadt Marl. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Migration und Sucht: Expertise i.A. des Bundesministeriums für Gesundheit / vorgelegt von Ursula Boos-Nünning, Baden-Baden: Nomos.

Tajfel H, Turner J (1986) The Social Identity Theory of intergroup behavior. In Worchel S, Austin WG (Hrsg.) Psychology of Intergroup Relations, Chicago: Nelson-Hall, 7-24.

Titma M, Saar E (1997) Die Wahl des Zeitpunktes von Heirat und Geburt von Kindern in der ehemaligen Sowjetunion. In: Nauck B, Schönplflug U (Hrsg.) Familien in verschiedenen Kulturen. Stuttgart: Ferdinand Enke-Verlag, 217-247.

Toprak MA, Lorenzen S (2000) Sucht. In: Haasen C & Yagdiran O (Hrsg.) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg i.B.: Lambertus, 145-163.

Tossmann HP, Pligrim C (2001) Drogenkonsum und Risikoeinschätzung in längsschnittlicher Perspektive. Suchttherapie; 2:98-108.

Uchtenhagen A, Zimmer-Höfler D (1985) Heroinabhängige und ihre „normalen“ Altersgenossen. Bern: Haupt.

Ulrich-Kleinmanns J, Jungaberle H, Weinhold J, Verres R (2008) Muster und Verlauf des Konsums psychoaktiver Substanzen in Jugendalter. Die Bedeutung von Kohärenzsinn und Risikowahrnehmung. Suchttherapie 9:12-21.

Walter J (2003) Junge russischsprachige Aussiedler als Klientel in den Justizvollzugsanstalten. In: DBH-Bildungswerk (Hrsg.) Spätaussiedler. Interkulturelle Kompetenz für die Straffälligenhilfe und den Justizvollzugsdienst. Godesberg: Forum Verlag 87-111.

Weiler D, Vogt M, Kufner H (2000) Anwendung des European Addiction Severity Index (EuropASI) im Rahmen einer ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen. SUCHT 46(3): 197-208.

Welsch K, Sonntag D (2003) Jahresstatistik 2002 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. SUCHT 49 (Sonderheft 1): 42-62.

Wittig U, Merbach M, Siefen RG, Brähler E (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. Gesundheitswesen 66:85-92.

Zarifoglu F, Zeiler J (1995) Ethnische Diskriminierung und psychische Erkrankung. In: Koch E, Özek M, Pfeiffer WM (Hrsg.) Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus-Verlag, 152-159.

Zinkler M, Valdes J, von Cranach M, Soyka M (1998) Katamnestiche Untersuchung niedrigschwellig entgifteter Opiatabhängiger. Sucht 44 (1): 25-33.

9 Anhang

9.1 Erhebungsbögen

Sektion A: Allgemeine Informationen

A1. NUMMER DES INTERVIEWS |__|__|__|

A2. DATUM INTERVIEW: Tag / Monat / Jahr

A3. _____
REKRUTIERUNG:
(TRAGEN SIE HIER BITTE EIN, ÜBER WEN BZW. ÜBER WELCHE EINRICHTUNG DER KONTAKT ZUSTANDE GEKOMMEN IST)

A4. GESCHLECHT:

1	MÄNNLICH
2	WEIBLICH

A5. ALTER: |__|__|

A6. INTERVIEWER/INTERVIEWERIN |__|__|

A7. SUBGRUPPE DER MIGRANTINNEN:

1	„AUSSIEDLER“
2	„KONTINGENTFLÜCHTLINGE“
3	„ANDERE“

Sektion B: Substanzkonsum

ANWEISUNG: A. TRAGEN SIE DIE TAGE DES KONSUMS IN DEN LETZTEN 30 TAGEN VOR AUFNAHME EIN.
 TRAGEN SIE "0" FÜR KEINEN KONSUM EIN.
 B. KODIEREN SIE DIE ART UND WEISE DER EINNAHME (ORAL=1, SCHNIEFEN=2, RAUCHEN=3, IV=4. NOTIEREN SIE DIE HÄUFIGSTEN KONSUMART.

SUBSTANZ	A. TAGE DES KONSUMS	B. ART UND WEISE DER EINNAHME	C. ALTER BEI ERSTEM GEBRAUCH
B1. Alkohol	_ _	_	_ _
B2. Heroin	_ _	_	_ _
B3. Nicht verschriebenes Methadon	_ _	_	_ _
B4. Nicht verschriebene dämpfende Psychopharmaka <small>(Benzodiazepine / Barbiturate / Sedativa / Hypnotika / Tranquilizer)</small>	_ _	_	_ _
B5. Kokain	_ _	_	_ _
B6. Crack	_ _	_	_ _
B7. Amphetamine	_ _	_	_ _
B8. Cannabis	_ _	_	_ _
B9. Halluzinogene	_ _	_	_ _
B10. Schnüffelstoffe	_ _	_	_ _
B11. MEHR ALS EINE SUBSTANZ PRO TAG	_ _	_	_ _

B12. WELCHE SUBSTANZ STELLT IHR HAUPTPROBLEM DAR? |_|_|_|_|
 (KODIEREN SIE MIT B1-B10)

B13. ALTER BEI DER ERSTEN INJEKTION |_|_|

**B14. ALTER BEI DEM BEGINN DES REGELMÄßIGEN INTRAVENÖSEN
 DROGENKONSUMS** |_|_|

B15.SUBSTITUTION VOR AUFNAHME (LETZTER DURCHSCHNITTLICHER WERT):

Methadon |__|__| Polamidon |__|__| Subotex |__|__|

ANZAHL DER BISHERIGEN BEHANDLUNGEN FÜR...

B16. ALKOHOLPROBLEME

STATIONÄRE ENTGIFTUNGEN |__|__|

LANGZEITTHERAPIE |__|__|

B17. DROGENPROBLEME

STATIONÄRE ENTGIFTUNGEN |__|__|

LANGZEITTHERAPIE |__|__|

B18. ALTER BEI ERSTER BEHANDLUNG |__|__|

B19. DIE LAUFENDE BEHANDLUNG HAT ZUM ZIEL:

BEIKONSUMENTGIFTUNG BEI DER SUBSTITUTION |__|
ENTGIFTUNG |__|
VORBEREITUNG ZUR THERAPIE |__|
NOCH NICHT GEKLÄRT |__|

B20. KONTAKTE MIT DER SUCHTBERATUNG

KEINE |__|
SPORADISCH |__|
REGELMÄßIG |__|

Drogenkonsum “Severity of Dependence”

HIER SIND ITEMS BEZÜGLICH DES DROGENKONSUMS AUFGELISTET. BEI JEDEM ITEM GIBT ES VIER ANTWORTMÖGLICHKEITEN. JEDE FRAGE MUSS BEANTWORTET WERDEN.

IM LETZTEN JAHR...

1. GLAUBEN SIE, IHREN DROGENKONSUM UNTER KONTROLLE ZU HABEN?

NIE	MANCHMAL	OFT	IMMER
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

2. MACHT DER GEDANKE, NICHT AN DROGEN ZU KOMMEN SIE ÄNGSTLICH ODER NERVÖS?

NIE	MANCHMAL	OFT	IMMER
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

3. MACHEN SIE SICH SORGEN UM IHREN DROGENKONSUM?

NIE	MANCHMAL	OFT	IMMER
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. WOLLTEN SIE IHREN DROGENKONSUM BEENDEN?

NIE	MANCHMAL	OFT	IMMER
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

5. WIE SCHWIERIG IST ES FÜR SIE DEN DROGENKONSUM ZU UNTERBINDEN?

GAR NICHT UNMÖGLICH	EHER SCHWIERIG		SEHR SCHWER
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Migration und psychosoziale Situation
„Fragebogen - Sozialstatus, Migrationsverlauf, Integration, zwischenmenschliche Konflikte“

Sektion 1 Sozialstatus

1.1 HERKUNFTSLAND: _____

1.2 STRUKTUR DES HERKUNFTSORTES:

GROßSTADT
1

KLEINSTADT
2

DORF/LAND
3

1.3 FAMILIENSTAND:

LEDIG
1

VERHEIRATET
2

GETRENNT
3

GESCHIEDEN
4

VERWITWET
5

1.4

1	JA
2	NEIN

PARTNERSCHAFT

1.5 WIE VIELE KINDER? |__|__| ANZAHL

1.6 WOHNSITUATION:

ALLEINE
1

MIT FAMILIE
2

MIT ANDEREN
3

OHNE F. WOHNSITZ
4

1.7 SCHULAUSSCHULUNG:

IM HERKUNFTSLAND:

KEINE
1

SONDERSCHULE
2

HAUPTSCHULE
3

REALSCHULE
4

GYMNASIUM
5

IN DEUTSCHLAND:

KEINE
1

SONDERSCHULE
2

HAUPTSCHULE
3

REALSCHULE
4

GYMNASIUM
5

1.8 BERUFAUSSCHULUNG:

IM HERKUNFTSLAND:

KEINE
1

ANGELERNT
2

LEHRE
3

FACHSCHULE
4

HOCHSCHULE
5

IN DEUTSCHLAND:

KEINE ANGELEHRT LEHRE FACHSCHUL HOCHSCHUL
1 2 3 4 5

1.9 ERLERNTER BERUF: _____

1.10 IM ERLERNTEN BERUF TÄTIG:

1	JA
2	NEIN

1.11 BERUFLICHE SITUATION:

VOLLZ EIT TEILZEIT AUSBILDU NG GELEGENT LICH ARBEITSL OS RENTE HAUSFRAU/- MANN
1 2 3 4 5 6 7

1.12 SEIT WANN BESTEHT DIESE BESCHÄFTIGUNGSSITUATION?

|_|_|_|_| JAHRESZAHL

1.13 WEHRDIENST:

IM HERKUNFTSLAND

JA NEIN
1 2

IN DEUTSCHLAND

JA NEIN
1 2

1.14 AUFENTHALT IN EINER STRAFANSTALT:

IM HERKUNFTSLAND

JA NEIN
1 2

IN DEUTSCHLAND

JA NEIN
1 2

Sektion 2 Migrationsverlauf

2.1 ALTER BEI DER MIGRATION NACH DEUTSCHLAND? |_|_|_| JAHRE

2.2 MIGRATIONSBEDINGUNG:

ALLEINE MIT DER FAMILIE MIT ANDEREN
1 2 3

WENN ALLEINE, WO LEBT DIE FAMILIE JETZT?

2.3 GRÜNDE FÜR DIE MIGRATION:

EIGENE

1	JA
2	NEIN

ENTSCHEIDUNG

2.4 GAB ES EINE TRENNUNG VON DER ELTERN VOR DER MIGRATION?

1	ja
2	nein

WENN JA, DAUER DER TRENNUNG: |__|__| JAHRE

2.5 GAB ES EINE TRENNUNG VON DER ELTERN DURCH DIE MIGRATION?

1	ja
2	nein

WENN JA, DAUER DER TRENNUNG: |__|__| JAHRE

2.6 BEI WEM SIND SIE AUFGEWACHSEN?

ELTERN	GROBELTE	PFLEGEEL	GESCHWIS	TANTE/ON	ANDERE
	RN	TERN	TER	KEL	
1	2	3	4	5	6

Sektion 3 Migrationsverlauf

3.1 HABEN SICH DIE ERWARTUNGEN AN DEUTSCHLAND ERFÜLLT?

GAR NICHT	ETWAS	TEILS	SEHR	GANZ
1	2	3	4	5

3.2 DEUTSCHE STAATSANGEHÖRIGKEIT:

1	ja
2	nein

WENN NEIN, WIE IST DER AUFENTHALTSSTATUS?

ILLEGAL	DULDUNG	ASYL	ASYL	BEFRISTET	UNBEFRIS
		BEANTRAG	BEWILLIG		TET
		T	T		
1	2	3	4	5	6

3.3 ZU WIE VIELEN MENSCHEN HABEN SIE FREUNDSCHAFTLICHEN KONTAKT? |__|__| ANZAHL

3.4 SIND DIE KONTAKTE...:

EHER	EHER MIT DEUTSCHEN?	GLEICH VERTEILT?
HERKUNFTSORIENTIER		
T?		
1	2	3

3.5 SPRACHE IN DER FAMILIE

HERKUNFTSSPRACHE

1

DEUTSCH

2

GLEICH VERTEILT?

3

3.6 SPRACHE AUßERHALB DER FAMILIE

HERKUNFTSSPRACHE

1

DEUTSCH

2

GLEICH VERTEILT?

3

3.7 DEUTSCHE SPRACHKENNTNISSE:

GAR NICHT

1

SCHLECHT

2

MÄßIG

3

GUT

4

FLIEßEND

5

3.8 KENNTNISSE DER „MUTTERSPRACHE“:

GAR NICHT

1

SCHLECHT

2

MÄßIG

3

GUT

4

FLIEßEND

5

3.9 WO HABEN SIE DISKRIMINATIONSERFAHRUNGEN GEMACHT:

NIRGENDS/NIE

1

SCHULE

2

ÄMTER UND
BEHÖRDEN

3

ARBEIT/
SUCHE

4

PARTNERSCHAFT

5

FREIZEIT

6

WENN JA, WIE SAH DIE DISKRIMINIERUNG AUS?

**3.10 BEABSICHTIGEN SIE EINE RÜCKKEHR IN IHR
HERKUNFTSLAND (REMIGRATION)?**

1
2
3

ja

nein

unentschieden

3.11 WIE KÖNNEN SIE SICH DEFINIEREN:

Deutscher

Russe

Russlanddeutscher

kann mich nicht entscheiden

SEKTION 4 ELTERN-KIND-KONFLIKTE

4.1 GAB ODER GIBT ES ZWISCHEN IHNEN UND DEN ELTERN SCHWERERE KONFLIKTE?

1	ja
2	nein

4.2 WIE KÖNNEN SIE DEN KONTAKT ZU IHREN ELTERN DEFINIEREN?

1	häufig
2	selten
3	kein Kontakt

SEKTION 5 PARTNERSCHAFTSKONFLIKTE

5.1 NATIONALITÄT DES PARTNERS/DER PARTNERIN:

HERKUNFTSLAND

DEUTSCH

ANDERE

1

2

3

5.2 GAB ODER GIBT ES ZWISCHEN IHNEN UND DEM PARTNER/DER PARTNERIN SCHWERERE KONFLIKTE?

1	ja
2	nein

5.3 HAT IHR PARTNER/PARTNERIN SUCHTPROBLEME?

1	ja
2	nein

„Akkulturations-Stress-Index“

FRAGEN		JA	NEIN
1	HATTEN ODER HABEN SIE BEIM LERNEN DER DEUTSCHEN SPRACHE SCHWIERIGKEITEN?	1	0
2	HATTEN ODER HABEN SIE SCHWIERIGKEITEN, EINEN ZUFRIEDEN STELLENDEN JOB ZU FINDEN?	1	0
3	HATTEN ODER HABEN SIE SCHWIERIGKEITEN, DAS VERHALTEN DER MENSCHEN HIER IN DEUTSCHLAND ZU VERSTEHEN?	1	0
4	HATTEN ODER HABEN SIE SCHWIERIGKEITEN, EINE PASSENDE WOHNUNG BZW. UNTERKUNFT ZU FINDEN?	1	0
5	WUBTEN SIE, WIE SIE IHRE ALLTÄGLICHEN BEDÜRFNISSE HIER REGELN SOLLTEN?	0	1
6	GAB ES KONFLIKTE ZWISCHEN TYPISCHEN VERHALTENSWEISEN IN IHREM HERKUNFTSLAND UND DEUTSCHLAND?	1	0
7	HATTEN ODER HABEN SIE GENÜGENG GELD FÜR IHRE GRUNDVERSORGUNG?	0	1
8	HABEN SIE MANCHMAL PROBLEME BEIM VERSTÄNDNIS DER KULTUR HIER IN DEUTSCHLAND?	1	0
9	LEBEN ODER LEBTEN SIE IN EINER NACHBARSCHAFT, IN DER SIE UNERWÜNSCHT WAREN BZW. SICH UNSICHER GEFÜHLT HABEN?	1	0
10	MUSSTEN SIE SICH AN EIN ANDERES KLIMA GEWÖHNEN?	1	0
11	HABEN SIE AN SOZIALEN STATUS UND PRESTIGE VERLOREN?	1	0
12	HATTEN ODER HABEN SIE DAS GEFÜHL, DASS DIE MENSCHEN IN DEUTSCHLAND UNFREUNDLICH SIND UND VORURTEILE IHNEN GEGENÜBER HABEN?	1	0
13	WAREN ODER SIND SIE UNSICHER, WIE SIE SICH IN DER ÖFFENTLICHKEIT VERHALTEN SOLLEN ODER MÜSSEN?	1	0
14	HATTEN ODER HABEN SIE PROBLEME IM KONTAKT MIT DEN DEUTSCHEN BEHÖRDEN?	1	0
14A	WAREN ODER SIND SIE AUFGRUND DER ABHÄNGIGKEIT VON BEHÖRDLICHEN ENTSCHEIDUNGEN IN IHREN HANDLUNGEN UND ENTSCHEIDUNGEN EINGESCHRÄNKT?	1	0
15	HATTEN ODER HABEN SIE PROBLEME IN BEZUG AUF DAS DEUTSCHE SCHULSYSTEM?	1	0
16	HATTEN ODER HABEN SIE IMMER DIE MÖGLICHKEIT, SICH MIT FAMILIENMITGLIEDERN UND ANDEREN GELIEBTEN MENSCHEN IN IHREM HERKUNFTSLAND IN VERBINDUNG ZU SETZEN?	0	1
17	WAREN ODER SIND SIE ERSCHROCKEN ODER VERÄNGSTIGT, WENN SIE DEN MENSCHEN HIER IN DEUTSCHLAND BEGEGNEN?	1	0

18	HAT SICH IHRE ROLLE IN IHRER FAMILIE WESENTLICH VERÄNDERT SEIT DER AUSWANDERUNG NACH DEUTSCHLAND?	1	0
19	HATTEN ODER HABEN SIE SCHWIERIGKEITEN AUFGRUND VON UNTERSCHIEDLICHEN WERTEN UND NORMEN IN IHREM HERKUNFTSLAND UND IN DEUTSCHLAND?	1	0
20	SIND SIE ZEITWEISE GETRENNT ODER ISOLIERT GEWESEN VON DER FAMILIE ODER ANDEREN WICHTIGEN PERSONEN?	1	0

FRAGEBOGEN FKK

G. Krampen

Name / Code: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Höchster Schulabschluß: _____

Beruf: _____ Ihr Geschlecht: o weiblich o männlich

ANLEITUNG

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben dabei die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen (durch deutliches Ankreuzen), das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Hier ist ein **Beispiel** für die Beantwortung der Aussagen:

"Ich bin ein lebhafter Mensch."

-	-	-	+	++	+++
---	---	---	---	----	-----

- Ist diese Aussage für Sie **sehr falsch**, durchkreuzen Sie bitte: ---
- Ist diese Aussage für Sie **falsch**, durchkreuzen Sie bitte: --
- Ist diese Aussage für Sie **eher falsch**, durchkreuzen Sie bitte: -
- Ist diese Aussage für Sie **eher richtig**, durchkreuzen Sie bitte: +
- Ist diese Aussage für Sie **richtig**, durchkreuzen Sie bitte: ++
- Ist diese Aussage für Sie **sehr richtig**, durchkreuzen Sie bitte: +++

Bitte bearbeiten Sie **alle** Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung. Es geht bei allen Aussagen um Ihre ganz persönliche Sichtweise.

© Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen.
 Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch einzelner Teile oder Items sowie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien, verboten.
 Best.-Nr. 01 093 03

Im folgenden werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Diese Aussage ist:		sehr falsch					sehr richtig
01.	Es hängt hauptsächlich von mir ab, ob sich andere Menschen nach meinen Wünschen richten oder nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02.	Zufällige Geschehnisse bestimmen einen großen Teil meines Lebens und Alltags.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03.	Ich habe das Gefühl, daß vieles von dem, was in meinem Leben passiert, von anderen Menschen abhängt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.	Ich komme mir manchmal taten- und ideenlos vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05.	Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt alleine von mir und meinem Verhalten ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06.	Wenn ich Pläne schmiede, bin ich mir ganz sicher, daß das Geplante auch Wirklichkeit wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07.	Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.	Mehrdeutige Situationen mag ich nicht, da ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09.	Wenn ich bekomme, was ich will, so spielt Glück meistens auch eine Rolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Andere Menschen verhindern oft die Verwirklichung meiner Pläne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich kann mich am besten selbst durch mein Verhalten vor Krankheiten schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich weiß oft nicht, wie ich meine Wünsche verwirklichen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Vieles von dem, was in meinem Leben passiert, hängt vom Zufall ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Mein Leben und Alltag werden in vielen Bereichen von anderen Menschen bestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ob ich einen Unfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ich kenne viele Möglichkeiten, mich vor Erkrankungen zu schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Diese Aussage ist:	sehr falsch				sehr richtig	
17.	Ich habe nur geringe Möglichkeiten, meine Interessen gegen andere Leute durchzusetzen.	-	-	-	+	++	+++
18.	Es ist für mich nicht gut, weit im voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.	-	-	-	+	++	+++
19.	Um das zu bekommen, was ich will, muß ich zu anderen Menschen freundlich und zuvorkommend sein.	-	-	-	+	++	+++
20.	In unklaren oder gefährlichen Situationen weiß ich immer, was ich tun kann.	-	-	-	+	++	+++
21.	Es ist reiner Zufall, wenn sich andere Menschen einmal nach meinen Wünschen richten.	-	-	-	+	++	+++
22.	Mein Wohlbefinden hängt in starkem Maße vom Verhalten anderer Menschen ab.	-	-	-	+	++	+++
23.	Ich kann sehr viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	-	-	-	+	++	+++
24.	Manchmal weiß ich überhaupt nicht, was ich in einer Situation machen soll.	-	-	-	+	++	+++
25.	Gewöhnlich kann ich meine Interessen selbst vertreten und erreiche dabei das, was ich will.	-	-	-	+	++	+++
26.	Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt in starkem Maße von dem Verhalten anderer ab.	-	-	-	+	++	+++
27.	Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das immer eine Folge meiner Anstrengung und meines persönlichen Einsatzes.	-	-	-	+	++	+++
28.	Auch in schwierigen Situationen fallen mir immer viele Handlungsalternativen ein.	-	-	-	+	++	+++
29.	Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen nach den Wünschen anderer Leute.	-	-	-	+	++	+++
30.	Mein Lebenslauf und mein Alltag werden alleine durch mein Verhalten und meine Wünsche bestimmt.	-	-	-	+	++	+++
31.	Es hängt vom Schicksal ab, ob ich krank werde oder nicht.	-	-	-	+	++	+++
32.	Für die Lösung von Problemen fallen mir immer viele Möglichkeiten ein.	-	-	-	+	++	+++

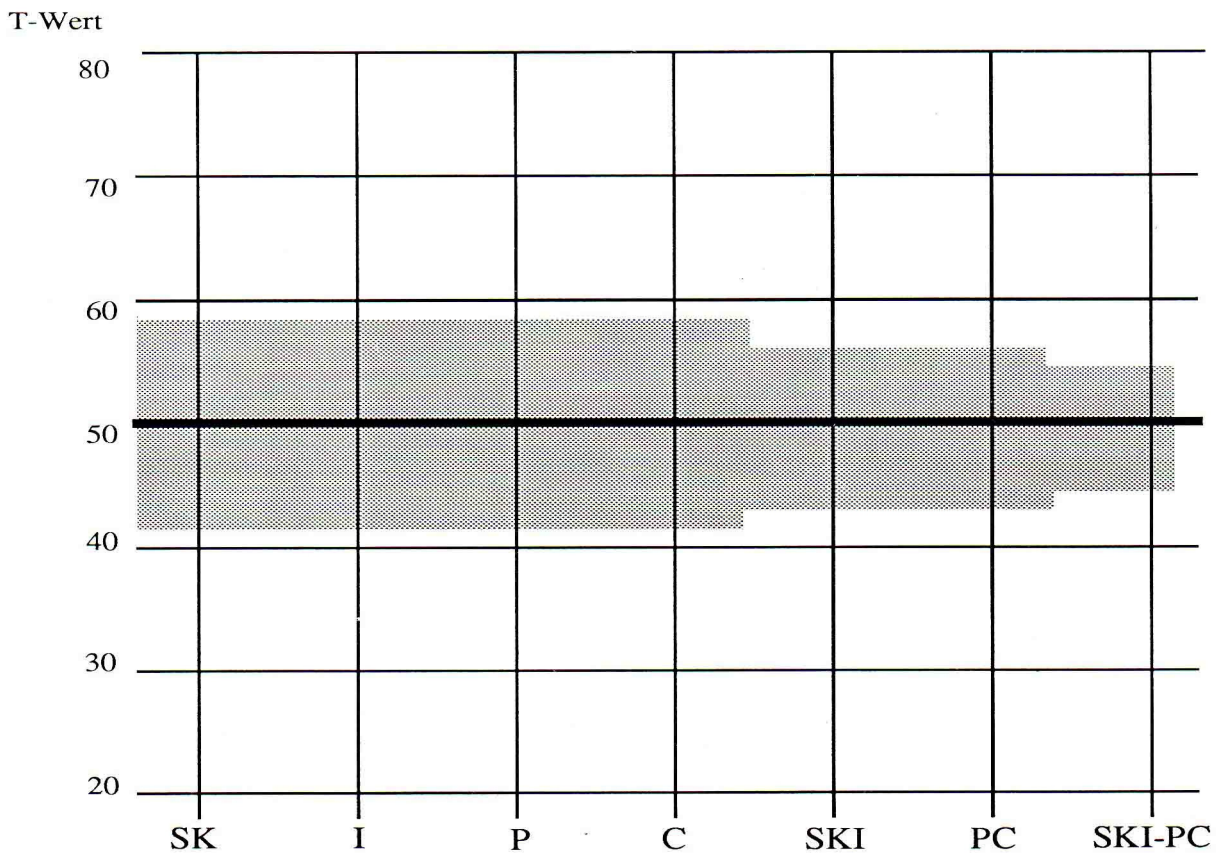
Überprüfen Sie bitte, ob Sie **alle** Fragen beantwortet haben.

Bitte hier nichts ausfüllen!

AUSWERTUNGSTABELLE

	SK	I	P	C	SKI	PC	SKI-PC
Summe 1							
Summe 2							
Gesamt-Rohwert							
Prozentrang (PR)							
T-Wert							

SKALENPROFIL



9.2 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Zakhalev
Vorname	Roman
Geburtsdatum	21.11.1957
Geburtsort	Melitopol, Ukraine
Staatsangehörigkeit	Deutsch
Familienstand	Verheiratet, 1 Sohn, geb. 26.01.1997
Aufenthalt in Deutschland	seit 11.05.1993 als jüdischer Kontingentflüchtling

Schulbildung:

1964 – 1974	Besuch der allgemeinbildenden Schule in Kirovograd, Ukraine
Schulabschluss	allgemeine Hochschulreife

Studium in der ehemaligen UdSSR:

1974 – 1980	Studium an der Medizinischen Hochschule in Rostow/Don/Russland mit Approbation zum Arzt
-------------	---

Berufstätigkeit in der ehemaligen UdSSR:

08/1980 – 01/1983	Ärztliche Tätigkeit in der Kreisanstalt für Hygiene und Epidemieverhütung, Kirovograd/Ukraine
01/1983 – 08/1985	Ärztliche Betreuung der Fußballmannschaft des Sportklubs „Swesda“, Kirovograd/Ukraine
08/1985 – 01/1989	Assistenzarzt im Kreiskrankenhaus, Kirovograd/Ukraine, Abteilung Innere Medizin
01/1989 – 11/1992	Assistenzarzt in der städtischen Poliklinik, Moskau/Russland, Abteilung Innere Medizin

Studium in Deutschland

08/1995	Immatrikulation im 7. Semester an der Medizinischen Hochschule Hannover Fachbereich: Humanmedizin (das abgeschlossene Studium in Russland wurde vom Landesprüfungsamt mit 6 Semestern und dem 1.Abschnitt der Ärztlichen Prüfung angerechnet)
---------	---

03/1998 2.Staatsexamen

Praktisches Jahr

04 – 07/1998 Tertial (Wahlfach) – Psychosomatik und Psychotherapie
MHH
08 – 11 /1998 2.Tertial - Innere Medizin/Friederikenstift Hannover
12/1998 – 03/1999 3.Tertial – Chirurgie/Friederikenstift Hannover
05/1999 3.Staatsexamen

Berufstätigkeit in Deutschland

10/94 - 09/95 Pflgerische Tätigkeit im jüdischen Seniorenheim
Hannover
07.06.99 – 06.12.2000 Arzt im Praktikum, Klinikum Warendorff
07.12.2000 – 31.12.2004 Assistenzarzt Klinikum Warendorff
07.06.99 – 02.01.2000 offene allgemeinpsychiatrische Station
02.01.2000 – 14.07.2001 Suchtmedizin (geschlossen, offen)
15.07.2001 – 12.01.2003 Langzeitbereich (Heimbereich)
13.01.2003 – 31.12.2004 geschlossene allgemeinpsychiatrische Station
01.01.2005 – 31.12.2005 Assistenzarzt , Neurologische Klinik Hessisch
Oldendorf
ab 01.01.2006 Assistenzarzt Klinikum Warendorff
23.03.2006 Facharztprüfung (Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie)
ab 01.04.2006 Oberarzt der Abteilung Suchtmedizin, Klinikum
Warendorff

DANKSAGUNG

Mein ganz herzlicher Dank gilt an erster Stelle Herrn Professor Dr. Christian Haasen für die Bereitstellung des Themas, sein großes Interesse an der Arbeit und für die freundliche und kompetente Betreuung.

Frau Dr. Silke Kuhn danke ich für ihre hervorragende Beratung und Hilfsbereitschaft.

Herrn Dr. Greif Sander danke ich an dieser Stelle herzlich dafür, dass er mich für die wissenschaftliche Arbeit begeistert und stets freundlich unterstützt hat.