

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung

**Aussiedlerinnen und Aussiedler in der  
Drogenhilfe Schleswig-Holstein:  
Versorgungssituation, Konsummuster  
und Zugangsbarrieren zum Hilfesystem**

Projektleiter: Andreas Speck

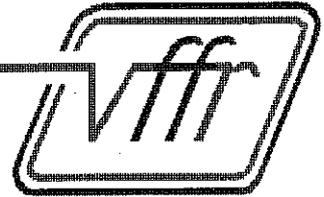
Projektmitarbeiter: Patrick Sperber, Sönke Reimers,  
Ninja Raack, Jean Hermanns, Michael Pagels

**Abschlußbericht**

*November 2004*

Korrespondenzadresse:  
Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein  
Schauenburger Strasse 36  
24105 Kiel  
Tel.: 0431-564770  
sucht@lssh.de





**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung**

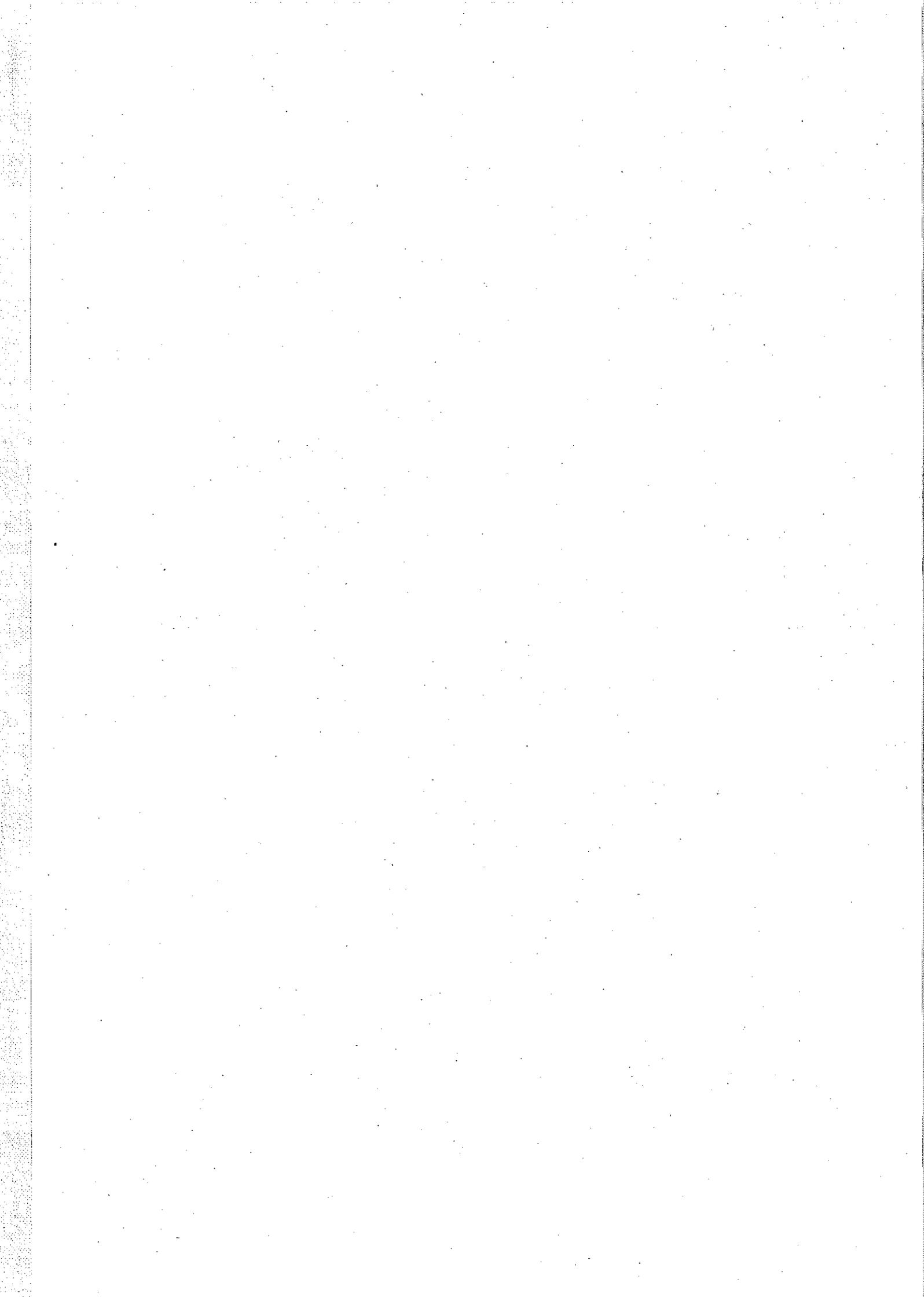
**Aussiedlerinnen und Aussiedler in der  
Drogenhilfe Schleswig-Holstein:  
Versorgungssituation, Konsummuster  
und Zugangsbarrieren zum Hilfesystem**

Projektleiter: Andreas Speck

Projektmitarbeiter: Patrick Sperber, Sönke Reimers,  
Ninja Raack, Jean Hermanns, Michael Pagels

**Abschlußbericht**  
*November 2004*

Korrespondenzadresse:  
Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein  
Schauenburger Strasse 36  
24105 Kiel  
Tel.: 0431-564770  
sucht@lssh.de



# **Aussiedlerinnen und Aussiedler in der Drogenhilfe Schleswig-Holstein:**

## **Versorgungssituation, Konsummuster und Zugangsbarrieren zum Hilfesystem**

Andreas Speck, Patrick Sperber, Sönke Reimers, Ninja Raack, Jean Hermanns, Michael Pagels

August 2004

### **Projektträger:**

Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V. / Büro für Statistik in der LSSH  
Fachkrankenhaus Nordfriesland, Bredstedt  
Psychiatrisches Krankenhaus Rickling

### **Forschungszeitraum**

Februar 2004 – August 2004

Mit Unterstützung des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig – Holstein e.V. (vffr).

### **Zusammenfassung**

*Mit dem durchgeführten Projekt sollte die Situation von Aussiedlern<sup>1</sup> in der Drogenhilfe untersucht werden. Schätzungen aus dem Fachkrankenhaus Nordfriesland und dem Psychiatrischen Zentrum Rickling zufolge sind annähernd 15% der drogenabhängigen Klienten aus Russland oder den sog. Nachfolgestaaten der UdSSR. Anhand bestimmter Parameter sollen bestehende Daten aus beiden Kliniken untersucht und die Situation der Aussiedler im Vergleich mit einer Stichprobe deutscher Drogenabhängiger analysiert werden. Ziel war es, eine differenzierte Beschreibung der Behandlungssituation zu bekommen, um durch eine empirische Fundierung die konzeptionelle Fortentwicklung der Versorgungspraxis für Aussiedler zu gewährleisten.*

---

<sup>1</sup> Die Verwendung der männlichen Schreibweise lässt keine Rückschlüsse auf das Geschlecht zu, impliziert demnach auch Frauen und stellt ausdrücklich keine Wertung dar. Wir verwenden die männliche Schreibweise aus Gründen der besseren Handhabung und Lesbarkeit.

## INHALT

<b>1 ZIEL DER STUDIE</b>	<b>8</b>
1.1 Hintergrund	8
1.2 Epidemiologie und Stand der Forschung:	9
1.2.1 Zur Situation von Migranten – speziell Aussiedler – in der Suchthilfe	9
1.3 Problemlage	11
<b>2 STUDIENPLAN</b>	<b>12</b>
2.1 Art der Studie	12
2.2 Feldzugang	12
2.3 Falldefinition	12
2.4 Geplante Stichprobengröße	12
2.5 Art der Stichprobengewinnung	12
2.6 Mess- und Erhebungszeitpunkte	12
2.7 Ziele der Auswertung	13
2.8 Methoden zur Kontrolle der Störgrößen	13
<b>3 STICHPROBENBESCHREIBUNG DER AUSSIEDLER</b>	<b>15</b>
3.1 Geschlechtliche Verteilung	15
3.2 Herkunftsland	15
3.3 Altersverteilung in der Stichprobe	16
3.4 Aufenthaltsdauer in Deutschland	17
3.5 Behandlungsstatus nach Geschlecht	17
3.6 Diagnostischer Status bezogen auf Substanzen	18
3.7 Erstkonsum	19
3.8 Anzahl der stationären Behandlungen	19
3.9 Anzahl Entgiftung und Entwöhnung	20
3.10 Entlassungsart	21
3.11 Kriminalitätsstatus	22
3.12 Gesundheitsstatus	23
<b>4 STICHPROBENBESCHREIBUNG IN DEUTSCHLAND GEBORENE</b>	<b>24</b>
4.1 Geschlechtliche Verteilung	24
4.2 Altersverteilung in der Stichprobe	24

<b>4.3 Behandlungsstatus nach Geschlecht</b>	<b>25</b>
<b>4.4 Diagnostischer Status bezogen auf Substanzen</b>	<b>25</b>
<b>4.5 Erstkonsum</b>	<b>26</b>
<b>4.6 Anzahl stationärer Behandlungen</b>	<b>27</b>
<b>4.7 Anzahl Entgiftung und Entwöhnung</b>	<b>27</b>
<b>4.8 Entlassungsart</b>	<b>28</b>
<b>4.9 Kriminalitätsstatus</b>	<b>29</b>
<b>4.10 Gesundheitsstatus</b>	<b>29</b>
<b>5 STICHPROBENVERGLEICH: AUSSIEDLER UND EINHEIMISCHE DROGENABHÄNGIGE (DER UNTER 31-JÄHRIGEN)</b>	<b>30</b>
<b>5.1 Darstellung der Aktendaten</b>	<b>30</b>
<b>5.2 Vergleich der Stichproben</b>	<b>32</b>
5.2.1 Geschlechterverteilung	33
5.2.2 Diagnostischer Status bezogen auf Substanzen	33
5.2.2.1 Konsum von Substanzen	33
5.2.2.1.1 Konsum von Sedativa	33
5.2.2.1.2 Konsum von Halluzinogenen	34
5.2.2.1.3 Konsum von Opiaten	35
5.2.2.2 Schädlicher Gebrauch	35
5.2.2.2.1 Schädlicher Gebrauch von Cannabis	35
5.2.2.3 Abhängigkeit von Substanzen	36
5.2.2.3.1 Cannabis Abhängigkeit	36
5.2.3 Erstkonsum verschiedener Substanzen	37
5.2.3.1 Erstkonsum von Cannabis	37
5.2.3.2 Erstkonsum von Kokain	38
5.2.4 Gesundheitlicher Status	39
5.2.4.1 Infektion mit Hepatitis	40
5.2.4.2 Infektion mit HIV und Erkrankung an AIDS	40
5.2.5 Kriminalitätsstatus	42
5.2.6 Anzahl der Behandlungen	43
5.2.7 Anzahl der Entgiftungen	44
5.2.8 Anzahl der Entwöhnungen	44
5.2.9 Entlassungsart	45
<b>6. STICHPROBENVERGLEICH: ALLE 200 UNTERSUCHTEN AUSSIEDLER UND EINHEIMISCHE DROGENABHÄNGIGE</b>	<b>47</b>
6.1 Geschlechterverteilung	47
6.2 Diagnostischer Status bezogen auf Substanzen	48
6.2.1 Konsum von Substanzen	48
6.2.1.1 Konsum von Sedativa	48
6.2.1.2 Konsum von Kokain	48
6.2.1.3 Konsum von Halluzinogenen	49
6.2.1.4 Konsum von anderen Substanzen oder multipler Substanzgebrauch	50
6.2.2 Schädlicher Gebrauch	51
6.2.2.1 Schädlicher Gebrauch von Cannabis	51
6.2.3 Abhängigkeit von Substanzen	51
6.2.3.1 Cannabis Abhängigkeit	51
6.2.3.2 Sedativa Abhängigkeit	52
6.3 Erstkonsum verschiedener Substanzen	53
6.3.1 Erstkonsum von Alkohol	53
6.3.2 Erstkonsum von Cannabis	54
6.3.4 Erstkonsum von Tabak	54

6.4 Gesundheitlicher Status	56
6.4.1 Infektion mit Hepatitis	56
6.4.2 Infektion mit HIV und Erkrankung an AIDS	57
6.5 Kriminalitätsstatus	59
6.6 Anzahl der stationären Behandlungen	60
6.7 Anzahl der Entgiftungen	60
6.8 Anzahl der Entwöhnungen	61
6.9 Entlassungsart	62
<b>ZUSAMMENFASSENDE HYPOTHESEN</b>	<b>64</b>
<b>6 AUSWERTUNG DER QUALITATIVEN INTERVIEWS</b>	<b>67</b>
<b>6.1 Hinführung</b>	<b>67</b>
<b>6.2 Gesprächspassagen:</b>	<b>68</b>
6.2.1 Der Aspekt der Freiwilligkeit der Migration	68
6.2.2 Der Aspekt der Identitätsdiffusion	69
6.2.3 Der Aspekt der Sprachfähigkeit	71
6.2.4 Der Aspekt der „peer-group“	73
6.2.5 Aspekt der Geschlechtsbilder	74
6.2.6 Der Aspekt des Erstkonsums	75
6.2.7 Der Aspekt der negativen Folgen der „peer-group“ Einbindung	77
6.2.8 Zugänge zum Hilfesystem	81
6.2.9 Aspekte der Barrieren zur Behandlung	83
6.2.9 Aspekte der Familie	84
6.2.10 Aspekte des Krankheitsverständnisses	85
6.2.11 Aspekte der Behandlungsrenitenz	87
6.2.10 Aspekte des Herkunftslandes	89
<b>6.3 Hypothesen</b>	<b>91</b>
<b>7. DISKUSSION</b>	<b>94</b>
<b>LITERATUR</b>	<b>97</b>

## Abbildungen

Abb. 1: Geschlechtliche Verteilung der Aussiedlerstichprobe .....	15
Abb. 2: Herkunftsland der Aussiedler .....	16
Abb. 3: Alter der Aussiedler .....	16
Abb. 4: Aufenthaltsdauer .....	17
Abb. 5: Behandlungsstatus nach Geschlecht .....	17
Abb. 6: Anzahl der stationären Behandlungen .....	20
Abb. 7: Anzahl der Entgiftungen .....	21
Abb. 8: Anzahl der bereits durchlaufenden Entwöhnungen .....	21
Abb. 9: Entlassungsart .....	22
Abb. 10: Kriminalitätsstatus .....	22
Abb. 11: Status Hepatitis .....	23
Abb. 12: Geschlechtliche Verteilung .....	24
Abb. 13: Altersverteilung .....	24
Abb. 14: Behandlungsart .....	25
Abb. 15: Anzahl stat. Behandlungen .....	27
Abb. 16: Anzahl Entgiftungen .....	27
Abb. 17: Anzahl Entwöhnungen .....	28
Abb. 18: Entlassungsart .....	28
Abb. 19: Kriminalitätsstatus .....	29
Abb. 20: Gesundheitsstatus .....	29
Abb. 21: Altersverteilung der beiden Stichproben 1 .....	31
Abb. 22: Altersverteilung der beiden Stichproben 2 .....	31
Abb. 23: Geschlechterverteilung: einheimische Deutsche - Aussiedler .....	33
Abb. 24: Konsum von Sedativa .....	34
Abb. 25: Konsum von Halluzinogenen .....	34
Abb. 26: Konsum von Opiaten .....	35
Abb. 27: Schädlicher Gebrauch von Cannabis innerhalb der Stichproben .....	36
Abb. 28: Cannabisabhängigkeit im Vergleich beider Stichproben .....	37
Abb. 29: Durchschnittsalter für den Einstieg in den Cannabiskonsum .....	38
Abb. 30: Einstiegsalter Kokain .....	39
Abb. 31: Infektion Hepatitis .....	40
Abb. 32: Infektion mit HIV .....	41
Abb. 33: AIDS - Erkrankungen .....	41
Abb. 34: Verteilung nach Kriminalitätsstatus: Aussiedler-einheimische Deutsche .....	42
Abb. 35 Vergleich beider Stichproben nach strafrechtlicher Auffälligkeit .....	42
Abb. 36: Anzahl der Behandlungen im Vergleich .....	43
Abb. 37: Vergleich der Anzahl der Entgiftungen .....	44
Abb. 38: Anzahl der Entwöhnungen .....	45
Abb. 39: Entlassungsart .....	45
Abb. 40: Kategorisierung der Planmäßigkeit der Behandlung .....	46
Abb. 41: Geschlechterverteilung .....	47
Abb. 42: Konsum von Sedativa .....	48
Abb. 43: Konsum von Kokain .....	49
Abb. 44: Konsum von Halluzinogenen .....	49
Abb. 45: Konsum von anderen Substanzen oder multipler Gebrauch .....	50
Abb. 46: Schädlicher Gebrauch von Cannabis .....	51
Abb. 47: Cannabis Abhängigkeit .....	52
Abb. 48: Abhängigkeit von Sedativa .....	52
Abb. 49: Infektion mit Hepatitis .....	56
Abb. 50: Hepatitisstatus .....	57
Abb. 51: HIV-Infektion .....	58
Abb. 52: AIDS-Erkrankung .....	58
Abb. 53: Kriminalitätsstatus .....	59

Abb. 54: Strafrechtlich auffällig .....	59
Abb. 55: Anzahl stat. Behandlungen 1 - Balkendiagramm.....	60
Abb. 56: Anzahl stat. Behandlungen 2 - Linienzug.....	60
Abb. 57: Anzahl Entgiftungen .....	61
Abb. 58: Anzahl Entwöhnungen .....	61
Abb. 59: Entlassungsart .....	62
Abb. 60: Kategorisiertes Behandlungsende .....	62

## Tabellen

Tab. 1: Suchtmittelspezifische Diagnosen nach ICD 10-Mehrfachnennungen .....	18
Tab. 2: Erstkonsum verschiedener Substanzen.....	19
Tab. 3: Ort des Erstkonsums von Opiaten .....	19
Tab. 4: Diagnostischer Status bezogen auf Substanzen.....	26
Tab. 5: Alter bei Erstkonsum .....	26
Tab. 6: Kennwerte der Altersverteilung der Stichproben Aussiedler – einheimische Deutsche .....	30
Tab. 7: Kennwerte der Altersverteilung.....	32
Tab. 8: Signifikanz für Einstiegsalter Cannabis.....	38
Tab. 9: Signifikanz des Einstiegsalters Kokain .....	39
Tab. 10: Erstkonsum von Alkohol .....	53
Tab. 11: Erstkonsum von Cannabis .....	54
Tab. 12: Erstkonsum von Tabak .....	55
Tab. 13: Kreuztabelle Aussiedlerstatus nach Hepatitisstatus (N=200).....	57
Tab. 14: Signifikanztests des Kategorisiertes Behandlungsende (N=194).....	63

## **1 Ziel der Studie**

### ***1.1 Hintergrund***

Die Bedeutung von Migrationserfahrungen und die damit verbundenen Einflüsse auf die verschiedenen Aspekte seelischer und körperlicher Gesundheit gerieten vor einigen Jahren in den Blickpunkt psychiatrischer und soziologischer Aufmerksamkeit. Insbesondere in klassischen „Einwanderungsländern“ wie den USA und Großbritannien sind vielfältige Fragestellungen zur somatischen und psychischen Befindlichkeit von Migranten, aber auch zur kulturspezifischen Diagnostik und Behandlung aufgeworfen worden. (Vgl. Herrmann/Schwantes 2002)

Hintergrund für das zunehmende Interesse war nicht allein die Vermutung, dass kulturelle Faktoren eine wichtige Rolle bei der Ätiologie psychiatrisch relevanter Störungsbilder spielen. Der Prozess der Migration selbst gilt zunehmend als wichtiger Risikofaktor für die Erhaltung oder Beeinträchtigung der individuellen Gesundheit. Das Ge- bzw. Misslingen sozialer Integration wird somit als wichtiger Einflussfaktor für die individuelle Ausprägung pathogenetischer wie salutogenetischer Bedingungen betrachtet.

Auch wenn Migrationserfahrungen sicherlich mit weiteren sozialen Kategorien wie Geschlecht oder sozialem Status konfundiert sind, gibt es vielfältige Hinweise darauf, dass überdies auch die Zugänge in das medizinisch-psychiatrische Versorgungssystem für Einwanderer nicht problemlos sind. Gemessen am Bevölkerungsanteil scheinen Migranten in dem medizinisch-psychiatrischen Gesundheitssystem unterrepräsentiert zu sein. Beispielsweise zeigen Untersuchungen aus psychiatrischen Kliniken in England, dass die altersstandardisierten Aufnahmezeiten in den psychiatrischen Krankenhäusern deutlich ethnisch variieren können.

Migration und speziell die Situation von Aussiedlern aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion ist für die Suchthilfe im Laufe der letzten Jahre zu einem wichtigen Thema geworden. Fachkräfte aus ambulanten und stationären Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe berichten von einer zunehmenden Zahl hilfeschender Aussiedler mit einer Sucht- und Drogenproblematik. Gleichzeitig wird aber auch auf z.T. massive Behandlungsschwierigkeiten, unterschiedliche Konsummuster und eine generell ungünstigere Behandlungsprognose verwiesen (Czycholl 2001). Diese Aussagen beziehen sich nicht nur auf die Entgiftungsbehandlungen, sondern zugleich auf die anschließende medizinische Rehabilitation, bei der der Schwerpunkt der Behandlung im psychotherapeutisch-kommunikativen Bereich liegt.

## ***1.2 Epidemiologie und Stand der Forschung:***

Für Deutschland liegen gegenwärtig kaum verlässliche und vollständige Daten zur Gesundheitssituation von Migranten vor (vgl. Gesundheitssituation der MigrantInnen in Schleswig-Holstein, Kiel 2001). Zum einen wird im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung und bei epidemiologischen Studien – zumeist aus methodischen Gründen – auf die nationale Herkunft kaum Bezug genommen. Zum anderen verhindert ein oftmals wenig ausdifferenzierter Migrationsbegriff klärende Aussagen.

Die unbefriedigende Datensituation ist jedoch insofern verwunderlich, als die Bundesrepublik Deutschland sich mehr und mehr zu einem Einwanderungsland entwickelt. Es leben hier gegenwärtig rund 7,5 Millionen Migranten. Der Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung in Schleswig-Holstein liegt bei rund 5,5%. Die regionalen Schwerpunkte im nördlichsten Bundesland sind die Städte Kiel, Pinneberg und Lübeck mit einem Migrationsanteil von jeweils rund 13% (Zahlen nach dem Ausländerzentralregister 2001).

Neben den Migranten ohne deutsche Staatsbürgerschaft gibt es eine weitere Gruppe von Zuwanderern, die in der Ausländerstatistik in aller Regel nicht auftaucht: die Aussiedler. So siedelten seit 1950 rund 4,1 Millionen Menschen aus dem Einzugsbereich der ehemaligen UdSSR nach Deutschland über. Davon 1,7 Millionen im Zeitraum von 1990 bis 2000. Zum Zeitpunkt der Einreise waren ein Drittel der eingereisten Aussiedler jünger als 20 Jahre alt, also sind in den letzten Jahren rund 730 000 Aussiedler im Kindes- und Jugendalter nach Deutschland gekommen.

Die Zahl der Aussiedler, die sich in Schleswig-Holstein niedergelassen hat, wird mit ca. 65.000 Menschen angegeben. Ergänzt werden muss diese Zahl durch 5000 jüdische Emigranten (Kontingentflüchtlinge) aus Russland. (Beauftragter der Bundesregierung für Aussiedlerinnen und Aussiedler 2001).

### **1.2.1 Zur Situation von Migranten – speziell Aussiedler – in der Suchthilfe**

Innerhalb des Sucht- und Drogenbereiches wird die mangelhafte Datenlage ebenfalls oft beklagt (vgl. im Überblick: Boos-Nünning 2002, Schneider 2001). Die Gesamtschätzungen der DHS belaufen sich auf rund 400 000 ausländische Sucht- und Drogenabhängige in Deutschland (Hüllinghorst und Holz 1998). Dabei wird der Anteil der deutschen Suchtkranken (4%) bezogen auf die deutsche Gesamtbevölkerung auch auf Migranten hochgerechnet. Allerdings ist dies nur eine grobe Schätzung. Czycholl (1998) geht von 300 000 abhängigen Zuwanderern aus, wobei er den Anteil von Aussiedlern, die aufgrund der deutschen Staatsbürgerschaft in keiner Statistik separat

aufgeführt werden, auf 125 000 schätzt.

Nach dem Bericht zur Drogensituation in Deutschland (Reitox 2001) liegt der Anteil der Migranten mit fremder Staatsbürgerschaft innerhalb der ambulanten Regelversorgung bei 8%. Schätzungen bezüglich der Gesamtzahl von Aussiedlern für den stationären Bereich belaufen sich auf rund 10-20%.(Czycholl 2002). Unabhängig von epidemiologischen Erhebungen ergab eine Sekundärauswertung des Bundesmodells zur Drogennotfallprophylaxe vielfältige Hinweise auf unterschiedliche Drogenkarrieren und Inanspruchnahmen von Hilfen zwischen deutschen und ausländischen Drogenabhängigen (Schmid 1998). So variierten sowohl soziodemographische Daten als auch die Inanspruchnahme des Versorgungssystems und der Integration in das Hilfenetz punktuell sehr deutlich. Hinsichtlich der Verteilung von Sekundärerkrankungen weisen medizinische Forschungsberichte darauf hin, dass Migranten eine höhere Koinzidenz von Suchtproblemen und Komorbiditätserkrankungen zeigen als deutsche Suchtkranke (Meisler 1997, Herrmann/Schwantes 2002). Die von der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle initiierte Überblicksrecherche (Lissabon 2000) zum Zusammenhang von ethnischen Minderheiten und Drogenkonsum in den europäischen Ländern konstatiert: „(...) there is relatively little hard evidence in other countries concerning drugs and minorities. What they (the research) further reveal is that the national, regional and local drug policies – with some exceptions – are silent on the issue of drugs and minorities“. Mit anderen Worten: Die Datenlage, bezogen auf die Versorgungssituation von ethnischen Minderheiten in der Suchthilfe, ist europaweit deutlich unterentwickelt. Entsprechend unterrepräsentiert ist dieser Aspekt auch in politischen Strategiepapieren und Rahmenkonzeptionen.

Eine regionale Befragung von Strobl und Kühnel (2000) zum Konsumverhalten von jugendlichen Aussiedlern zeigte allerdings, dass sich deren Konsumverhalten nicht wesentlich von denen anderer Jugendlicher unterscheidet. Allerdings wurde dabei nicht berücksichtigt, dass es bezüglich der Antwortbereitschaft bereits kulturell bedingte Unterschiede geben kann.

Der Rauschgiftjahresbericht 2002 des Bundeskriminalamtes verweist auf einen Anteil von Aussiedlern<sup>2</sup> an drogenbedingten Todesfällen in Höhe von 9% an der Gesamtzahl der Rauschgifttodesfälle. Von den 1.513 Personen, die im Jahr 2002 in Zusammenhang mit Drogenkonsum verstarben, waren demnach 136 Aussiedler.

---

<sup>2</sup> Die gesonderte Erfassung von Aussiedlern als Beteiligte an Rauschgiftdelikten erfolgt in der Falldatei Rauschgift (FDR) erst seit 2000.

### *1.3 Problemlage*

Insgesamt zeigt sich, dass Migranten und speziell Aussiedler für die Suchthilfe und für die Suchtprävention eine wichtige Zielgruppe geworden sind.

Unterschiede zwischen Aussiedlern und Klienten deutscher Herkunft ergeben sich nach Einschätzungen aus den – an diesem Projekt – beteiligten Fachkrankenhäusern auch hinsichtlich ihrer Konsummuster, der Zugänge zur Drogenhilfe, ihres Kriminalitätsstatus und anderer Parameter. Zentral aber ist die Vermutung, dass die Abbruchquote von Aussiedlern im gesamten Leistungsspektrum der Suchthilfe signifikant höher zu sein scheint als bei vergleichbaren Klienten deutscher Herkunft. Auch die Behandlungsbereitschaft ist bei Migranten und deren Angehörigen möglicherweise weniger ausgeprägt. Die herkömmlichen Behandlungsstrategien im Bereich der ambulanten und stationären Rehabilitation scheinen demnach bezogen auf suchtkranke Migranten nur bedingt effizient zu sein (Boos-Nünning et al. 2002). Bislang gibt es aber kaum wissenschaftliche Bemühungen, diese Thesen auch statistisch zu untermauern. Auch fehlen empirische Arbeiten, die Hintergründe für diese – offensichtlich – problematische Situation von Migranten in der ambulanten und/oder stationären Rehabilitation beleuchten und dadurch sowohl konzeptionelle Veränderungen in den Regeleinrichtungen initiieren als auch begründen können.

## **2 Studienplan**

### **2.1 Art der Studie**

Bei dem geplanten Vorhaben handelt es sich um eine Pilotstudie bzw. um eine explorative Querschnittsstudie mit dem Ziel der Hypothesengenerierung. Auf Grund der von Einrichtung zu Einrichtung variierenden Datenerhebungspraxis und der damit verbundenen mangelnden Kompatibilität bestimmter Datensätze wurde zunächst auf ein hypothesengeleitetes Verfahren verzichtet. Die Qualität der Aussagen wäre unter diesen Bedingungen stark eingeschränkt gewesen.

### **2.2 Feldzugang**

Der Feldzugang erfolgte über eine systematische und kategorisierte Sichtung von Klientenakten. Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen mussten die Klientenakten vor Ort gesichtet werden.

### **2.3 Falldefinition**

Es sollten alle Fälle eingeschlossen werden, die eine klinisch diagnostizierte Suchterkrankung (illegale Drogen) aufweisen und in den zu untersuchenden – stationären – Einrichtungen im Jahr 2002 behandelt worden sind.

### **2.4 Geplante Stichprobengröße**

Es wurden Daten von 100 Migranten erhoben. Als Kontroll- und Vergleichsgruppe wurden zusätzlich die Daten von 100 einheimischen Drogenabhängigen aus den entsprechenden Einrichtungen analysiert. Die Auswahl der Vergleichsgruppe erfolgte nach dem Zufallsprinzip.

### **2.5 Art der Stichprobengewinnung**

Es konnten zwei stationäre Einrichtungen in Schleswig-Holstein für die Bereitstellung der notwendigen Daten gewonnen werden: Fachklinik Nordfriesland in Bredstedt und Psychiatrisches Zentrum in Rickling. Durch die Konzentration auf zwei Kliniken ist für eine dem Pilotcharakter der Studie angemessene Stichprobe gesorgt. Angesichts der oben beschriebenen Praxis der institutionsbezogenen Datenerhebung und des ohnehin zu vermutenden Aufwandes wurde von weiteren Einrichtungen abgesehen.

### **2.6 Mess- und Erhebungszeitpunkte**

Die Datenerhebung begann im Februar / März 2004 und wurde im Juni 2004 abgeschlossen.

### **2.7 Ziele der Auswertung**

Ziel der Auswertung war die Generierung von Hypothesen. Dabei standen in erster Linie generelle Unterschiede zwischen Migranten und in Deutschland geborenen Klienten im Mittelpunkt des Interesses.

### **2.8 Methoden zur Kontrolle der Störgrößen**

- Standardisiertes Dokumentationsprotokoll
- Training der Datenerheber
- Vergleich der beiden klinischen Datensätze zur Sichtbarmachung möglicher regionaler Effekte

Mit diesem Projekt sollte die Situation von Aussiedlern in der Drogenhilfe (Entgiftung und Reha) untersucht werden. Ziel war es, eine Beschreibung der Behandlungssituation zu bekommen, um durch eine empirische Fundierung die konzeptionelle Fortentwicklung der Versorgungspraxis für Aussiedler zu gewährleisten. Auf Grund der von Einrichtung zu Einrichtung variierenden Datenerhebungspraxis und der damit verbundenen mangelnden Kompatibilität bestimmter Datensätze wurde ein Protokollbogen (vgl. Anhang) erstellt, der die Schnittmenge der verschiedenen Dokumentationsarten darstellte und somit eine Vergleichbarkeit der Daten ermöglichte. Wegen datenschutzrechtlicher Bestimmungen mussten die Klientenakten vor Ort gesichtet werden. Es sollten alle Fälle eingeschlossen werden, die eine klinisch diagnostizierte Suchterkrankung (illegale Drogen) aufweisen und in den zu untersuchenden – stationären – Einrichtungen im Jahr 2003 behandelt worden sind. Dabei war *nur die letzte abgeschlossene Behandlung*, deren Anfang in 2003 lag, zu dokumentieren. Sollte der Fall nach 2004 übernommen worden sein, so musste die Behandlung abgeschlossen sein.

Im Rahmen der Untersuchung wurden folgende Variablen erhoben:

- Geschlecht
- Alter
- Alter bei Erstkonsum
- Konsum der psychoaktiven Substanzen
- Anzahl abgebrochener Therapien
- Herkunftsland
- Devianz bzw. Kriminalitätsstatus
- Körperlicher Status
- Entlassungsart

Um diese Daten zu erheben, war es nötig, die jeweilige Akte vollständig zu sichten. Diese Akten bestanden für gewöhnlich aus einer Ansammlung verschiedener Frage- und Dokumentationsbögen, teilweise auch elektronisch erfasst. Um das Auffinden der Information zu erleichtern, waren in kleiner Schrift bei den jeweiligen Punkten Kürzel zu finden. Für Rickling wurde unterschieden, ob das Datum im PC (PC) zu finden ist, oder per Hand (p.H.) aus der Akte herausgesucht werden muss. Für die Fachklinik Nordfriesland war in Klammern eine Abkürzung für den jeweils relevanten Dokumentationsbogen angegeben.

### 3 Stichprobenbeschreibung der Aussiedler

Insgesamt wurden die Daten von 100 Aussiedler und – nach dem Zufallsprinzip, d.h. jede fünfte Akte wurde gezogen – parallel die Daten von 100 einheimischen Drogenabhängigen erhoben und ausgewertet. An dieser Stelle sei nochmals betont, dass die Sekundärdaten aus Akten stammen, die von verschiedenen Therapeuten mit verschiedenen beruflichen Hintergründen erhoben und in der Akte vermerkt worden sind.

#### Zunächst die Gesamtauswertung der Aussiedlerstichprobe:

##### 3.1 Geschlechtliche Verteilung

In der Stichprobe der Aussiedler dominieren eindeutig die männlichen Drogenabhängigen. 7% der Aussiedler waren Frauen und 93% Männer.

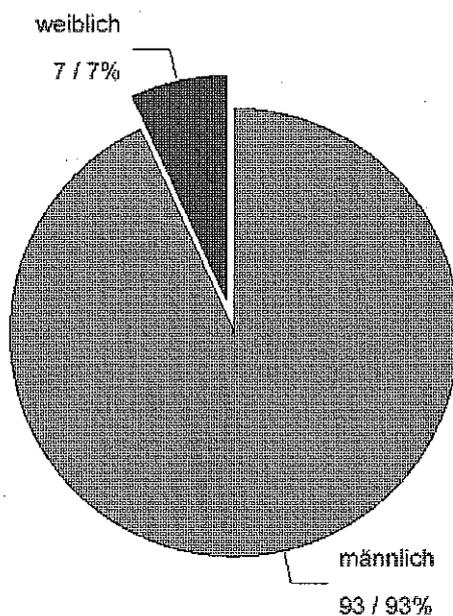


Abb. 1: Geschlechtliche Verteilung der Aussiedlerstichprobe

In Prozent und in absoluten Zahlen.

##### 3.2 Herkunftsland

Mehr als die Hälfte (55%) der untersuchten Aussiedler kommt aus Kasachstan. 18% der Drogenabhängigen gaben als Herkunftsland Russland an und 11% Polen. Der Anteil aus anderen Nachfolgestaaten der UdSSR liegt bei 4% (Ukraine, Kirgisien, Aserbaidshan) bzw. darunter.

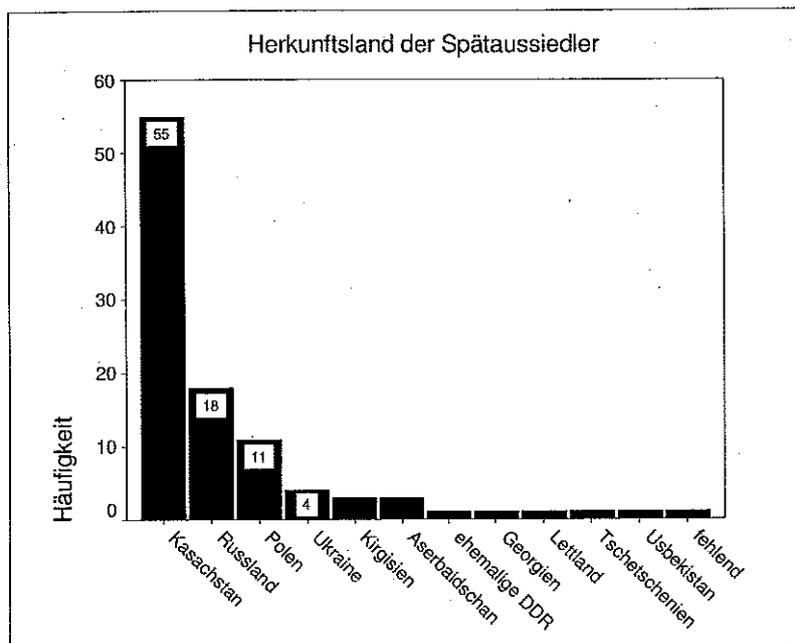


Abb. 2: Herkunftsland der Aussiedler  
in Prozent und absoluten Zahlen

### 3.3 Altersverteilung in der Stichprobe

Der Mittelwert der Stichprobe liegt bei 30,09 Jahren und die Standardabweichung beträgt 9,62. Am häufigsten ist das Alter von 24. Die jüngsten Klienten sind zum Zeitpunkt der Dokumentation 18 Jahre. Die ältesten Klienten sind 60 Jahre. Auf die relativ große Standardabweichung und die auffällige Verteilungsform wird in Punkt 4.1. eingegangen.

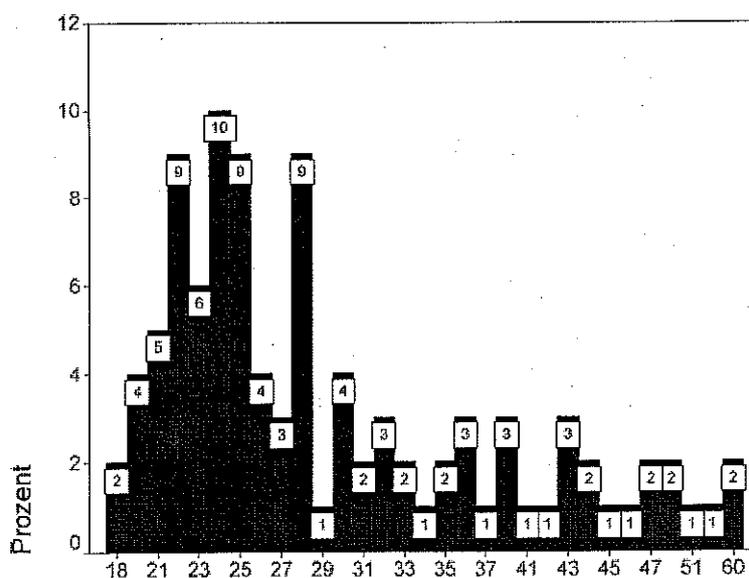


Abb. 3: Alter der Aussiedler  
in Prozent und absoluten Zahlen

### 3.4 Aufenthaltsdauer in Deutschland

Im arithmetischen Mittel waren die behandelten Aussiedler mehr als neun Jahre in Deutschland (9,83). Der Modus liegt bei sechs Jahren und die Standardabweichung beträgt 9,62. Die Aufenthaltsdauer schwankt zwischen einem Jahr und 59 Jahren.

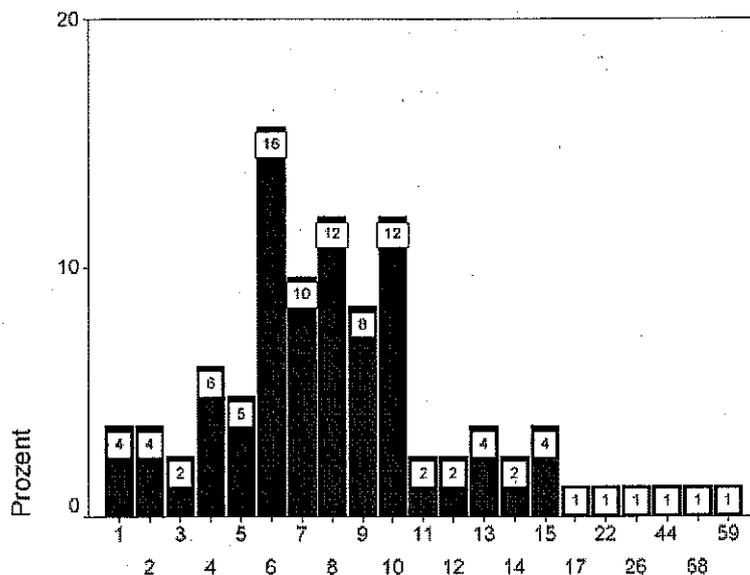


Abb. 4: Aufenthaltsdauer  
in Prozent und absoluten Zahlen nach Jahren

### 3.5 Behandlungsstatus nach Geschlecht

Von den dokumentierten Klienten wurde bei 35 (41,7%) der Behandlungsstatus nicht vermerkt. 35 (41,7%) männliche Klienten waren in der Entgiftung und 4 (4,8%) der weiblichen Aussiedler. In der Entwöhnung befanden sich 9 Männer (10,7%) und eine Frau (1,2%). Von 16 Klienten lagen diesbezüglich keine Daten vor.

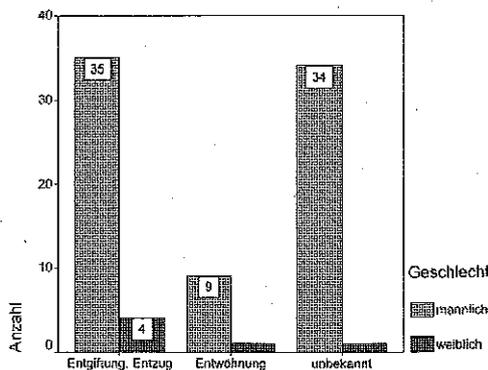


Abb. 5: Behandlungsstatus nach Geschlecht  
in absoluten Zahlen

### 3.6 Diagnostischer Status bezogen auf Substanzen

Der diagnostische Status bezogen auf Substanzen zeigt, dass bei der untersuchten Stichprobe aller Aussiedler die Opiatabhängigkeit an erster Stelle steht (72%), gefolgt von der Diagnose der Alkoholabhängigkeit (28%), der Cannabisabhängigkeit (16%), der Kokainabhängigkeit (15%) und Abhängigkeit von Sedativen (13%). Andere Substanzen sind im Bereich der Abhängigkeit zu vernachlässigen. Die Abhängigkeit und/oder der (schädliche) Gebrauch von Tabak wurde nur innerhalb einer Einrichtung erhoben, so dass eine vergleichende Auswertung nicht stattfinden konnte.

Substanz	Diagnose	In Prozent/ Mehrfachnennungen
Alkohol	Konsum	51%
	Schädl. Gebrauch	10%
	Abhängigkeit	28%
Cannabis	Konsum	43%
	Schädl. Gebrauch	21%
	Abhängigkeit	16%
Sedativa	Konsum	19%
	Schädl. Gebrauch	3%
	Abhängigkeit	13%
Kokain	Konsum	34%
	Schädl. Gebrauch	11%
	Abhängigkeit	15%
Andere Stimulantien.	Konsum	-
	Schädl. Gebrauch	4%
	Abhängigkeit	2%
Halluzinogene	Konsum	5%
	Schädl. Gebrauch	2%
	Abhängigkeit	-
Opiate	Konsum	72%
	Schädl. Gebrauch	3%
	Abhängigkeit	68%

Tab. 1: Suchtmittelspezifische Diagnosen nach ICD 10-Mehrfachnennungen

### 3.7 Erstkonsum

Der erstmalige Konsum der folgenden fünf entscheidenden Substanzen fand im Alter zwischen durchschnittlich ca. 16 bis ca. 22 Jahren statt:

Substanz	Alter bei Erstkontakt Mittelwert	Standard- abweichung	Modus	N
Alkohol	16,84	5,50	14	25
Cannabis	17,37	3,74	14	35
Sedativa	21,89	4,62	17	9
Kokain	21,81	4,85	19	21
Opiate	20,32	4,02	19	66

Tab. 2: Erstkonsum verschiedener Substanzen

Der Einstiegskonsum von Alkohol begann bei der vorliegenden Stichprobe im arithmetischen Mittel mit ca. 16 Jahren, dann Cannabis mit ca. 17 Jahren und mit ca. 20 Jahren der Einstieg in den Opiatkonsum. Kokain- und Sedativakonsum erfolgten offenkundig erst danach. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Frage, in welchem Land begonnen wurde, Opiate zu konsumieren:

Ort	Heimatland	Während der Migration	Deutschland
In Prozent und absoluten Zahlen (n= 59) Missing data: 41	8/4%	4/2%	47/23,5%

Tab. 3: Ort des Erstkonsums von Opiaten

Auch wenn die Fallzahlen derer gering sind, die schon mit opiatbezogenen Konsumerfahrungen nach Deutschland gekommen sind, muß Drogenkonsum nicht ausschließlich und zwingend das Resultat der Auseinandersetzung mit den Migrationsbedingungen oder der neuen, bundesdeutschen Alltagswirklichkeit sein.

### 3.8 Anzahl der stationären Behandlungen

Untersucht wurde zudem die Anzahl der bisher abgeschlossenen und/oder abgebrochenen stationären Behandlungen im Suchtbereich. Im Durchschnitt hatten die Aussiedler 4-5 stationäre Behandlungen bereits hinter sich. Die Modi liegen bei zwei bzw. drei Behandlungen. Die

Standardabweichung beträgt 5,67. Graphisch ergibt sich folgendes Bild, wobei der Schwerpunkt der Verteilung im unteren Bereich bis 4 stationären Behandlungen deutlich wird (60% der Fälle hatten keine bis drei stationäre Behandlungen):

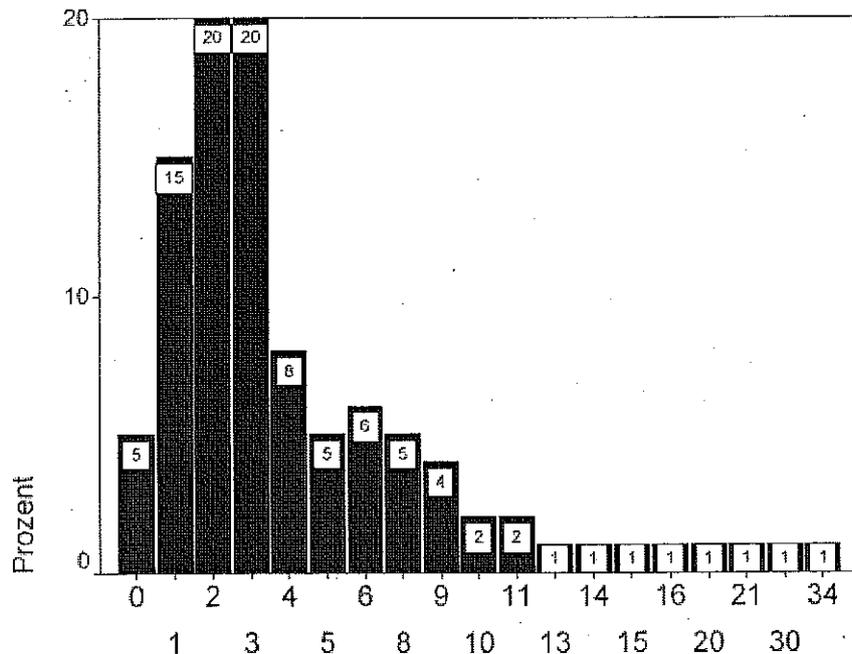


Abb. 6: Anzahl der stationären Behandlungen bezogen auf Prozent

### 3.9 Anzahl Entgiftung und Entwöhnung

Die Angabe der Anzahl der stationären Behandlungen wurde nochmals differenziert nach Entgiftung oder Entwöhnung. Eine dritte Kategorie, nämlich Entzug, wurde bei der Auswertung mangels Eintragung nicht berücksichtigt.

Für den Bereich der Entgiftung entstand dabei folgendes Bild: Im Durchschnitt hat jeder Klient ca. vier Entgiftungen durchlaufen (Mittelwert: 4,44). Die am häufigsten genannte Anzahl sind zwei Entgiftungen (Modus). In der Graphik sieht das Ergebnis wie folgt aus:

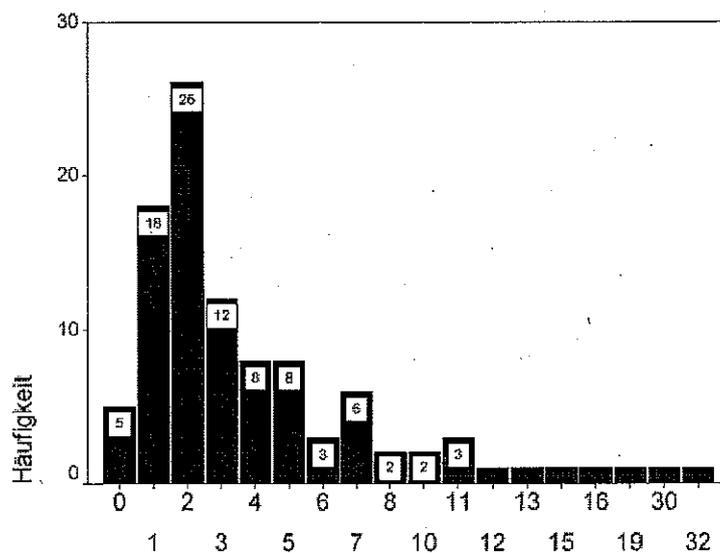


Abb. 7: Anzahl der Entgiftungen

Hinsichtlich der bereits durchlaufenden Entwöhnungen ergibt sich ein etwas anderes Bild:

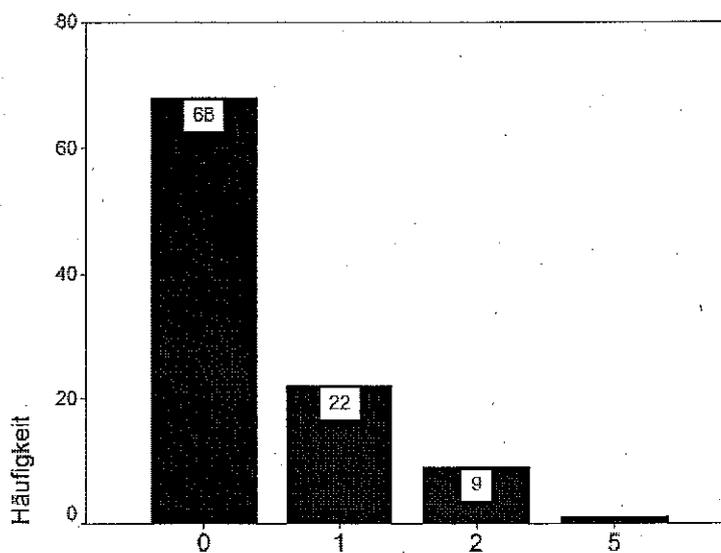


Abb. 8: Anzahl der bereits durchlaufenden Entwöhnungen

68 Klienten hatten bisher noch keine Entwöhnung gemacht. Eine Entwöhnung durchliefen 22 Klienten, zwei Entwöhnungen 9 Klienten und 5 Entwöhnungen ein Klient.

### 3.10 Entlassungsart

Dokumentiert und ausgewertet wurde auch die Frage, wie die letzte Behandlung beendet worden ist. Bei den Aussiedlern ergab sich folgendes Bild:

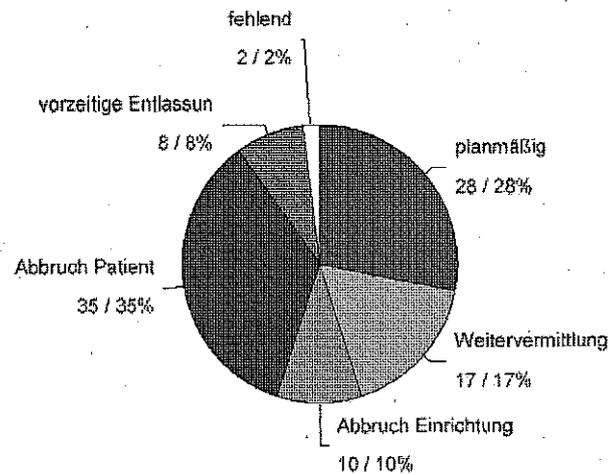


Abb. 9: Entlassungsart  
in Prozent und absoluten Zahlen

Fasst man die Kategorien „vorzeitige Entlassung“, „Abbruch Patient“ und „Abbruch Einrichtung“ zusammen, so liegt die Abbruchquote insgesamt über 50%. Das heißt mehr als die Hälfte der Aussiedler hätte die letzte Behandlung nicht planmäßig beendet.

### 3.11 Kriminalitätsstatus

Delinquenz und Drogenkonsum gehören oftmals eng zusammen. Deswegen interessierte auch, in welchem Ausmaß die Aussiedler in den Hilfeeinrichtungen kriminalitätsbelastet sind.

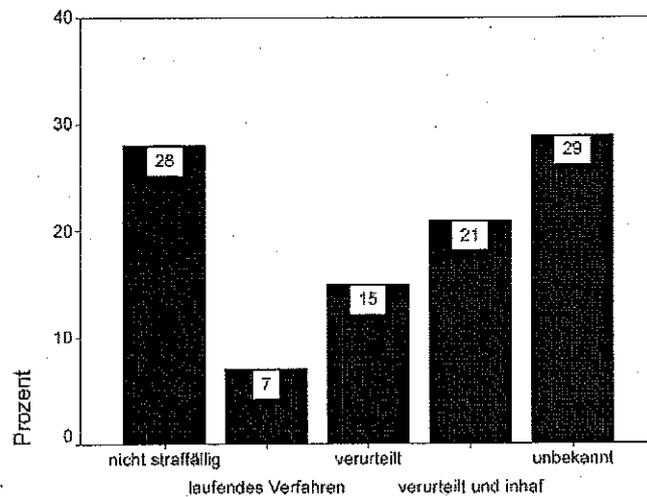


Abb. 10: Kriminalitätsstatus  
in Prozent und absoluten Zahlen

Bei knapp einem Drittel (29%) der Aussiedler ist der Kriminalitätsstatus in den Unterlagen nicht vermerkt worden. Ein weiteres Drittel (28%) ist zum Zeitpunkt der Dokumentation nicht durch

Straffälligkeit aufgefallen. Jeder fünfte der Aussiedler (21%) in den Einrichtungen war bereits inhaftiert und verurteilt worden. Eine Verurteilung ohne Inhaftierung fand sich bei jedem sechsten Klienten (15%). Gegen 7% der Aussiedler lief ein strafrechtlich relevantes Verfahren.

### 3.12 Gesundheitsstatus

Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen der vorliegenden Arbeit untersucht werden sollte, war der gesundheitliche Status der Aussiedler. Operationalisiert wurde dieses Merkmal über die Erkrankung an Hepatitis und an dem HIV-Status. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Zunächst zu Hepatitis: Eine Hepatitisinfektion wurde bei 63 Aussiedlern berichtet. 32 der Klienten waren nicht erkrankt. Bei 5 Klienten fanden sich in Akten dazu keine Einträge. Differenziert nach Hepatitisart gab es folgendes Ergebnis: Hepatitis A fand sich bei 9 Klienten, Hepatitis B bei drei Klienten und Hepatitis C bei 53 der Aussiedler. Insgesamt sind also mehr als die Hälfte der dokumentierten Aussiedler an Hepatitis C erkrankt.

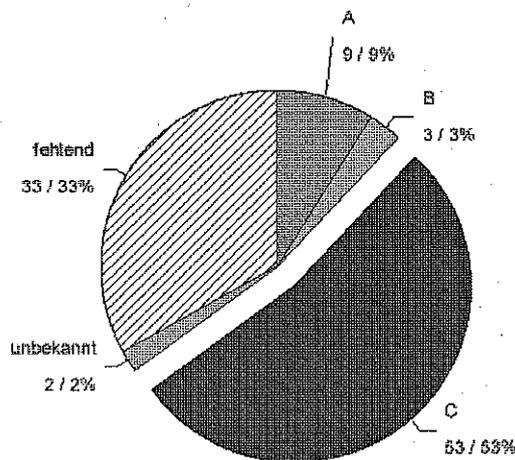


Abb. 11: Status Hepatitis

Bezogen auf den HIV-Status und einer AIDS-Erkrankung ergaben sich keine aussagekräftigen Ergebnisse. Bei 93 der Klienten wurde explizit eine HIV-Infektion verneint. Bei 6 Klienten wurde der Status als unbekannt notiert. Die Angaben zu einem Klienten fehlen.

## 4 Stichprobenbeschreibung in Deutschland Geborene

### 4.1 Geschlechtliche Verteilung

In der Teilstichprobe der deutschen Patienten finden sich  $\frac{3}{4}$  Männer und  $\frac{1}{4}$  Frauen.

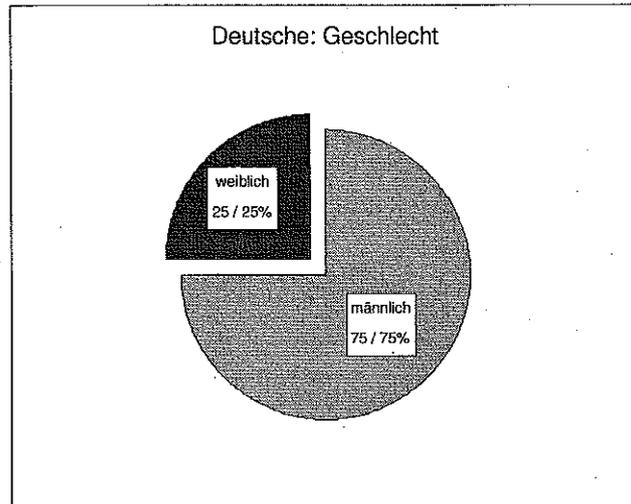


Abb. 12: Geschlechtliche Verteilung

### 4.2 Altersverteilung in der Stichprobe

Das arithmetische Mittel der Variable Alter beträgt 31,56 Jahre, die Standardabweichung ist 9,55. Am häufigsten findet sich die Altersangabe 25 Jahre. Der niedrigste Wert ist 17 Jahre, der höchste Wert beträgt 69 Jahre.

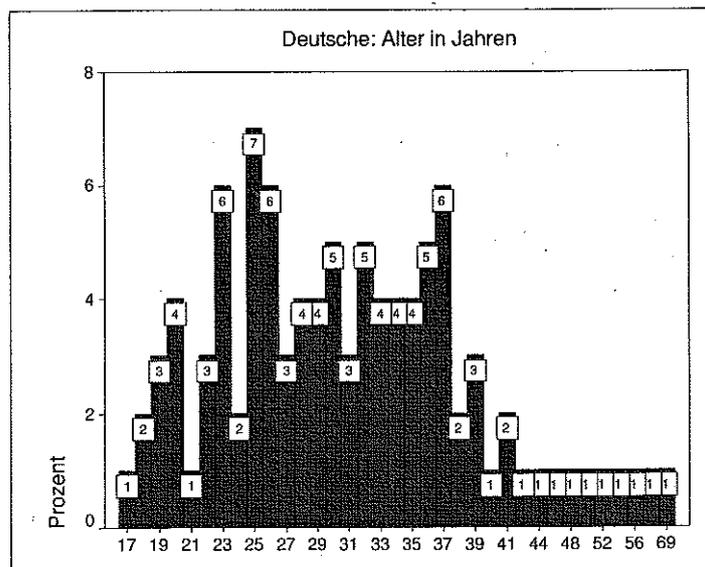


Abb. 13: Altersverteilung

### 4.3 Behandlungsstatus nach Geschlecht

Von den in Deutschland geborenen Klienten wurde bei 50 dokumentierten Personen der Behandlungsstatus nicht vermerkt. 34 männliche und 12 weibliche Klienten befanden sich in der Entgiftung. In der Entwöhnung befanden sich 4 männliche Klienten.

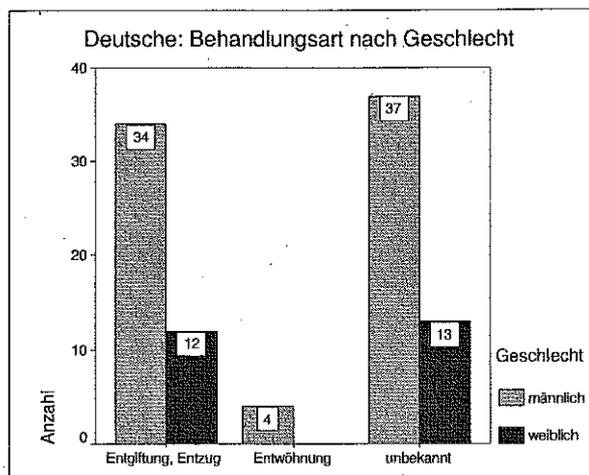


Abb. 14: Behandlungsart

### 4.4 Diagnostischer Status bezogen auf Substanzen

Beim diagnostischen Status zeigt sich, dass die Opiatabhängigkeit mit 79% am häufigsten genannt wird. Danach folgen mit 34% Cannabis-Abhängigkeit und mit 29% die Abhängigkeit von Sedativa. Weiterhin werden Kokain und Alkoholabhängigkeit mit jeweils 24% genannt. Halluzinogene und andere Stimulantien werden nur mit 1 bzw. 3% als Abhängigkeitserkrankung genannt.

Substanz	Diagnose	In Prozent/ Mehrfachnennungen
Alkohol	Konsum	54 %
	Schädl. Gebrauch	9 %
	Abhängigkeit	24 %
Cannabis	Konsum	55 %
	Schädl. Gebrauch	7 %
	Abhängigkeit	34 %
Sedativa	Konsum	43 %
	Schädl. Gebrauch	1 %
	Abhängigkeit	29 %
Kokain	Konsum	52 %

Substanz	Diagnose	In Prozent/ Mehrfachnennungen
	Schädl. Gebrauch	12 %
	Abhängigkeit	24 %
Andere Stimulantien.	Konsum	20 %
	Schädl. Gebrauch	1 %
	Abhängigkeit	3 %
Halluzinogene	Konsum	14 %
	Schädl. Gebrauch	-
	Abhängigkeit	1 %
Opiate	Konsum	80 %
	Schädl. Gebrauch	-
	Abhängigkeit	79 %

Tab. 4: Diagnostischer Status bezogen auf Substanzen

#### 4.5 Erstkonsum

Betrachtet man das durchschnittliche Alter bei Erstkontakt mit den verschiedenen psychoaktiven Stoffen fällt auf, dass als erstes Alkohol konsumiert wurde, relativ dicht gefolgt von Cannabis. Mit größerem Abstand wurden dann Sedativa, Kokain und letztlich Opiate konsumiert. (Da die entsprechenden Daten bzgl. Nikotin nur in einer der Einrichtungen erhoben wurden, werden diese nicht aufgeführt.)

Substanz	Alter bei Erstkontakt - Mittelwert	Standardabweichung	Modus	N
Alkohol	13,84	2,74	12	32
Cannabis	15,19	2,66	16	42
Sedativa	20,37	4,79	16	19
Kokain	20,29	4,97	19	28
Opiate	20,41	5,29	19	74

Tab. 5: Alter bei Erstkonsum

#### 4.6 Anzahl stationärer Behandlungen

Im Durchschnitt hatten die in Deutschland geborenen Klienten 8 stationäre Behandlungen aufzuweisen. Am häufigsten wurden 2 stationäre Behandlungen genannt. Die Standardabweichung beträgt 7,85, die Spannweite der Anzahl der genannten Behandlungen liegt zwischen 0 und 36.

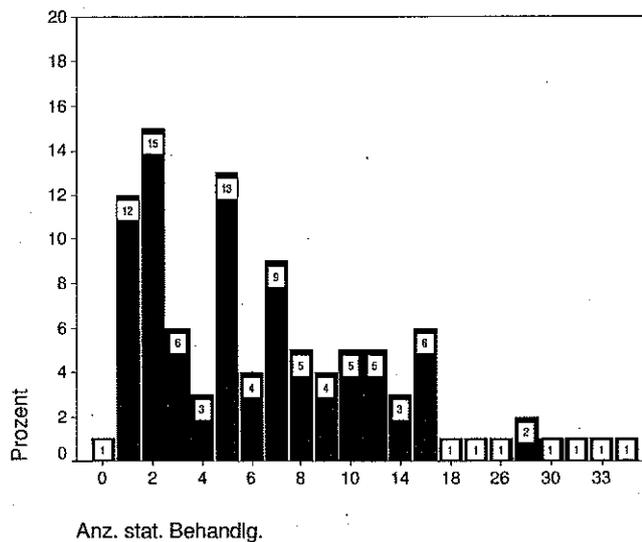


Abb. 15: Anzahl stat. Behandlungen

#### 4.7 Anzahl Entgiftung und Entwöhnung

Durchschnittlich hat jeder deutsche Klient 7 (7,17) Entgiftungen durchlaufen. Am häufigsten wurden zwei Entgiftungen genannt. Die Standardabweichung beträgt 7,36, die Spannweite liegt zwischen 0 und 36 Entgiftungen.

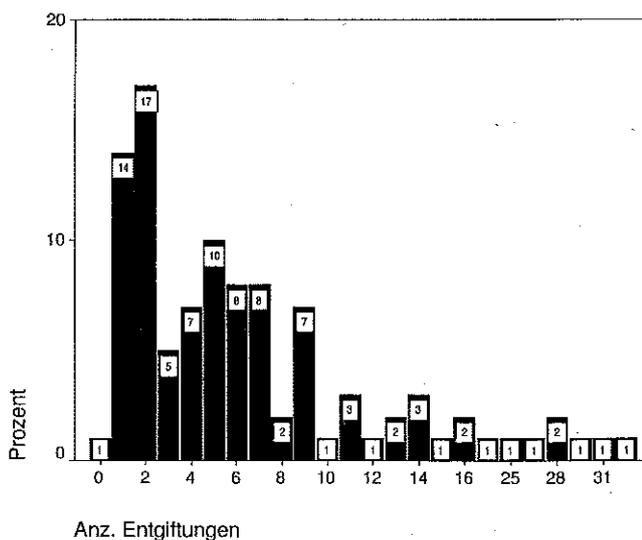


Abb. 16: Anzahl Entgiftungen

52 deutsche Klienten hatten noch keine Entwöhnung durchlaufen. Der Mittelwert beträgt in diesem Bereich 0,82 bei einer Standardabweichung von 1,03. 24 Klienten berichten eine Entwöhnung, 15 Klienten zwei Entwöhnungen. Neun Klienten haben drei oder mehr Entwöhnungen bewältigt.

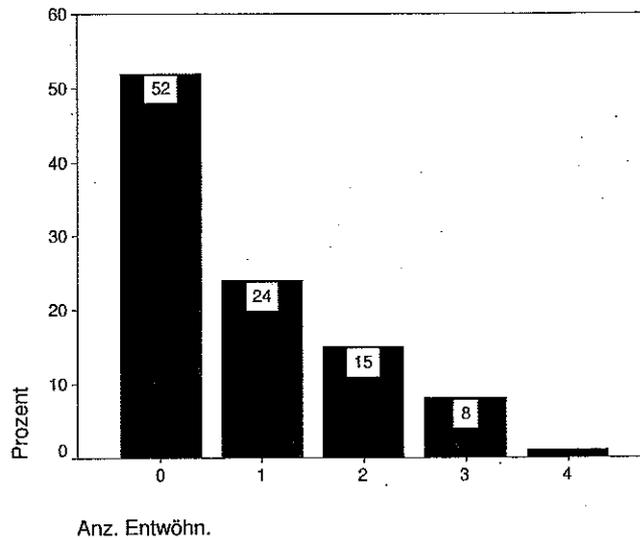


Abb. 17: Anzahl Entwöhnungen

#### 4.8 Entlassungsart

Sowohl die planmäßige Entlassung als auch die Entlassungsart „Abbruch durch Patient“ wurden mit 35% bzw. 33% annähernd gleich häufig genannt. Bei einer zusammenfassenden Betrachtung der Kategorien „vorzeitige Entlassung“, „Abbruch Patient“ und „Abbruch Einrichtung“ zeigt sich, dass 43% der Klienten die letzte Behandlung nicht planmäßig beendet haben.

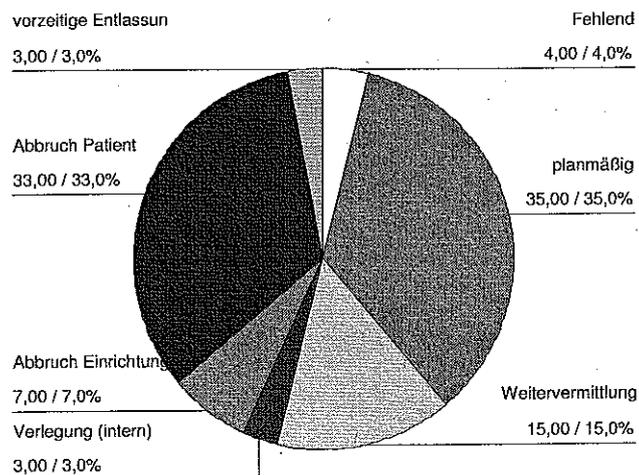


Abb. 18: Entlassungsart

#### 4.9 Kriminalitätsstatus

25% der deutschen Klienten waren mindestens einmal verurteilt und inhaftiert. Bei einem Drittel der Klienten ist der Kriminalitätsstatus unbekannt. 18% bzw. 9% waren bereits einmal verurteilt oder haben ein laufendes Verfahren. Bisher nicht straffällig geworden waren 15% der untersuchten deutschen Klienten.

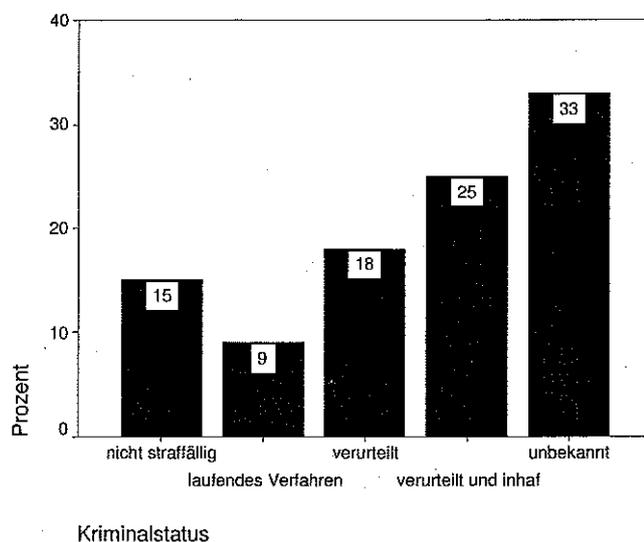


Abb. 19: Kriminalitätsstatus

#### 4.10 Gesundheitsstatus

Bei 50% der deutschen Klienten wurde eine Hepatitisinfektion berichtet. 41% waren an Hepatitis C, 5% an Hepatitis B und 4% an Hepatitis A erkrankt. Bei 45% der Klienten fanden sich dazu keine Angaben. Bei 2 deutschen Klienten wurde eine HIV-Infektion berichtet. Es wurden keine AIDS-Erkrankungen gemeldet.

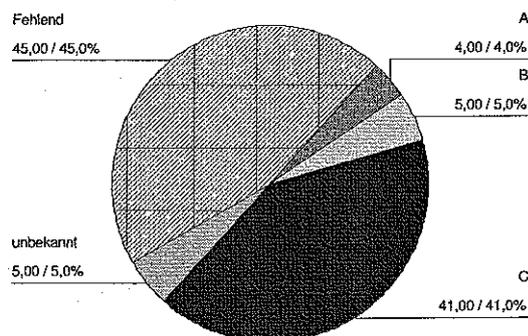


Abb. 20: Gesundheitsstatus

### 5 Stichprobenvergleich: Aussiedler und einheimische Drogenabhängige (der unter 31-Jährigen)

Die deskriptive Analyse einer Stichprobe bleibt in ihrem Aussagewert begrenzt, wenn sie nicht in Beziehung zu einer Vergleichsgruppe gesetzt wird. Das gilt umso mehr, wenn – wie in diesem Falle – mit der Untersuchung eine hypothesengenerierende Absicht verbunden ist. Entsprechend wurden in der vorliegenden Arbeit nicht nur Sekundärdaten in Form der Patientenakten von Aussiedlern ausgewertet. So wurden durch ein zufallsgesteuertes Auswahlverfahren – jede fünfte Akte wurde gezogen – auch 100 Akten einheimischer Klienten gezogen und analysiert. Ziel war es, durch den Stichprobenvergleich Merkmalsdimensionen zu differenzieren und stichprobenspezifische Besonderheiten herauszuarbeiten.

#### 5.1 Darstellung der Aktdaten

Allerdings werden im Folgenden nicht die Daten von 200 Personen betrachtet (diese Daten sind dem Punkt 6 zu entnehmen). Nach intensiver Diskussion der deskriptiven Daten wurde entschieden, sich bei der weiteren Auswertung auf einen Vergleich der unter 31-jährigen Aussiedler und der unter 31-jährigen einheimischen Deutschen zu beschränken. Eine solche Betrachtung erschien zweckmäßig, da sich die Altersstruktur beider Stichproben erheblich unterschied. Dies war auf den ersten Blick allerdings nicht ersichtlich; denn beide Stichproben wiesen bezüglich verschiedener und altersspezifischer Kennwerte kaum Unterschiede auf. So sind Median, Modus und Mittelwert sehr ähnlich. Erst nach Betrachtung der Häufigkeitsverteilungen wird der Unterschied in der Altersstruktur beider Stichproben deutlich:

ALTER IN JAHREN DER DEUTSCHEN		ALTER IN JAHREN DER AUSSIEDLER	
N	100	N	100
Mittelwert	31,56	Mittelwert	30,09
Median	30,00	Median	27,00
Modus	25	Modus	24
Standardabweichung	9,55	Standardabweichung	9,62
Minimum	17	Minimum	18
Maximum	69	Maximum	60

Tab. 6: Kennwerte der Altersverteilung der Stichproben Aussiedler – einheimische Deutsche

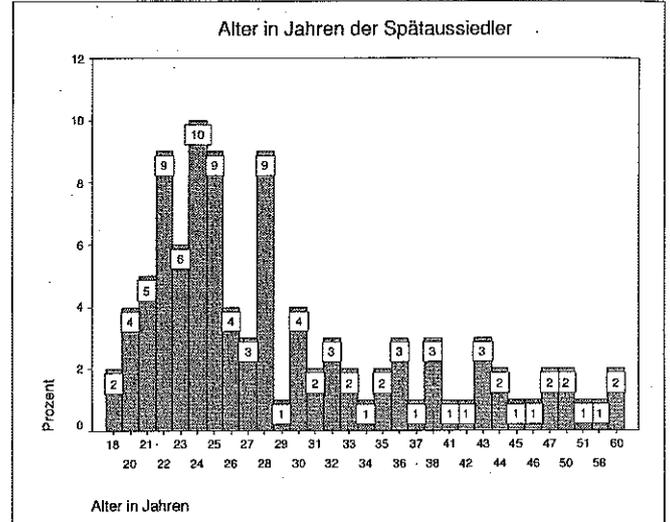
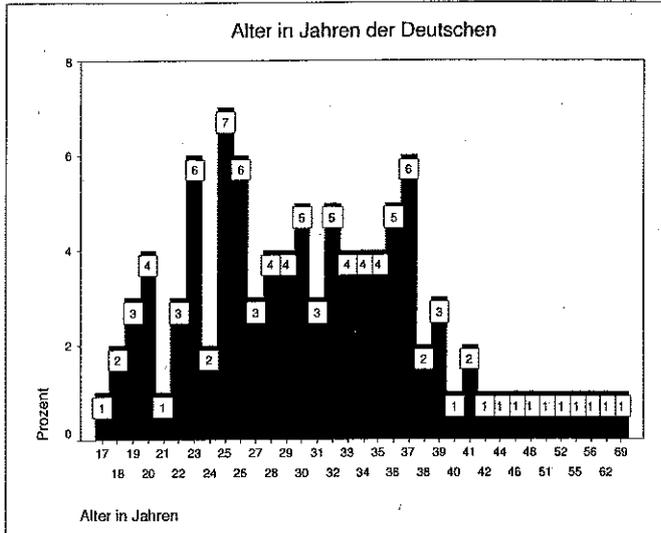


Abb. 21: Altersverteilung der beiden Stichproben 1

Der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteiltheit wurde für die deutsche Stichprobe nicht signifikant (Kolmogorov-Smirnov-Z = 1,045, Asymptotische Signifikanz (2-seitig) = 0,225), so dass weiterhin von einer Normalverteiltheit der Altersverteilung der Deutschen auszugehen war. Eben dieser Test wurde jedoch für die Aussiedler signifikant (Kolmogorov-Smirnov-Z = 1,96, Asymptotische Signifikanz (2-seitig) = 0,001). Die Altersverteilung der Aussiedler ist daher als nicht normalverteilt anzusehen, wodurch die Maße der Zentralen Tendenz an Aussagekraft einbüßen.

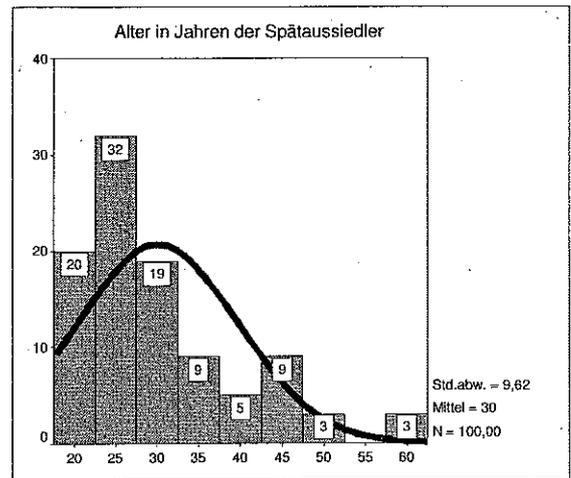
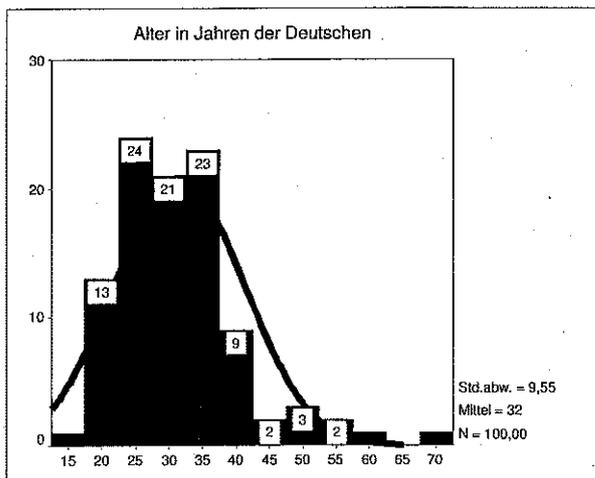


Abb. 22: Altersverteilung der beiden Stichproben 2

Die Betrachtung der Altersverteilungen legt nahe, nur noch die unter 31-Jährigen zu betrachten, um Ergebnisverzerrungen zu vermeiden; denn angesichts der begrenzten Aufenthaltszeit dürften

sich unter den Aussiedlern weniger sog. „Altjunkies“ befinden, die auf Grund ihrer langjährigen Drogenkarriere bestimmte Ergebnisse prägen dürften. Dieser Altersvergleich schien auch deshalb legitim, weil weiterhin 58,5% aller einheimisch-drogenabhängigen Deutschen und zwei Drittel (genau 66%) der Spätaussiedler betrachtet werden konnten.

### 5.2 Vergleich der Stichproben

Im Folgenden werden also die Daten von 117 Personen analysiert. Die Aussiedler sind mit 66 Beteiligten gegenüber den Deutschen mit 51 Beteiligten etwas stärker vertreten. Die auffälligen Befunde hinsichtlich der Unterschiedlichkeit beider Stichproben werden ausführlich dargestellt. „Auffällig“ sind die Befunde, wenn – auf Grund eines Chi-Quadrat-Tests (angewandt bei Nominal- oder Ordinaldaten) oder eines T-Testes (wenn Voraussetzungen erfüllt) – ein auf dem 5%- $\alpha$ -Fehler-Niveau signifikanter Unterschied besteht. Es wird jeweils die ungerichtete Hypothese getestet. Ein  $\alpha$ -Fehler-Niveau von 10 % wird im Folgenden als Tendenz angesehen.

Die Diskussion des Phänomens ‚Aussiedler in der Suchthilfe‘ scheint geprägt von tendenziösen Vorannahmen, die die Unterschiedlichkeit der Stichproben im Behandlungsverlauf suggerieren. Allerdings sind für die Analyse nicht nur Unterschiede, sondern auch Ähnlichkeiten beider Stichproben interessant. Auch wenn die vorliegende Arbeit hypothesengenerierend konzipiert ist, spielten natürlich Vorannahmen und Ideen in die konkrete Ausgestaltung der Studie und in die Fragestellungen der Untersuchung mit hinein. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht weniger relevant, auch auf die Vergleichbarkeit der Stichproben einzugehen.

Beide Stichproben (unter 31-Jährige) waren bezüglich ihrer Altersverteilung normalverteilt. Der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteiltheit wurde jeweils nicht signifikant. Das durchschnittliche Alter unterscheidet sich nicht signifikant  $M_{\text{Deutsche}}=24,57$ ;  $M_{\text{Spätaussiedler}}=24,36$ , vgl. Tabelle unten).

ALTER IN JAHREN DER DEUTSCHEN UNTER 31		ALTER IN JAHREN DER AUSSIEDLER UNTER 31	
N	51	N	66
fehlend	0	fehlend	0
Mittelwert	24,57	Mittelwert	24,36
Modus	25	Modus	24
Standardabweichung	3,67	Standardabweichung	2,99
Minimum	17	Minimum	18
Maximum	30	Maximum	30

Tab. 7: Kennwerte der Altersverteilung

### 5.2.1 Geschlechterverteilung

Die Geschlechterverteilung unterscheidet sich signifikant ( $p=0,002$ ; Chi-Quadrat-Wert nach Pearson =9,679). Nur 8% der Aussiedler sind weiblichen Geschlechts, während der entsprechende Anteil bei den einheimischen Deutschen bei 29% liegt. Von den einheimischen 51 Deutschen waren 36 Männer (71%) und 15 Frauen (29%). Bei den Aussiedlern ist der Männeranteil noch höher; 61 von ihnen waren Männer (92%) und 5 Frauen (8%) (vgl. Tabelle und Grafik, s.u.).

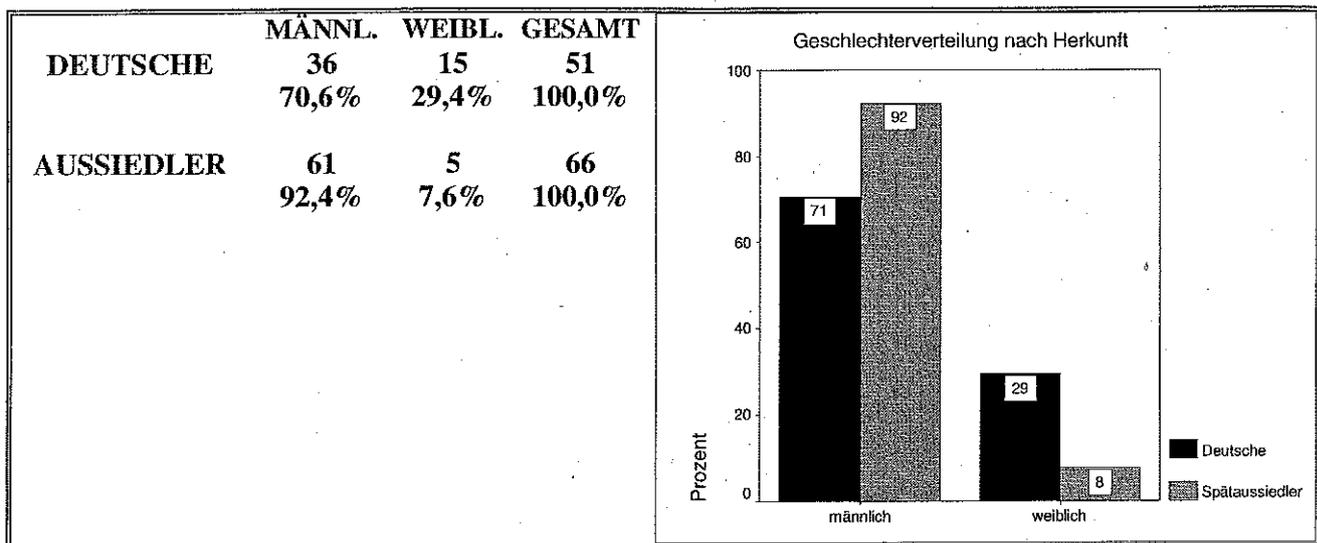


Abb. 23: Geschlechterverteilung: einheimische Deutsche - Aussiedler

### 5.2.2 Diagnostischer Status bezogen auf Substanzen

#### 5.2.2.1 Konsum von Substanzen

Hinsichtlich der Diagnose "Konsum von Substanzen" gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich Alkohol, Cannabis, Kokain und Stimulantien. Auffällige Differenzen konnten bei Sedativa, Halluzinogenen und Opiaten festgestellt werden:

##### 5.2.2.1.1 KONSUM VON SEDATIVA

Der Konsum von Sedativa ist für die Deutschen häufiger dokumentiert worden, nämlich in 35% der Fälle (18 Personen) während dies nur für 21% der Spätaussiedler (14 Personen) in der Akte festgehalten wurde. Dementsprechend wurde dieser Konsum in 65% der Fälle bezogen auf einheimische Deutsche (33 Personen) und in 79% der Fälle bezogen auf Aussiedler (52 Personen) nicht dokumentiert. Dieser Unterschied ist durch einen Chi-Quadrat-Test in seiner Signifikanz

tendenziell bestätigt worden ( $p_{2\text{-seitig}} = 0,09$ ; Chi-Quadrat-Wert nach Pearson = 2,871). (Vgl. Tabelle und Grafik, s.u.)

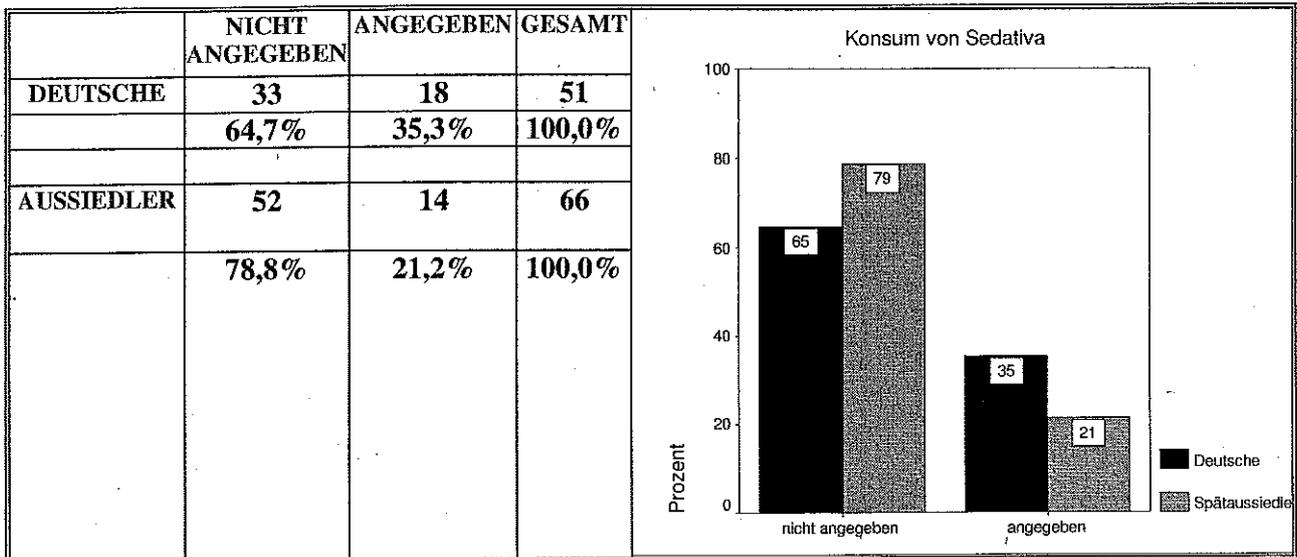


Abb. 24: Konsum von Sedativa

#### 5.2.2.1.2 KONSUM VON HALLUZINOGENEN

Die Aussiedler scheinen relativ selten Halluzinogene zu konsumieren. Lediglich für 4 von ihnen, d.h. 6%, wurde dies dokumentiert. Hingegen war dieser Konsum für 18% (9 Personen) der Deutschen dokumentiert. Der entsprechende Chi-Quadrat-Test deutet auf einen signifikanten Unterschied hin ( $p_{2\text{-seitig}} = 0,048$ ; Chi-Quadrat-Wert nach Pearson = 3,910). (Vgl. Tabelle und Grafik, s.u.)

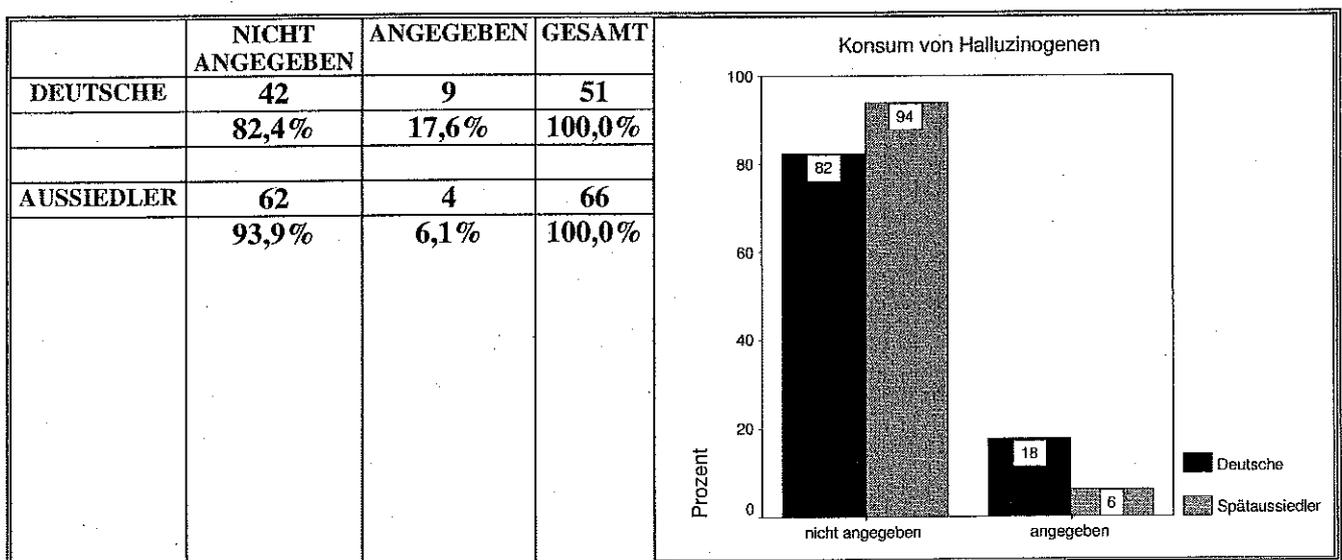


Abb. 25: Konsum von Halluzinogenen

### 5.2.2.1.3 KONSUM VON OPIATEN

In den Akten der einheimischen Deutschen wurde angegeben, dass 41 Personen (80%) Opiate konsumierten und 10 Personen (20%) opiatabstinient sind. Dieses Verhältnis war bezüglich der Aussiedler signifikant anders ( $p_{2\text{-seitig}} = 0,002$ ; Chi-Quadrat-Wert nach Pearson = 3,726). Bei 61 Aussiedler (92,4%) war der Konsum von Opiaten dokumentiert und nur bei 5 nicht (7,6%) (vgl. Tabelle und Grafik, s.u.).

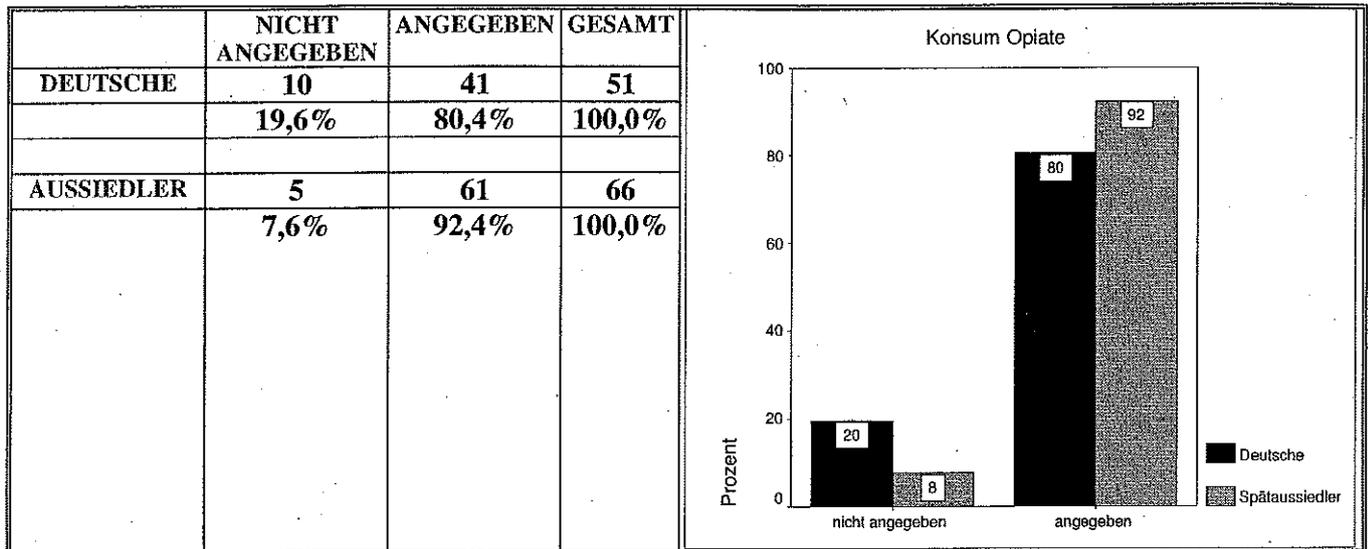


Abb. 26: Konsum von Opiaten

### 5.2.2.2 Schädlicher Gebrauch

Hinsichtlich der Diagnose eines „schädlichen Gebrauchs“ wurde folgender Unterschied festgestellt:

#### 5.2.2.2.1 SCHÄDLICHER GEBRAUCH VON CANNABIS

Der schädliche Gebrauch von Cannabis wurde in 4 Akten der einheimischen Deutschen (7,8%) dokumentiert und in 47 nicht (92,2%). In 17 Akten der Aussiedler (25,8%) wurde der schädliche Gebrauch festgehalten und in 49 nicht (74,2%). Diese Verhältnisse unterscheiden sich bedeutsam voneinander ( $p_{2\text{-seitig}} = 0,012$ ; Chi-Quadrat-Wert nach Pearson = 6,269) (vgl. Tabelle und Grafik, s.u.). Demnach ist der schädliche Gebrauch von Cannabis bei den einheimischen Deutschen seltener als bei den Aussiedlern.

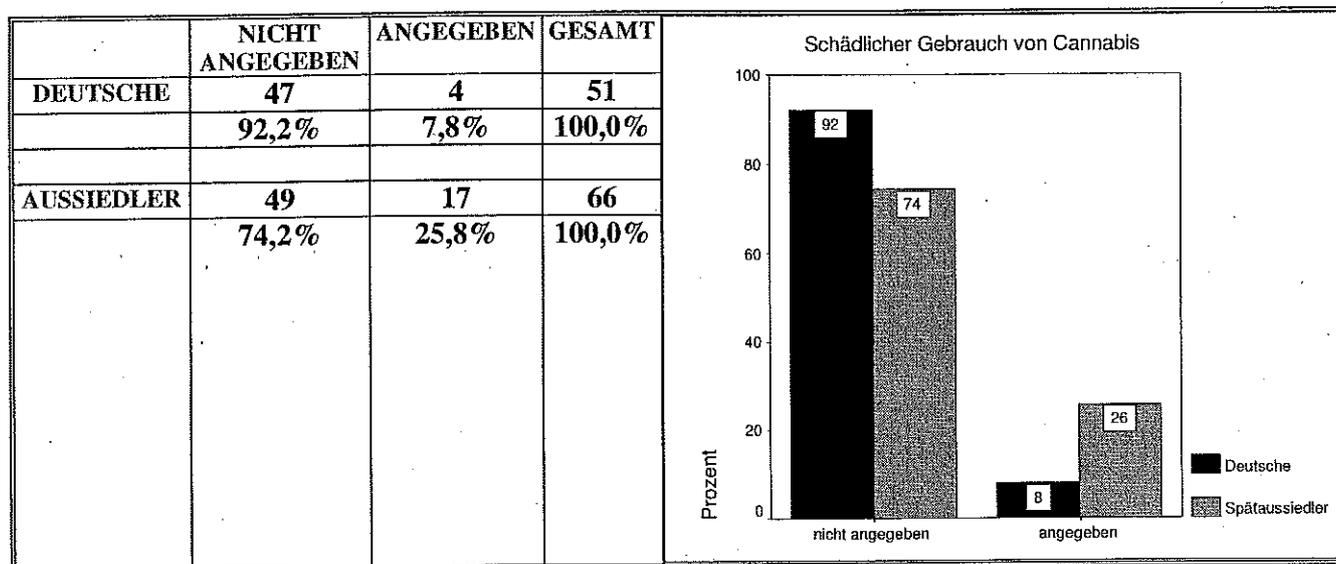


Abb. 27. Schädlicher Gebrauch von Cannabis innerhalb der Stichproben

### 5.2.2.3 Abhängigkeit von Substanzen

Ein Vergleich beider Stichproben hinsichtlich der Diagnose Abhängigkeit ergab folgendes Bild hinsichtlich der Unterschiede:

#### 5.2.2.3.1 CANNABIS ABHÄNGIGKEIT

Die Cannabis Abhängigkeit ist für die Aussiedler seltener dokumentiert worden, als für die einheimischen Deutschen ( $p_{2\text{-seitig}} = 0,036$ ; Chi-Quadrat-Wert nach Pearson = 4,419). Bei den einheimischen Deutschen wurde in 18 Fällen (35,3%) die Cannabis Abhängigkeit angegeben und in 33 Fällen (64,7%) nicht. In 12 Fällen der Aussiedler (18,2%) wurde diese Abhängigkeit dokumentiert und in 54 nicht (81,8%) (vgl. Tabelle und Grafik, s.u.).

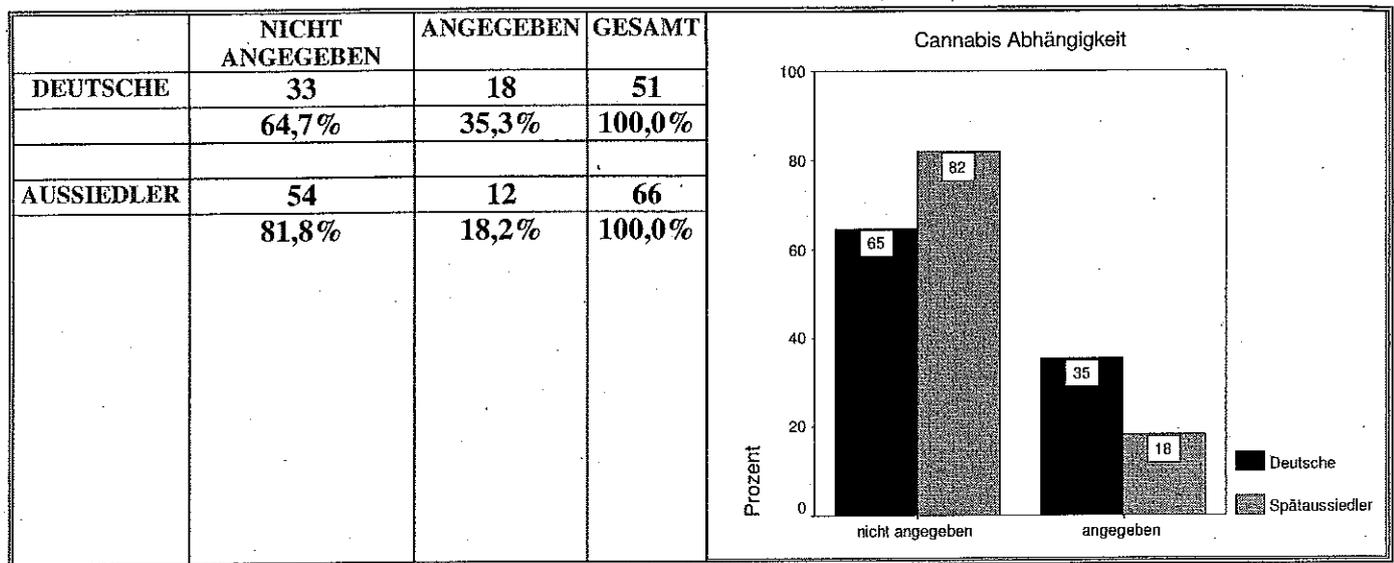


Abb. 28: Cannabisabhängigkeit im Vergleich beider Stichproben

### 5.2.3 Erstkonsum verschiedener Substanzen

Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Stichproben bezüglich des Merkmals Erstkonsum wurde nur beim Erstkonsum von Cannabis und Kokain festgestellt:

#### 5.2.3.1 Erstkonsum von Cannabis

Der Erstkonsum von Cannabis, d.h. das durchschnittliche Einstiegsalter, unterscheidet sich bzgl. der dokumentierten Daten signifikant zwischen einheimischen Deutschen und Aussiedler ( $t=-3,427$ ;  $p_{2-seitig}=0,001$ ). Der entsprechende Mittelwert für die einheimischen Deutschen liegt mit 15 Jahren ( $M_{Dt}=14,62$ ;  $S_{Dt}=2,18$ ) deutlich unter dem Mittelwert der Aussiedler, der 17 Jahre ( $M_{aus}=17,07$ ;  $S_{aus}=2,72$ ) beträgt. Die Aussiedler begannen durchschnittlich etwa 2 Jahre später mit dem Konsum von Cannabis als die einheimischen Deutschen (vgl. Tabelle und Grafik, s.u.).

ERSTKONSUM CANNABIS.			
DEUTSCHE	Mittelwert		14,62
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	13,63
		Obergrenze	15,61
	Median		15,00
	Standardabweichung		2,18
AUSSIEDLER	Mittelwert		17,07
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	16,05
		Obergrenze	18,08
	Median		17,00
	Standardabweichung		2,72
T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Mittelwertgleichheit	T	DF	SIG. (2-SEITIG)
Erstkonsum Can.	-3,427	49	0,001

Tab. 8: Signifikanz für Einstiegsalter Cannabis

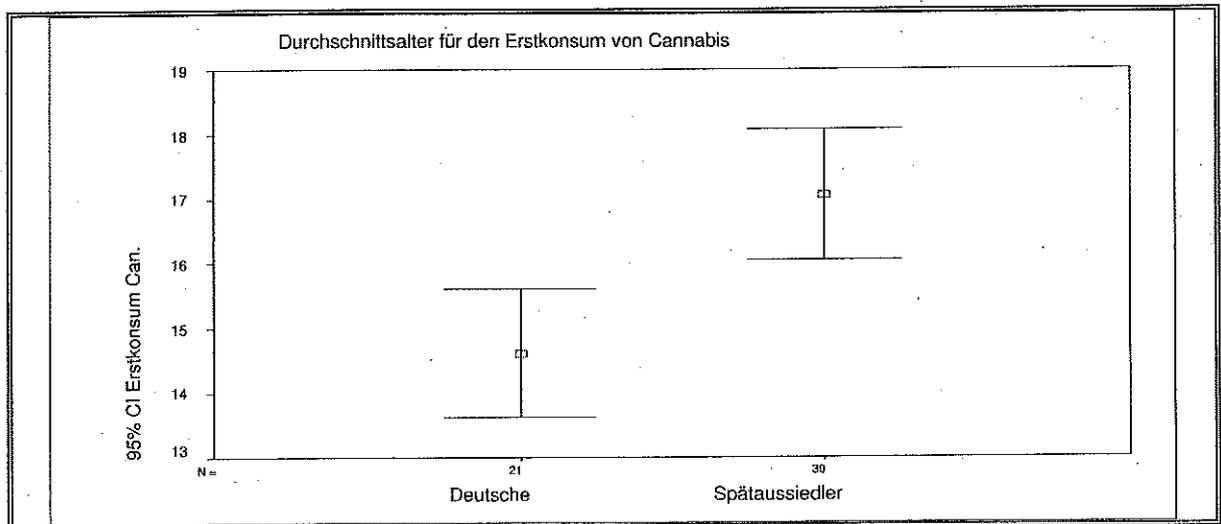


Abb. 29: Durchschnittsalter für den Einstieg in den Cannabiskonsum

### 5.2.3.2 Erstkonsum von Kokain

Das durchschnittliche Einstiegsalter für den Konsum von Kokain unterscheidet sich signifikant. Die Deutschen beginnen durchschnittlich etwa 2 ½ Jahre früher ( $M_{Dt.}=17,6$  Jahre;  $S_{Dt.}=3,54$ ) als die Aussiedler ( $M_{aus}=20,2$  Jahre;  $S_{aus}=2,5$ ). Der entsprechende T-Test für unabhängige Stichproben wurde signifikant ( $t=-2,434$ ;  $p_{2-seitig}=0,021$ ). (Vgl. Tabelle und Grafik, s.u.)

ERSTKONSUM KOKAIN			
Deutsche	Mittelwert		17,60
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	15,64
		Obergrenze	19,56
	Median		17,00
	Standardabweichung		3,54
Aussiedler	Mittelwert		20,17
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	18,92
		Obergrenze	21,41
	Median		20,00
	Standardabweichung		2,50
T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Mittelwertgleichheit	T	DF	SIG. (2-SEITIG)
Erstkonsum Kokain	-2,434	31	,021

Tab. 9: Signifikanz des Einstiegsalters Kokain

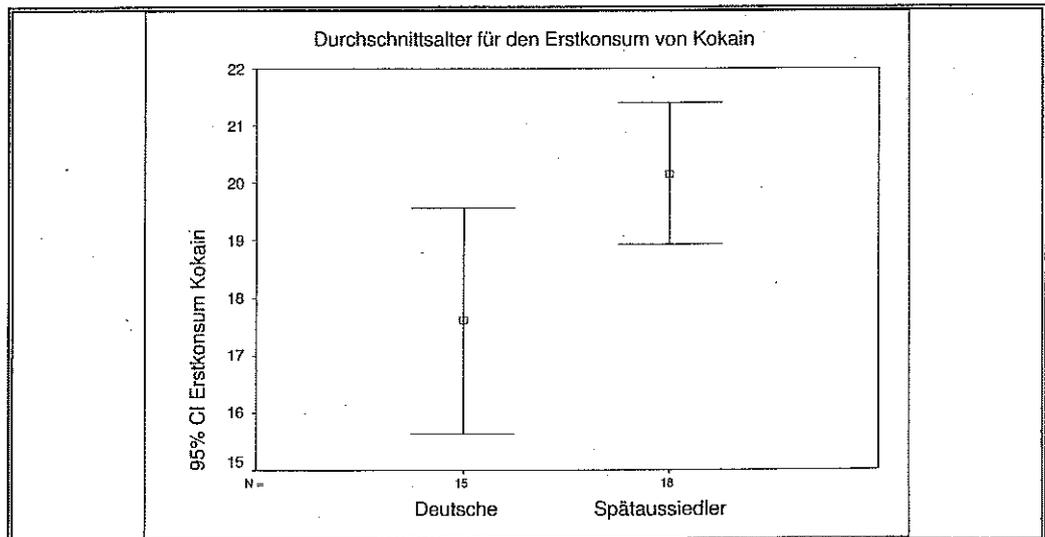


Abb. 30: Einstiegsalter Kokain

#### 5.2.4 Gesundheitlicher Status

Verglichen wurde auch der gesundheitliche Status beider Stichproben. Bezüglich der Infektion mit Hepatitis ergibt sich folgendes Bild:

### 5.2.4.1 Infektion mit Hepatitis

Die Aussiedler sind häufiger mit Hepatitis infiziert als die einheimischen Deutschen ( $p_{2\text{-seitig}} = 0,000$ ; Chi-Quadrat-Wert nach Pearson = 32,14; Anmerkung: Die Zelle Aussiedler/unbekannt war nur mit einem Fall besetzt). Für 80% der Spätaussiedler (53 Personen) und 27% der einheimischen Deutschen (14 Personen) ist die Infektion mit einer der Hepatitisarten (A, B oder C) dokumentiert. Unbekannt war der Hepatitisstatus bei 17,6% der einheimischen Deutschen (9 Personen) und nur 1,5% der Aussiedler (1 Person) (vgl. Tabelle und Grafik, s.u.).

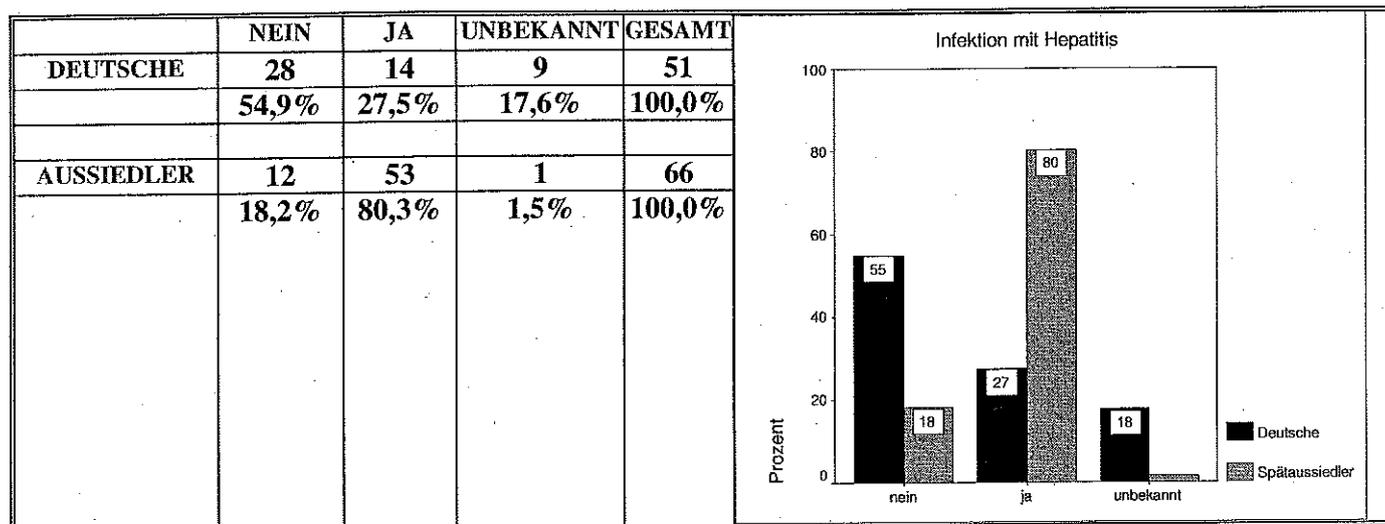


Abb. 31: Infektion Hepatitis

### 5.2.4.2 Infektion mit HIV und Erkrankung an AIDS

Hinsichtlich der Infektion mit HIV ergeben sich folgende Auffälligkeiten: Der Chi-Quadrat-Test wird signifikant und weist somit auf eine nicht zufällige Verteilung hin. ( $p_{2\text{-seitig}} = 0,013$ ; Chi-Quadrat-Wert nach Pearson = 8,713). Da jedoch in 3 Zellen eine erwartete Häufigkeit von weniger als fünf besteht, ist dieser Test nicht mehr verlässlich. Gleichwohl kann die Betrachtung der Verteilung Fragen aufwerfen (vgl. Tabelle und Grafik, s.u.), die die Darstellung der Daten an dieser Stelle sinnvoll macht. Eine HIV-Infektion wurde bei den Aussiedlern nicht dokumentiert. 64, d.h. 97% der Aussiedler waren demnach nicht infiziert, lediglich bei 2 russland-deutschen Klienten (3%) war der entsprechende Status nicht bekannt. Hingegen war in 18% der Deutschen der HIV-Status nicht bekannt (9 Personen). Es gibt nur einen dokumentierten HIV-Fall bei den einheimischen Deutschen (2%); bei 80% der einheimischen Deutschen (41 Personen) war keine HIV-Infektion aufgefallen.

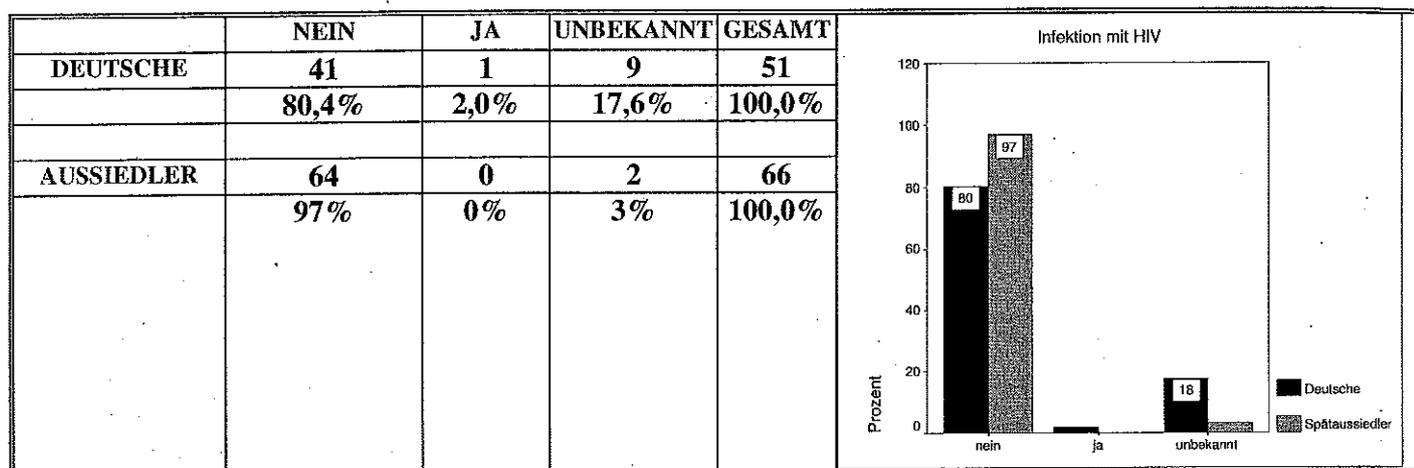


Abb. 32: Infektion mit HIV

Ein ähnliches Bild wie oben bzgl. HIV zeigt sich hier bzgl. des Ausbruchs von Aids. Der Chi-Quadrat-Test wird signifikant und weist somit auf eine nicht zufällige Verteilung hin. ( $p_{2\text{-seitig}} = 0,007$ ; Chi-Quadrat-Wert nach Pearson = 7,216). Hier wurde die nötige Anzahl der Beobachtungen nur in einer Zelle nicht erfüllt, nämlich in der Zelle Aussiedler/unbekannt (vgl. Tabelle und Grafik, Kategorie „Ja“ wurde der Vollständigkeit halber hinzugefügt, s.u.). In 82% der deutschen Fälle (42 Personen) wurde ein „Nicht-Ausbruch“ dokumentiert, in 18% der Fälle war der Status unbekannt (9 Personen). In 97% der russland-deutschen Fälle (64 Personen) wurde ein „Nicht-Ausbruch“ dokumentiert, in 3% der Fälle war der Status unbekannt (2 Personen).

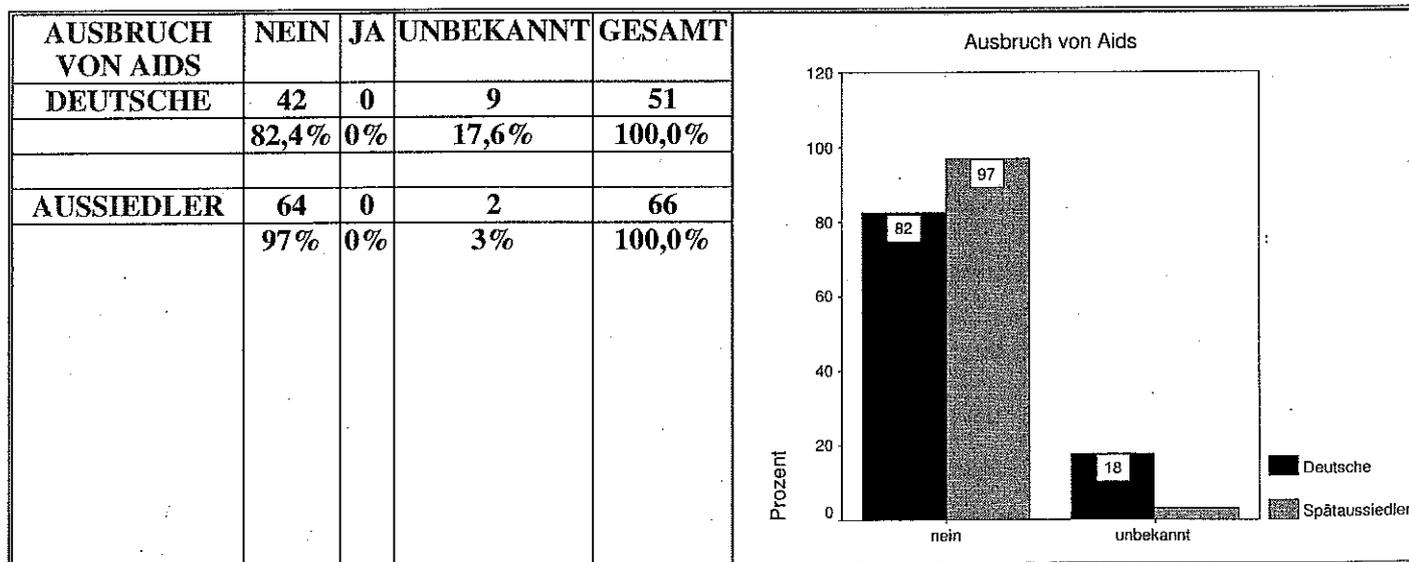


Abb. 33: AIDS - Erkrankungen

### 5.2.5 Kriminalitätsstatus

Es wurde auch der Frage nachgegangen, inwiefern sich drogenabhängige einheimische Deutsche von Aussiedlern hinsichtlich des Kriminalitätsstatus unterscheiden.

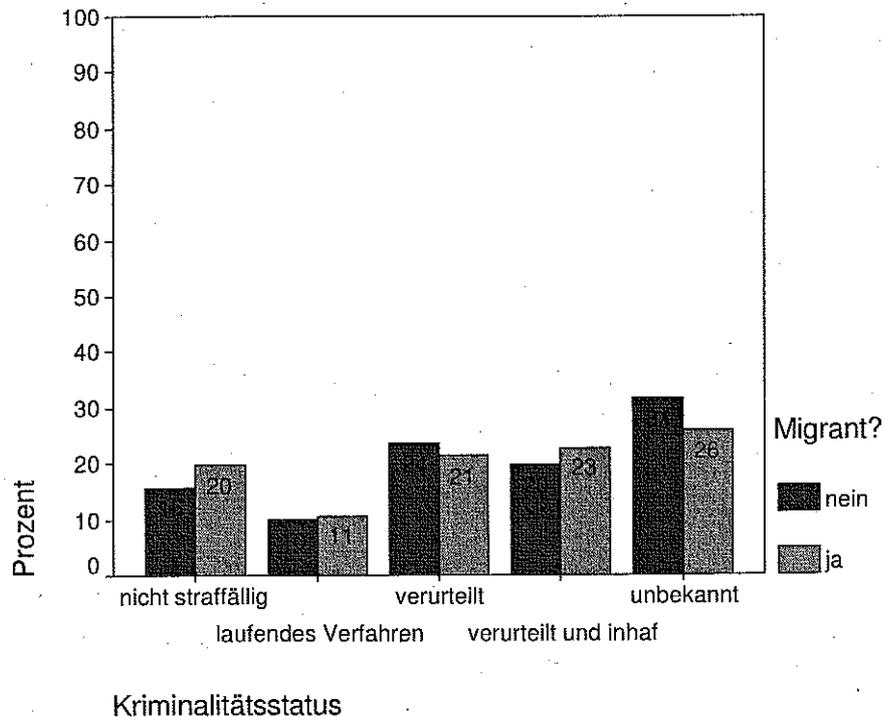


Abb. 34: Verteilung nach Kriminalitätsstatus: Aussiedler-einheimische Deutsche

In der Differenzierung nach diesen Kategorien konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Aussiedler sind demnach keineswegs belasteter als einheimisch-deutsche Drogenabhängige. Das gleiche Ergebnis findet sich auch, wenn man die Einzelkategorien zusammenfasst nur nach "strafrechtlich auffällig" vs. "strafrechtlich nicht auffällig" unterscheidet:

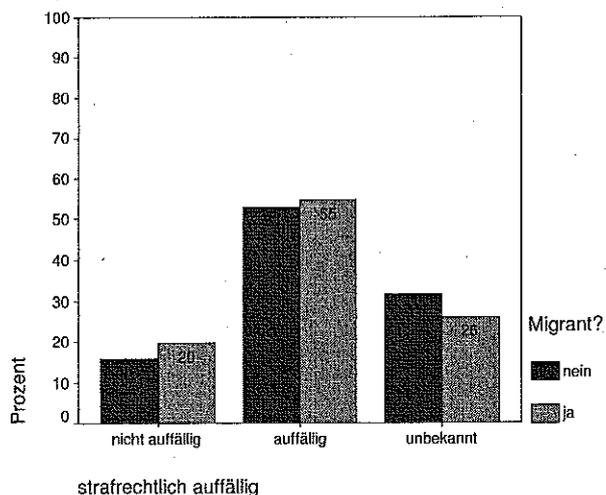


Abb. 35 Vergleich beider Stichproben nach strafrechtlicher Auffälligkeit

Nach den vorliegenden Dokumentationen gibt es keine signifikanten Differenzen zwischen den russland-deutschen Drogenabhängigen und der einheimisch-deutschen Vergleichsgruppe. Offensichtlich sind beide Gruppen im gleichen Maße strafrechtlich auffällig.

### 5.2.6 Anzahl der Behandlungen

Analysiert wurde zudem die Anzahl der stationären Behandlungen.

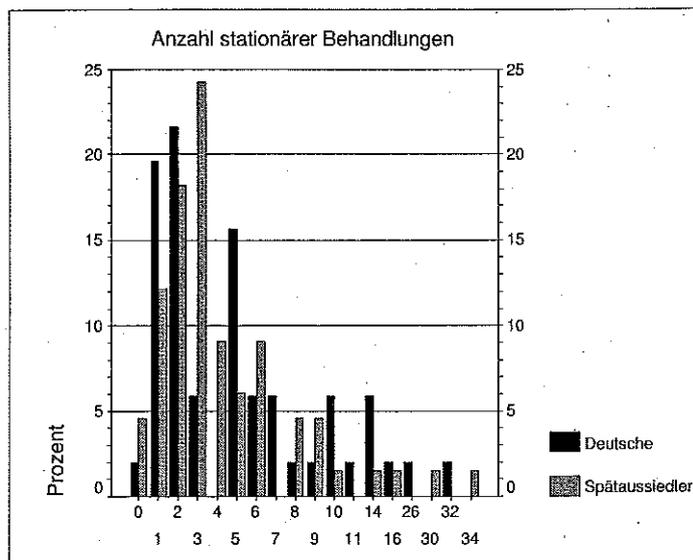


Abb. 36: Anzahl der Behandlungen im Vergleich

Es gibt rechnerisch keine signifikanten Unterschiede. Der Mittelwert, bezogen auf die Anzahl der Behandlungen, beträgt bei den einheimisch-deutschen Drogenabhängigen 5,76. Der Wert bei den Aussiedlern liegt bei 4,77. Auf Grund der geringen Zellzahlen ist der Chi-Quadrat-Wert kaum aussagekräftig. Der T-Test zeigte sich als nicht signifikant.

### 5.2.7 Anzahl der Entgiftungen

Differenziert nach Entgiftung und Entwöhnung zeigt sich folgendes Bild:

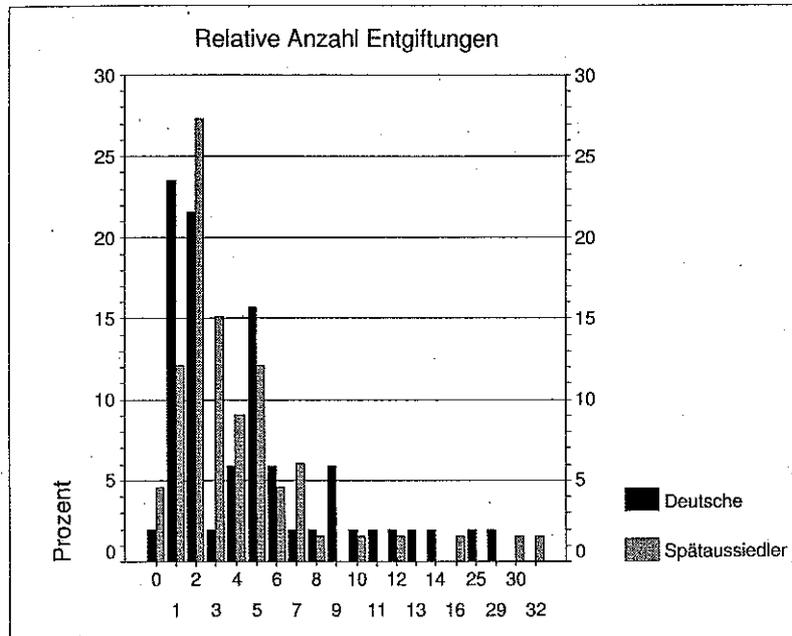


Abb. 37: Vergleich der Anzahl der Entgiftungen

Auch hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Der Chi-Quadrat-Wert konnte ebenfalls nicht hinzugezogen werden. Der T-Test errechnete keine Werte, die einen Unterschied zwischen einheimisch-deutschen Drogenabhängigen und Aussiedlern belegen konnte.

### 5.2.8 Anzahl der Entwöhnungen

Hinsichtlich der Anzahl der Entwöhnungen gibt es allenfalls einen tendenziellen Unterschied zwischen den Stichproben. ( $p_{2\text{-seitig}} = 0,075$ ; Chi-Quadrat-Wert nach Pearson = 6,898). 4 Zellen (50%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5, was die Aussagefähigkeit des Testes einschränkt.

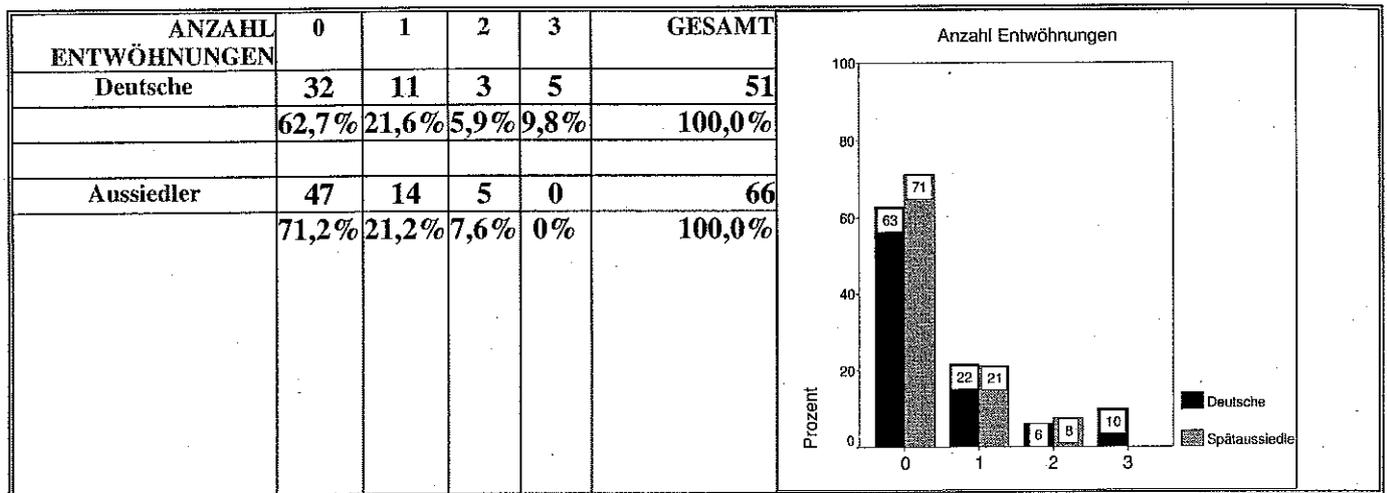


Abb. 38: Anzahl der Entwöhnungen

### 5.2.9 Entlassungsart

Ein weiterer Parameter ist die Planmäßigkeit der Behandlungsbeendigung. Sechs Kategorien waren dokumentiert: Fehlend / Planmäßig / Weitervermittlung / Abbruch Einrichtung / Abbruch Patient / vorzeitige Entlassung.

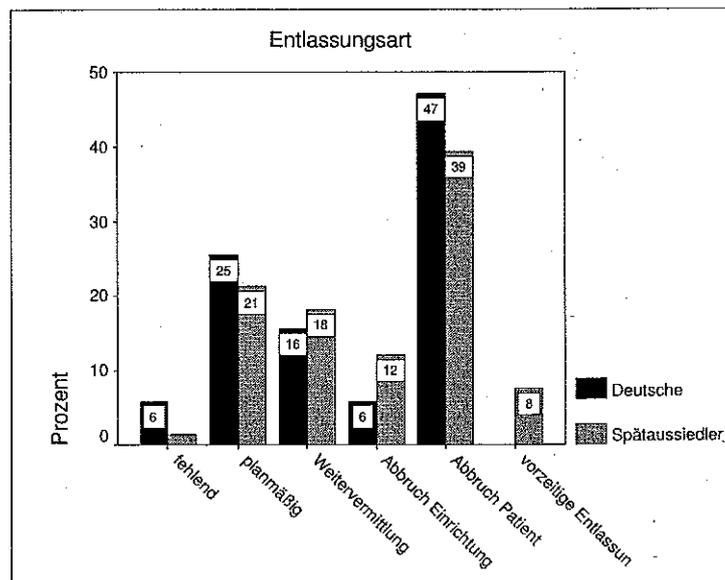


Abb. 39: Entlassungsart

Der Chi-Quadrat-Wert nach Pearson liegt bei 5,763 und die asymptotische Signifikanz bei 0,218. damit weisen beide Stichproben bezogen auf die Planmäßigkeit der Behandlungsbeendigung keinen signifikanten Unterschied auf. Eine Kategorisierung liefert kein anderes Ergebnis:

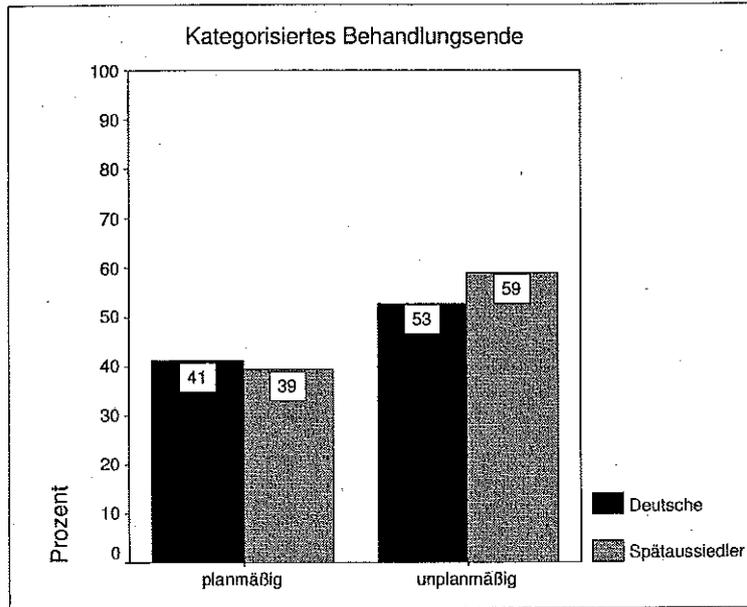


Abb. 40: Kategorisierung der Planmäßigkeit der Behandlung

Unter „unplanmäßig“ wurden folgende Kriterien zusammengefasst: Abbruch Klient / Abbruch Einrichtung / vorzeitige Entlassung. Unter „planmäßig“ fiel dementsprechend: Planmäßige Entlassung und Weitervermittlung.

Der Chi-Quadrat-Wert nach Pearson beträgt 0,160 und die asymptotische Signifikanz 0,689. Insofern gibt es keinen Unterschied hinsichtlich der Planmäßigkeit der Behandlungsbeendigung.

## 6. Stichprobenvergleich: Alle 200 untersuchten Aussiedler und einheimische Drogenabhängige

Zur Vervollständigung der Studie soll nachfolgend auch der Vergleich der gesamten Stichproben erfolgen. Bei der Bewertung dieser Ergebnisse gelten jedoch die schon unter Punkt 2 und 3 gemachten Anmerkungen.

### 6.1 Geschlechterverteilung

In der Gesamtstichprobe unterscheidet sich die Geschlechterverteilung hinsichtlich Deutschen und Spätaussiedlern signifikant ( $p=0,01$ , Chi-Quadrat-Wert nach Pearson =12,054). Beträgt bei der deutschen Teilstichprobe der Anteil der weiblichen Klienten 25%, so finden sich im Vergleich bei den Daten der Spätaussiedler nur 7% weibliche Klienten.

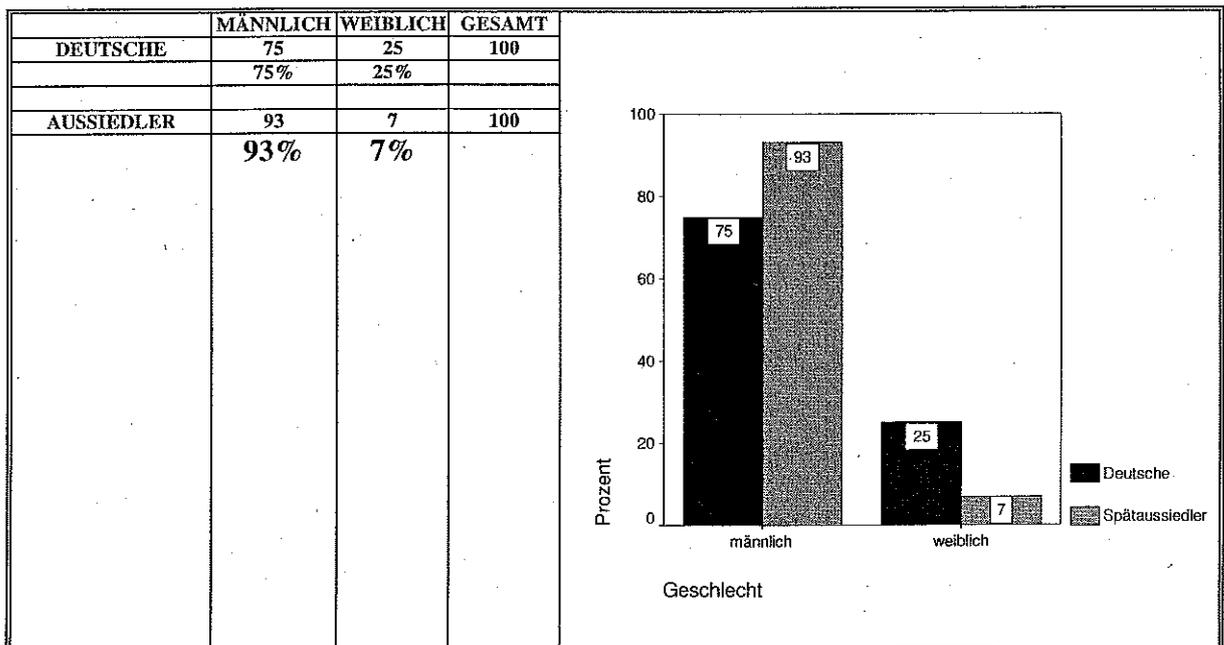


Abb. 41: Geschlechterverteilung

## 6.2 Diagnostischer Status bezogen auf Substanzen

### 6.2.1 Konsum von Substanzen

Bezüglich des Konsums von Substanzen gab es auffällige Befunde bei folgenden Substanzen: Sedativa, Kokain, Halluzinogene, Konsum von anderen Substanzen bzw. multipler Substanzkonsum.

#### 6.2.1.1 KONSUM VON SEDATIVA

Hinsichtlich des Konsumes von Sedativa zeigen sich signifikante Unterschiede ( $p=0,000$ , Chi-Quadrat nach Pearson 13,147) zwischen den Daten der deutschen und der eingewanderten Klienten. So gaben 43% der deutschen Klienten an, Sedativa zu konsumieren, während dies nur 19,2% der Aussiedler taten.

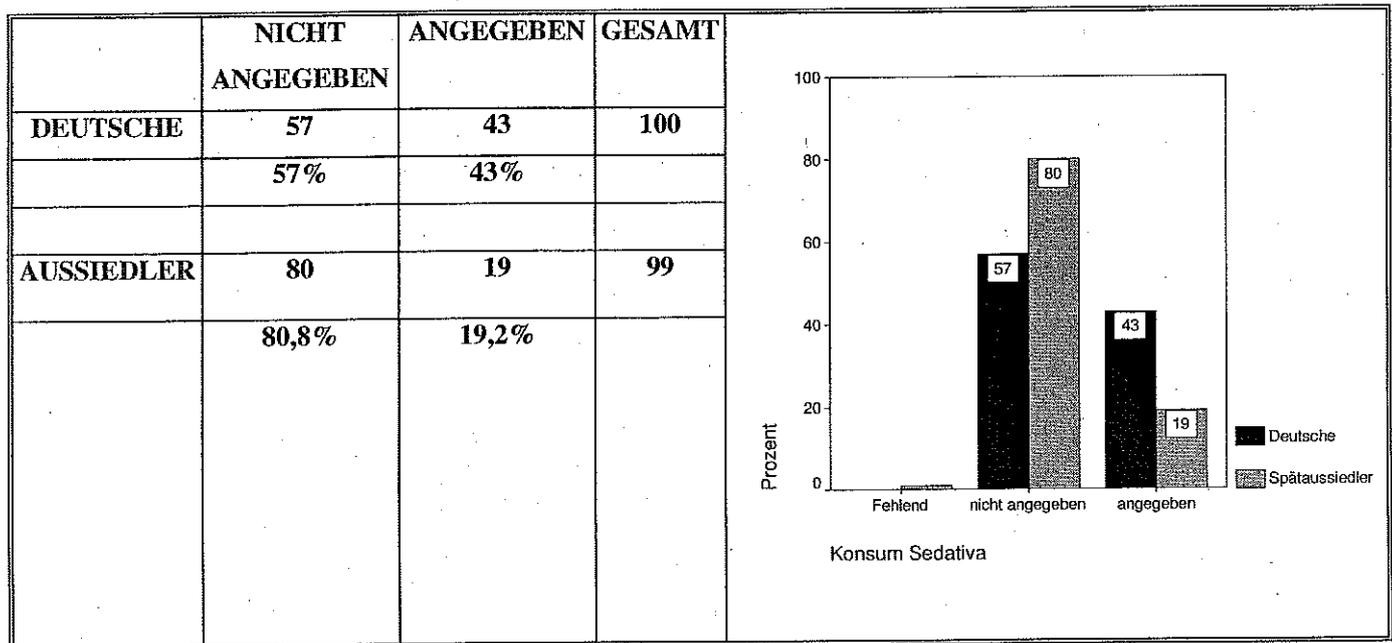


Abb. 42: Konsum von Sedativa

#### 6.2.1.2 KONSUM VON KOKAIN

Auch bei dem angegebenen Konsum von Kokain zeigen sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Klientengruppen. 52% der deutschen Klienten gaben an, Kokain zu konsumieren, während dies nur 34% der Aussiedler taten ( $p=0,01$ , Chi-Quadrat nach Pearson 6,610).

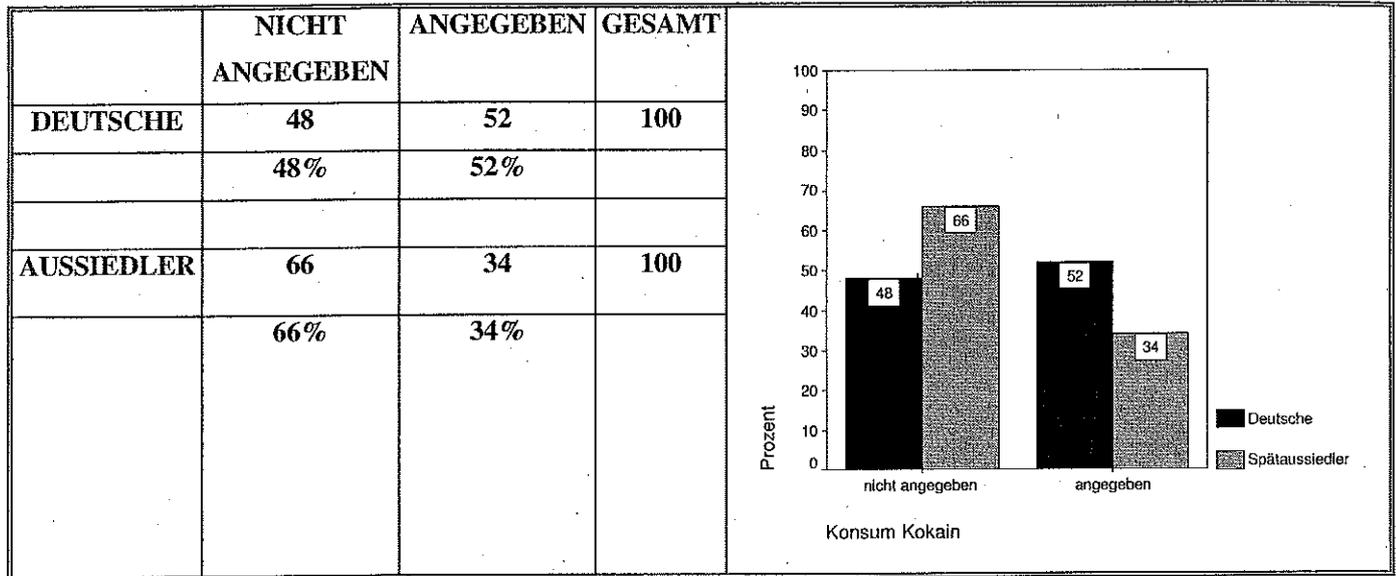


Abb. 43: Konsum von Kokain

### 6.2.1.3 KONSUM VON HALLUZINOGENEN

Ebenfalls als statistisch bedeutsam erwies sich der Unterschied bezüglich des Konsumes von Halluzinogenen bei den erhobenen Klientendaten. 14% deutsche Klienten gaben an, Halluzinogene zu konsumieren, während dies nur bei 5% der Aussiedler in der Aktenlage ersichtlich wurde ( $p=0,03$ , Chi-Quadrat nach Pearson 4,711).

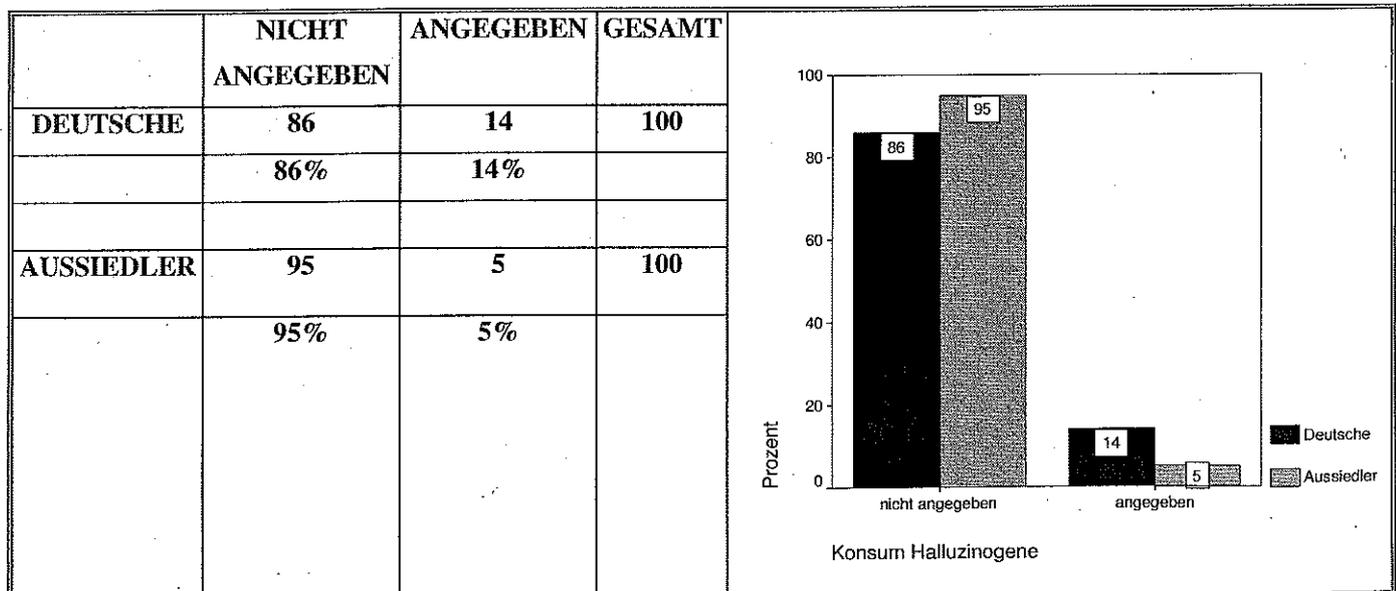


Abb. 44: Konsum von Halluzinogenen

#### 6.2.1.4 KONSUM VON ANDEREN SUBSTANZEN ODER MULTIPLER SUBSTANZGEBRAUCH

Als tendenziell bedeutsamer Unterschied zeigt sich das Konsumverhalten bezüglich anderer Substanzen bzw. von multiplem Substanzgebrauch. 21% der deutschen Klienten gaben an, dies zu tun, während sich bei 11% der Aussiedler in der Aktenlage dafür Belege finden ließen ( $p=0,054$ , Chi-Quadrat nach Pearson 3,72).

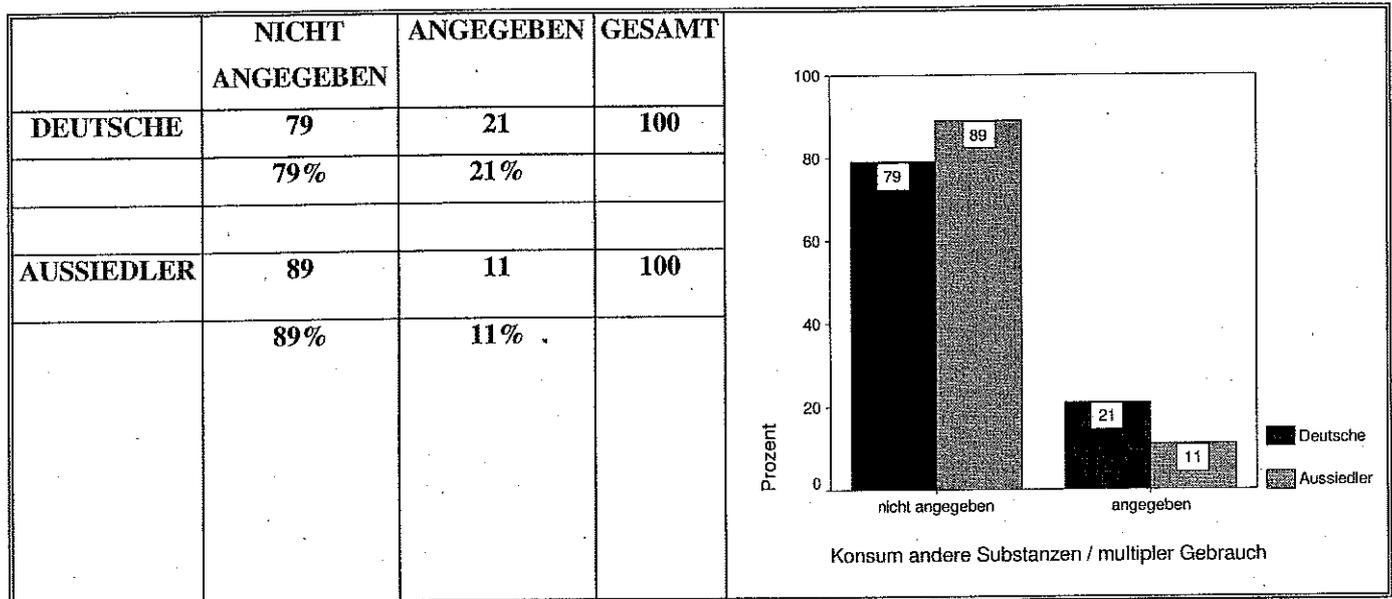


Abb. 45: Konsum von anderen Substanzen oder multipler Gebrauch

## 6.2.2 Schädlicher Gebrauch

### 6.2.2.1 Schädlicher Gebrauch von Cannabis

Beim schädlichen Gebrauch von Cannabis zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Klientengruppen. 21% der Aussiedler gaben an, dies zu tun, während sich dieser Befund bei 7% der deutschen Klienten ergab ( $p=0,004$ , Chi-Quadrat nach Pearson 8,140).

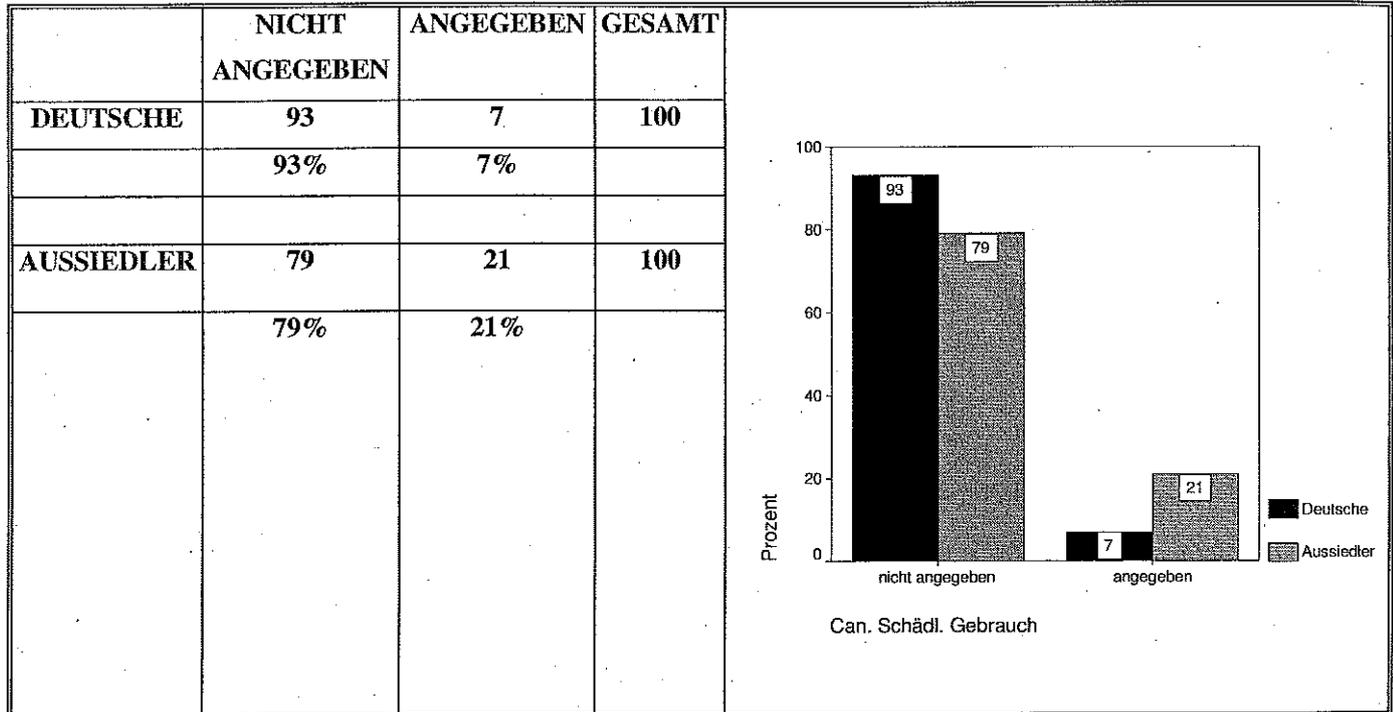


Abb. 46: Schädlicher Gebrauch von Cannabis

## 6.2.3 Abhängigkeit von Substanzen

### 6.2.3.1 Cannabis Abhängigkeit

Auch bei der Abhängigkeit von Cannabis ergaben sich bedeutsame Unterschiede. Bei 34% der deutschen Klienten ergab der Aktenbefund eine Abhängigkeit von Cannabis, während dies bei 16% der Aussiedler erhoben werden konnte ( $p=0,003$ , Chi-Quadrat nach Pearson 8,640).

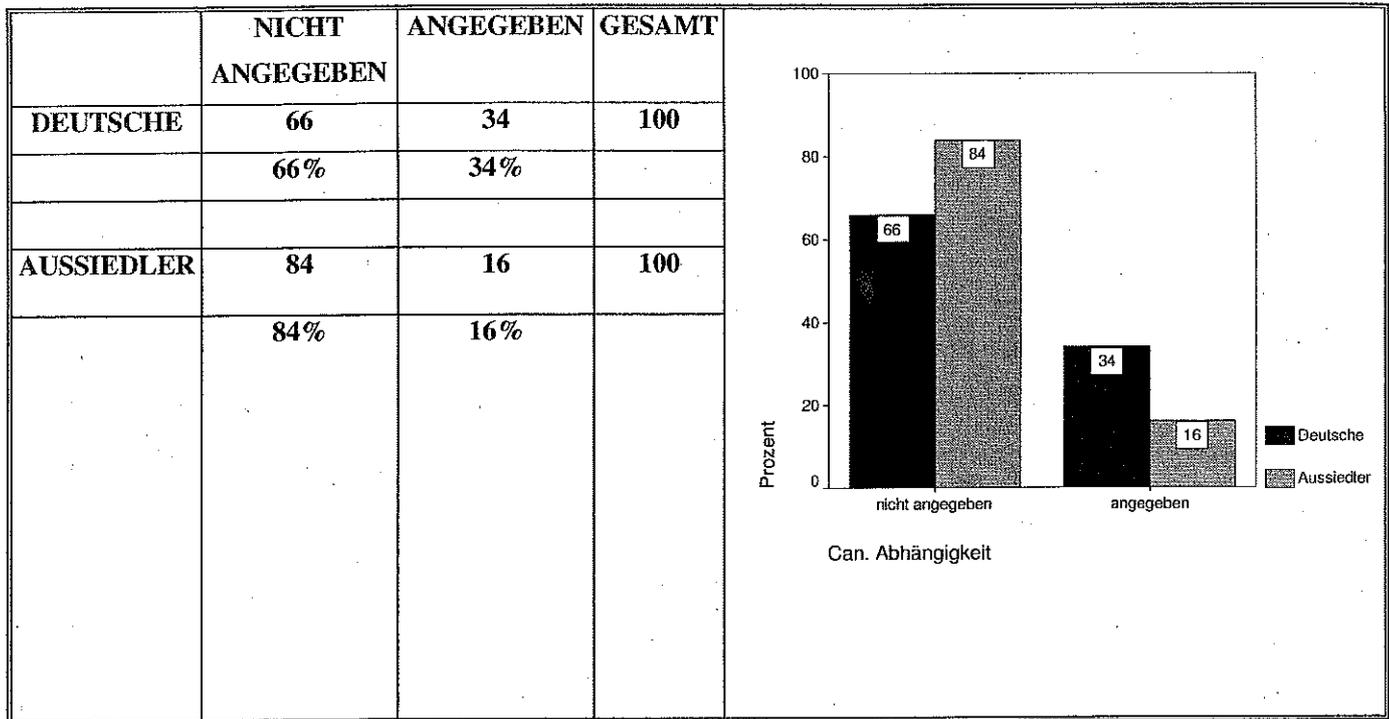


Abb. 47: Cannabis Abhängigkeit

### 6.2.3.2 Sedativa Abhängigkeit

Eine Abhängigkeit von Sedativa wurde bei den deutschen Klienten in 29% der Fälle angegeben. Im Gegensatz dazu wurde dies bei den Aussiedlern in 13% der Fälle erhoben ( $p=0,005$ , Chi-Quadrat nach Pearson 7,715).

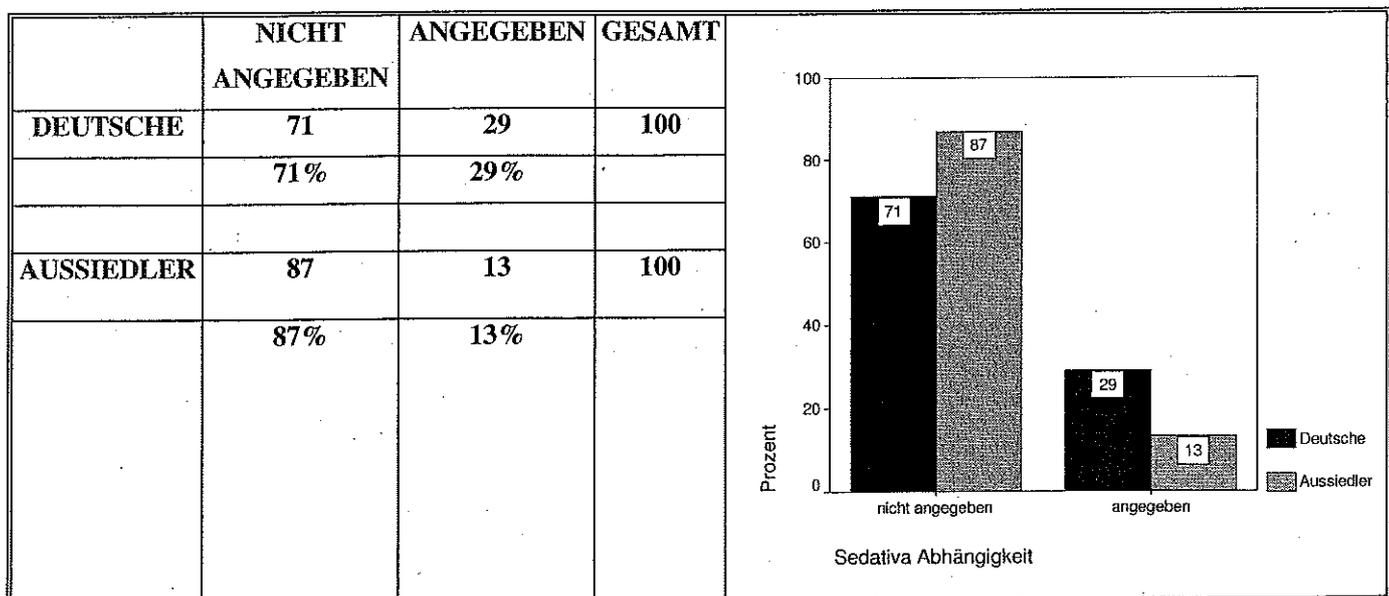


Abb. 48: Abhängigkeit von Sedativa

### 6.3 Erstkonsum verschiedener Substanzen

Unterschiede beim Alter des Erstkonsums zeigten sich bei folgenden Substanzen: Alkohol, Cannabis und Tabak.

#### 6.3.1 Erstkonsum von Alkohol

Das Erstkonsum-Alter der deutschen Klienten lag signifikant unter dem der zugewanderten Klienten. Im Mittel konsumierten die Deutschen im Alter von 13,84 Jahren das erste Mal Alkohol, während die Aussiedler angaben, dies im Alter von 16,84 Jahren zu tun.

ERSTKONSUM ALKOHOL				
<b>Deutsche</b>	Mittelwert			<b>13,84</b>
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		<b>12,86</b>
		Obergrenze		<b>14,83</b>
	Median			<b>14</b>
	Standardabweichung			<b>2,74</b>
<b>Aussiedler</b>	Mittelwert			<b>16,84</b>
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		<b>14,57</b>
		Obergrenze		<b>19,11</b>
	Median			<b>16</b>
	Standardabweichung			<b>5,5</b>
<b>T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Mittelwertgleichheit</b>	<b>T</b>	<b>DF</b>		<b>SIG.</b>
Erstkonsum	<b>-2,69</b>	<b>55</b>		<b>0,009</b>

Tab. 10: Erstkonsum von Alkohol

### 6.3.2 Erstkonsum von Cannabis

Auch beim Erstkonsum-Alter von Cannabis unterschieden sich die Klientengruppen bedeutsam. Im Mittel konsumierten die deutschen Klienten mit 15,19 Jahren erstmals Cannabis, während der Erstkonsum der zugewanderten Klienten im Alter von 17,37 Jahren stattfand.

ERSTKONSUM CANNABIS			
<b>Deutsche</b>	Mittelwert		<b>15,19</b>
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	<b>14,36</b>
		Obergrenze	<b>16,02</b>
	Median		<b>15</b>
	Standardabweichung		<b>2,66</b>
<b>Aussiedler</b>	Mittelwert		<b>17,37</b>
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	<b>16,09</b>
		Obergrenze	<b>18,66</b>
	Median		<b>17</b>
	Standardabweichung		<b>3,74</b>
<b>T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Mittelwertgleichheit</b>	<b>T</b>	<b>DF</b>	<b>SIG. (2-SEITIG)</b>
Erstkonsum	<b>-2,98</b>	<b>75</b>	<b>0,004</b>

Tab. 11: Erstkonsum von Cannabis

### 6.3.4 Erstkonsum von Tabak

Beim Erstkonsum von Tabak gab es einen tendenziell bedeutsamen Unterschied. So ergaben die Aktendarstellungen der zugewanderten Klienten ein Erstkonsumalter für Tabak von 14 Jahren und für die deutschen Klienten ein Alter von 10,67 Jahren.

<b>ERSTKONSUM</b>			
<b>Deutsche</b>	Mittelwert		<b>10,67</b>
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	<b>9,23</b>
		Obergrenze	<b>12,10</b>
	Median		<b>11</b>
	Standardabweichung		<b>0,58</b>
<b>Aussiedler</b>	Mittelwert		<b>14</b>
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	<b>11,86</b>
		Obergrenze	<b>16,14</b>
	Median		<b>13</b>
	Standardabweichung		<b>2,56</b>
<b>T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Mittelwertgleichheit</b>	<b>T</b>	<b>DF</b>	<b>SIG. (2-SEITIG)</b>
Erstkonsum	<b>-2,16</b>	<b>9</b>	<b>0,059</b>

*Tab. 12: Erstkonsum von Tabak*

## 6.4 Gesundheitlicher Status

### 6.4.1 Infektion mit Hepatitis

Hinsichtlich einer Infektion mit Hepatitis gab es tendenziell ( $p=0,08$ , Chi-Quadrat nach Pearson 5,045) bedeutsame Unterschiede. Bei 63% der Aussiedler war eine Hepatitisinfektion dokumentiert. Dies war im Gegensatz dazu bei 48% der in Deutschland geborenen Klienten verzeichnet.

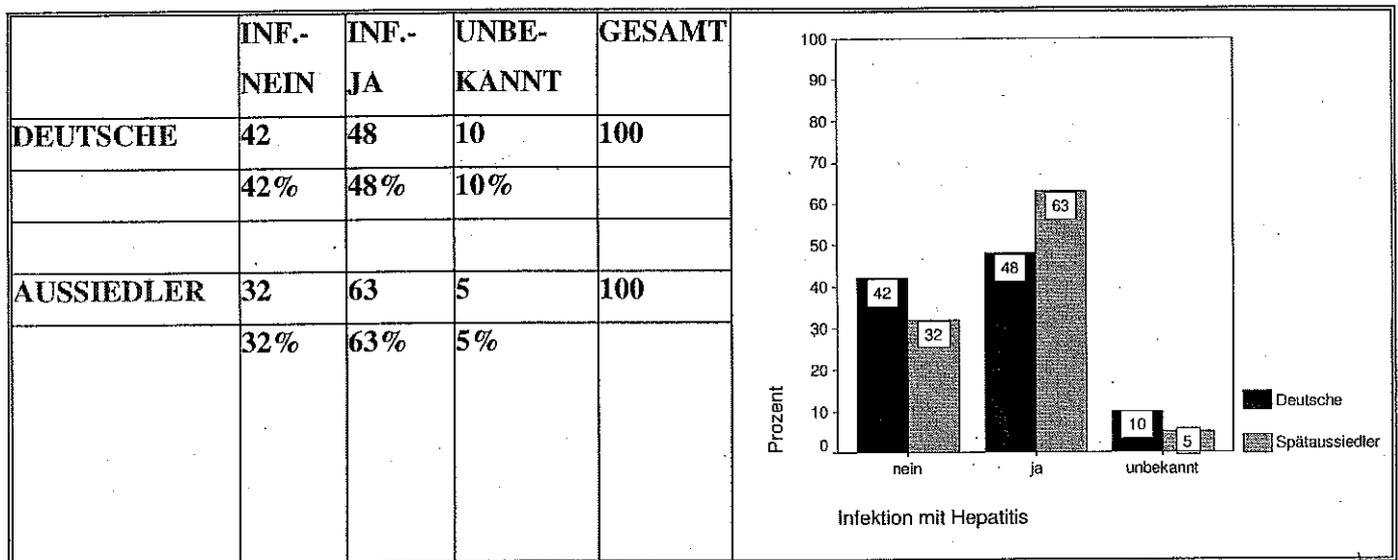


Abb. 49: Infektion mit Hepatitis

Differenziert nach der Art der Mehrfach-Infektion mit Hepatitis ergaben sich nur geringfügige Unterschiede zwischen Deutschen und Aussiedlern. Am häufigsten wurde keine Erkrankung dokumentiert (Deutsche 44,2%, Aussiedler 33,0%). Am zweithäufigsten wurde eine Infektion mit Hepatitis C angegeben (Deutsche 29,5%, Aussiedler 34%). Mehrfach-Infektionen wurden im Bereich unter 10% angegeben.

## Hepatitis-Art der Infektion \* Spätaussiedler Kreuztabelle

% von Spätaussiedler

		Spätaussiedler		Gesamt
		nein	ja	
Hepatitisstatus	nicht erkrankt	44,2%	33,0%	38,5%
	A	2,1%	6,2%	4,2%
	B	3,2%	2,1%	2,6%
	C	29,5%	34,0%	31,8%
	A & B	2,1%	2,1%	2,1%
	A & C	2,1%	8,2%	5,2%
	B & C	5,3%	4,1%	4,7%
	A & B & C	6,3%	8,2%	7,3%
	unbekannt	5,3%	2,1%	3,6%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 13: Kreuztabelle Aussiedlerstatus nach Hepatitisstatus (N=200)

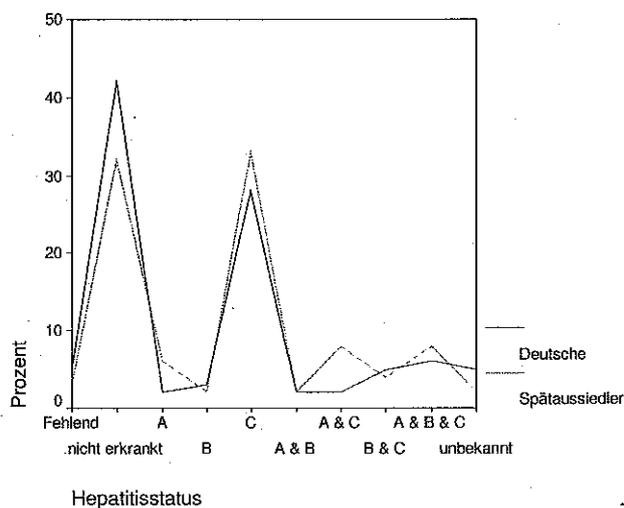


Abb. 50: Hepatitisstatus

## 6.4.2 Infektion mit HIV und Erkrankung an AIDS

Hinsichtlich einer HIV-Infektion unterschieden sich die untersuchten Gruppen nicht signifikant. Lediglich bei den Daten der deutschen Klienten fanden sich 2 dokumentierte Fälle einer HIV-Infektion.

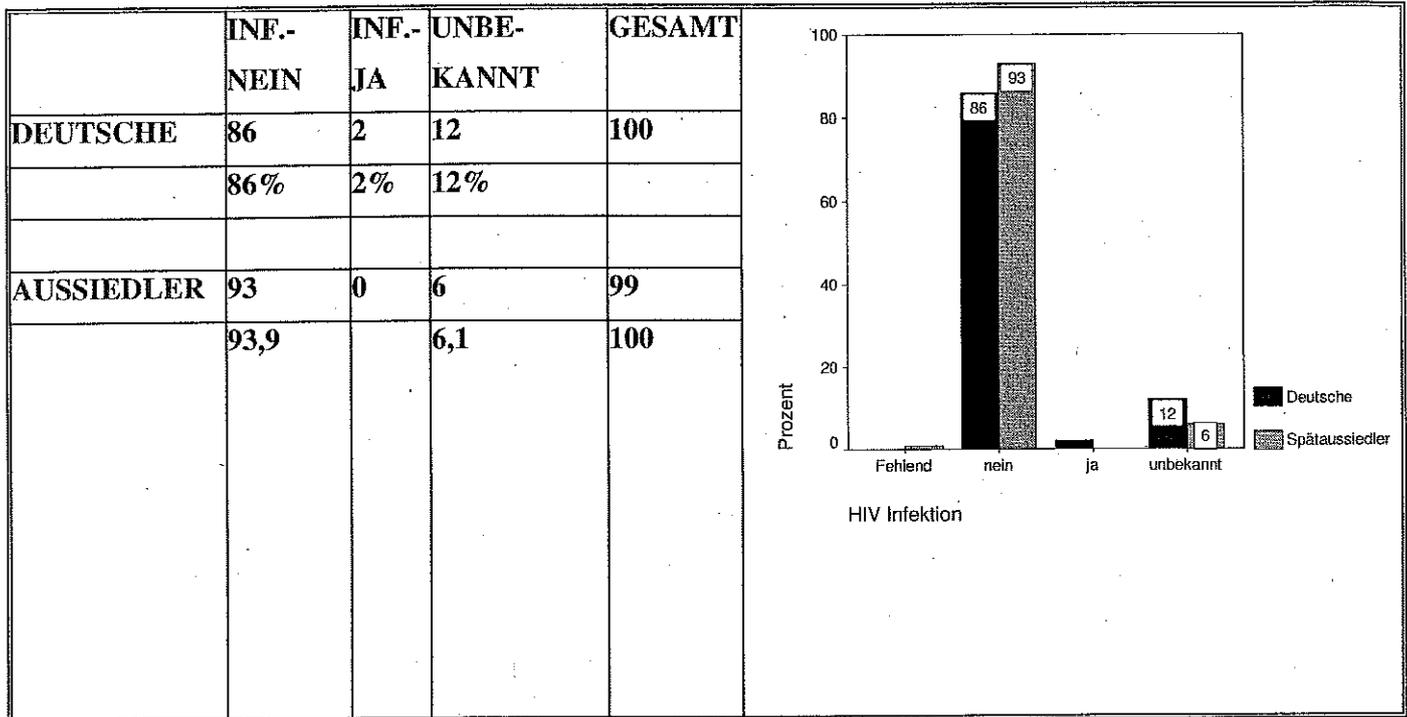


Abb. 51: HIV-Infektion

Der Ausbruch einer Aids-Erkrankung wurde in keinem der untersuchten Fälle angegeben.

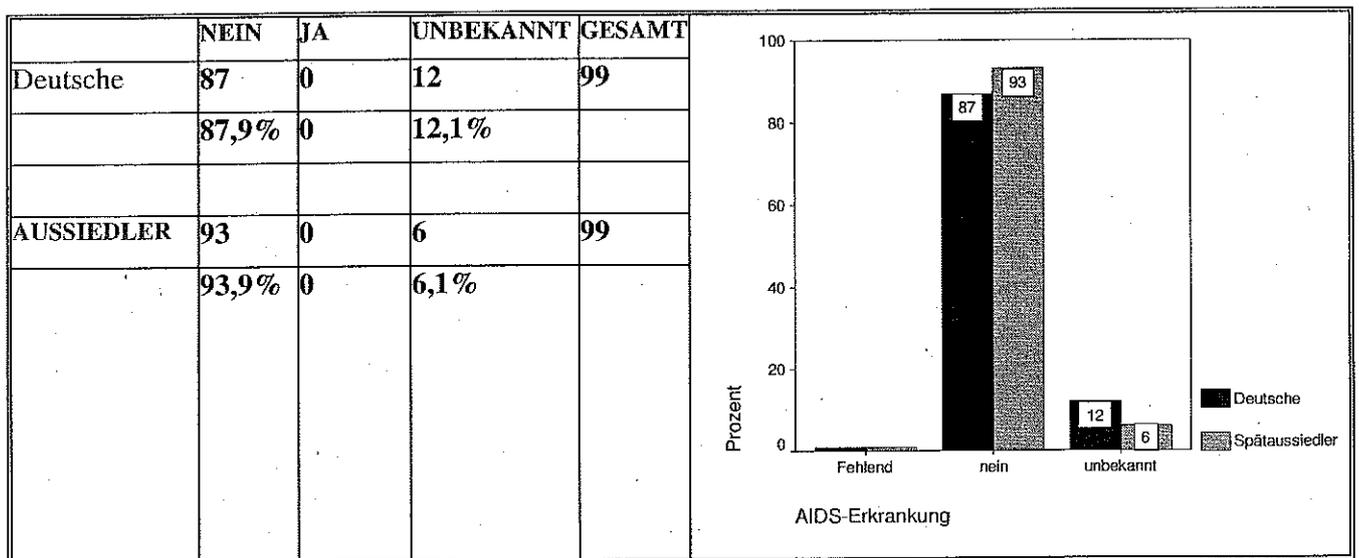


Abb. 52: AIDS-Erkrankung

### 6.5 Kriminalitätsstatus

Eine Betrachtung der abgefragten Kategorien „Kriminalitätsstatus“ ergab keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den befragten Gruppen (vgl. Abb. 53).

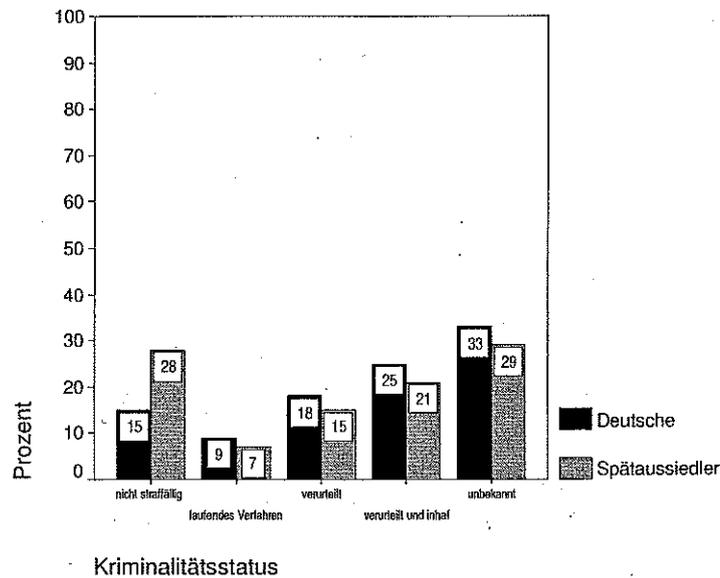


Abb. 53: Kriminalitätsstatus

Erst die Zusammenfassung der Kategorien nach dem Kriterium „strafrechtlich auffällig“ ergab einen tendenziell bedeutsamen Unterschied. Als „strafrechtlich auffällig“ wurden alle Personen eingestuft, die bei einer der folgenden Kategorien einen Eintrag verzeichneten: -laufendes Verfahren, -verurteilt, -verurteilt und inhaftiert. So konnten unter diesem Begriff 52% der deutschen Klienten subsummiert werden, während dies nur für 43% der Aussiedler zutrif (p=0,08, Chi-Quadrat nach Pearson 5,041).

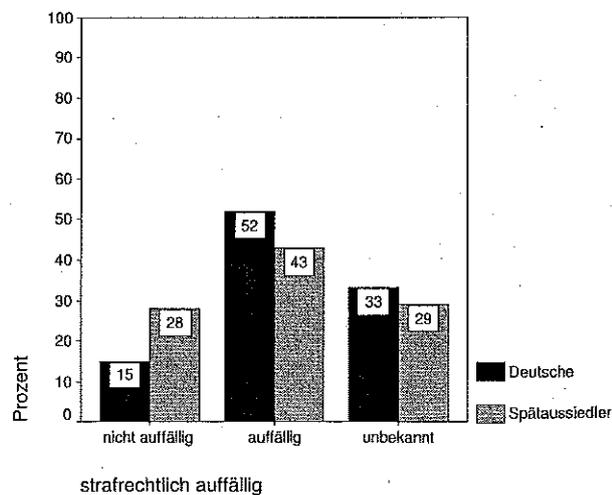


Abb. 54: Strafrechtlich auffällig

## 6.6 Anzahl der stationären Behandlungen

Bezogen auf die bisher absolvierte Anzahl stationärer Behandlungen unterschieden sich deutsche und zugewanderte Klienten signifikant ( $0,002$ ,  $t=3,203$ ). Im arithmetischen Mittel haben deutsche Klienten 7,99 stationäre Behandlungen absolviert, die zugewanderten Klienten dagegen 4,89.

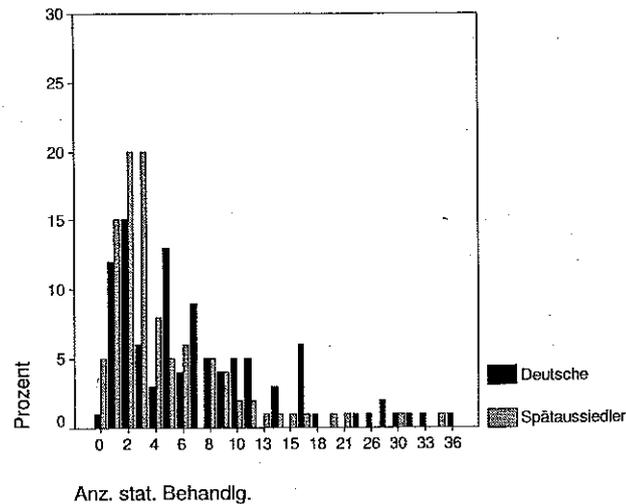


Abb. 55: Anzahl stat. Behandlungen 1 - Balkendiagramm

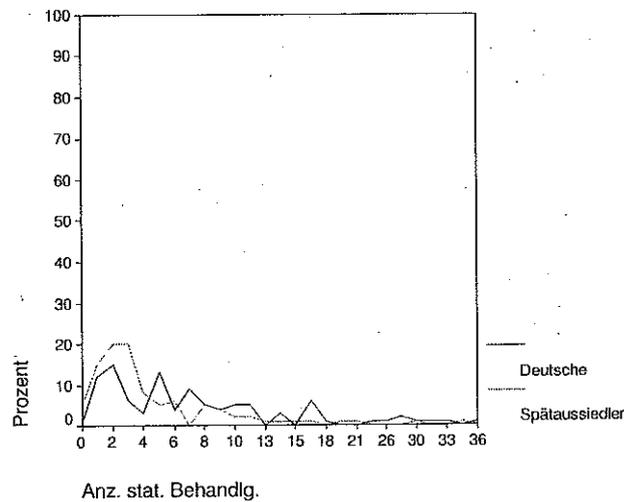


Abb. 56: Anzahl stat. Behandlungen 2 - Linienzug

## 6.7 Anzahl der Entgiftungen

Auch bei der Anzahl der bisher absolvierten Entgiftungen zeigen sich Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. So erweist sich die Differenz von durchschnittlich 7,17 Entgiftungen der

deutschen Klienten und 4,44 Entgiftungen der Aussiedler als signifikant unterschiedlich ( $p=0,003$ ,  $t=3,015$ ).

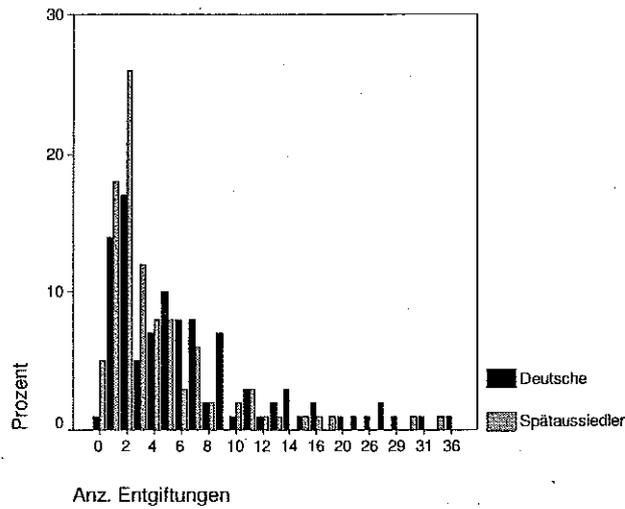


Abb. 57: Anzahl Entgiftungen

### 6.8 Anzahl der Entwöhnungen

Der überwiegende Anteil der dokumentierten Fälle hatte keine Entwöhnung (52% der Deutschen und 68% der Aussiedler). Betrachtet man die durchschnittliche Anzahl Entwöhnungen zeigt sich ein signifikanter Unterschied (Sig. (2-seitig)=0,005;  $t=2,844$ ). Die Deutschen hatten durchschnittlich 0,82 ( $M=0,82$ ;  $S=1,03$ ) Entwöhnungen, während die Aussiedler durchschnittlich 0,45 ( $M=0,45$ ;  $S=0,80$ ) Entwöhnungen in Anspruch nahmen.

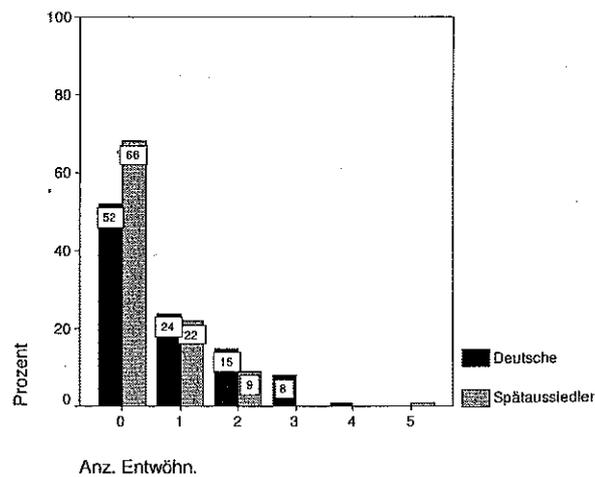


Abb. 58: Anzahl Entwöhnungen

### 6.9 Entlassungsart

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bzgl. der Entlassungsart (vgl. Abb. 59).

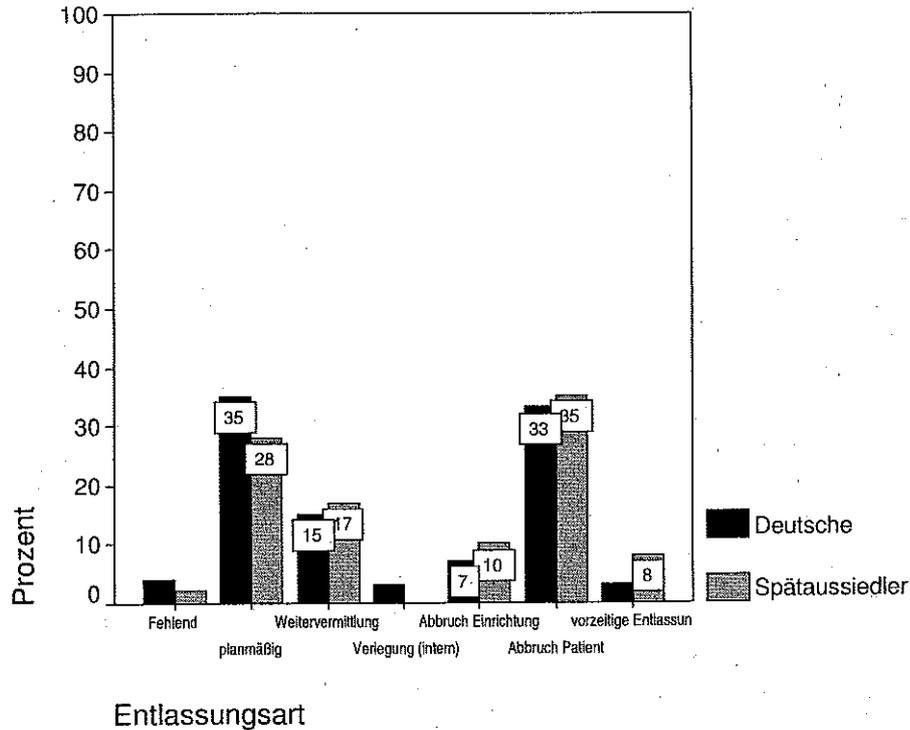


Abb. 59: Entlassungsart

Auch wenn die verschiedenen Entlassungsarten in die beiden disjunkten Kategorien „planmäßig“ (35% der Deutschen und 38% der Aussiedler) und „unplanmäßig“ (61% der Deutschen und 70% der Aussiedler) aufgeteilt werden, zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

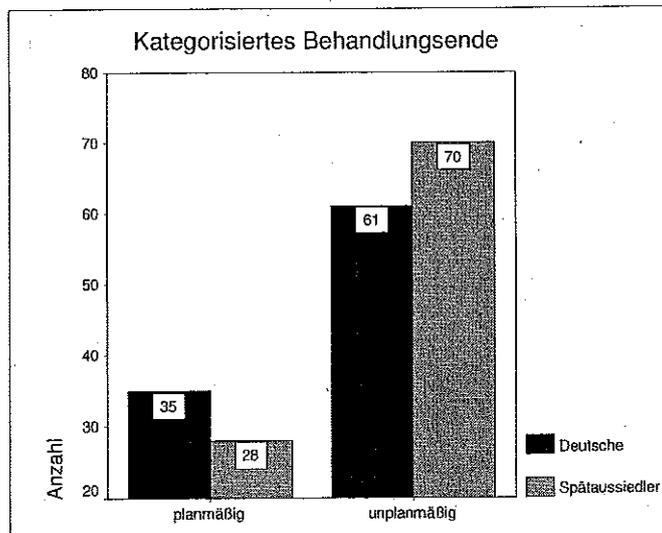


Abb. 60: Kategorisiertes Behandlungsende

Augenscheinlich unterscheiden sich die Daten. Die Signifikanztests bestätigen diese Annahme jedoch nicht, wie aus Tabelle 12 ersichtlich ist.

Chi-Quadrat-Tests	WERT	DF	ASYMPTOTISCHE SIGNIFIKANZ (2- SEITIG)	EXAKTE SIGNIFIKANZ (2-SEITIG)	EXAKTE SIGNIFIKANZ (1-SEITIG)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,376	1	,241		
Kontinuitätskorrektur	1,039	1	,308		
Likelihood-Quotient	1,378	1	,241		
Exakter Test nach Fisher				,284	,154
Zusammenhang linear- mit-linear	1,369	1	,242		
Anzahl der gültigen Fälle	194				

0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 31,18.

Tab. 14: Signifikanztests des Kategorisiertes Behandlungsende (N=194)

### **Zusammenfassende Hypothesen**

**Hypothese 1:** Die Altersverteilung der Aussiedler unterscheidet sich von der Altersverteilung der einheimisch-deutschen Drogenabhängigen dadurch, dass ältere Kohorten in der Stichprobe der Aussiedler fehlen.

**Hypothese 2:** Unter den drogenabhängigen Aussiedlern befinden sich signifikant mehr Männer als bei den einheimisch-deutschen Drogenabhängigen.

**Hypothese 3:** Hinsichtlich der diagnostischen Kategorie „Konsum“ weisen beide Stichproben Unterschiede in Bezug auf die Substanzen Sedativa, Halluzinogene und Opiate auf: Bei den Diagnosen Konsum von Alkohol, Cannabis, Kokain, Stimulantien gleichen sich beide Stichproben.

**Hypothese 3.1.:** Sedativa werden von einheimisch-deutschen Drogenabhängigen häufiger konsumiert als von drogenabhängigen Aussiedlern.

**Hypothese 3.2.:** Halluzinogene werden von einheimisch-deutschen Drogenabhängigen häufiger konsumiert als von drogenabhängigen Aussiedlern.

**Hypothese 3.3.:** Opiate werden von Aussiedlern häufiger konsumiert als von einheimisch-deutschen Drogenabhängigen.

**Hypothese 4:** Hinsichtlich der Kategorie „schädlicher Gebrauch“ unterscheiden sich beide Stichproben nicht bezogen auf die Substanzen Alkohol, Halluzinogene, Stimulantien, Kokain, Sedativa und Opiate.

**Hypothese 4.1.:** Der schädliche Gebrauch von Cannabis ist unter Aussiedlern häufiger als unter einheimisch-deutschen Drogenabhängigen.

**Hypothese 5:** Hinsichtlich der diagnostischen Kategorie „Abhängigkeit“ unterscheiden sich beide Stichproben nicht hinsichtlich der Substanzen Alkohol, Sedativa, Kokain, Halluzinogene, Stimulantien und Opiate.

**Hypothese 5.1.: Unterschiede gibt es bei der Diagnose Cannabisabhängigkeit. Cannabisabhängigkeit tritt bei Aussiedlern weniger häufig auf als bei einheimisch-deutschen Drogenabhängigen.**

**Hypothese 6: Hinsichtlich des Einstiegsalters in den Konsum verschiedener Substanzen wie Alkohol, Sedativa, Halluzinogene, Stimulantien und Opiate gibt es keine Unterschiede zwischen einheimisch - deutschen Drogenabhängigen und Aussiedlern.**

**Hypothese 6.1.: Bei Aussiedlern beginnt der Einstieg in den Cannabiskonsum deutlich später als bei einheimisch-deutschen Drogenabhängigen.**

**Hypothese 6.2. : Der Einstieg in den Kokainkonsum beginnt bei den Aussiedlern deutlich später als bei einheimisch-deutschen Drogenabhängigen.**

**Hypothese 7: Hinsichtlich des gesundheitlichen Status unterscheiden sich beide Stichproben nicht.**

**Hypothese 7.1.: Aussiedler weisen eine deutlich höhere Rate an Hepatitis-Infektionen auf als einheimisch-deutsche Drogenabhängige.**

**Hypothese 7.2.: Einheimisch-deutsche Drogenabhängige weisen eine höhere HIV-Belastung auf als drogenabhängige Aussiedler.**

**Hypothese 7.3.: Einheimisch-deutsche Drogenabhängige weisen eine höhere AIDS-Belastung auf als drogenabhängige Aussiedler.**

**Hypothese 8: Hinsichtlich der Kriminalitätsbelastung unterscheiden sich die Aussiedler nicht von einheimisch-deutschen Drogenabhängigen.**

**Hypothese 9: Hinsichtlich der Anzahl bisheriger Behandlungen unterscheiden sich die Aussiedler nicht signifikant von einheimisch-deutschen Drogenabhängigen.**

**Hypothese 9.1. Hinsichtlich der Anzahl der Entgiftungen unterscheiden sich Aussiedler nicht signifikant von einheimisch-deutschen Drogenabhängigen.**

**Hypothese 9.2. Hinsichtlich der Anzahl der Entwöhnungen unterscheiden sich die Aussiedler nicht von einheimisch-deutschen Drogenabhängigen.**

**Hypothese 10: Hinsichtlich der Planmäßigkeit der Behandlungsbeendigung weisen Aussiedler und einheimisch-deutsche Drogenabhängige keine Unterschiede auf.**

## 6 Auswertung der qualitativen Interviews

### 6.1 Hinführung

Im Folgenden werden die Ausschnitte aus zehn Interviews wiedergegeben. Diese Interviews wurden im Juni - Juli 2004 in Einrichtungen der Entgiftung, der Nachsorge oder bei den Befragten zu Hause durchgeführt. Zwei Interviewpartner waren weiblich und acht männlich. Vier der Interviewpartner waren schon längerfristig clean und in der ambulanten bzw. stationären Nachsorge. Ein Klient befand sich in der stationären Rehabilitation des Fachkrankenhauses Nordfriesland. Die anderen wurden während ihres Aufenthaltes in der Entgiftungsstation im Fachkrankenhaus Nordfriesland oder im Psychiatrischen Zentrum Rickling befragt. Acht der Befragten wurden einzeln interviewt. Es gab ein Paarinterview. Neun der Befragten waren heroinabhängig. Ein Befragter war wegen einer Alkoholerkrankung in Behandlung.

Es wurde ein offenes Interview geführt, wobei nach Möglichkeit die folgenden Themen angesprochen werden sollten:

- Erfahrungen mit der Migration
- Nationale Identität
- Umgang mit der deutschen Sprache
- Soziales Netzwerk („peer-group“ und Familie)
- Setting des Erstkonsums
- Einstellung zu russischsprachigen Therapieangeboten
- Zugänge zum Hilfesystem
- Therapieerfahrungen

Die thematische Breite ergab sich durch die Intention eines hypothesengenerierenden Verfahrens. Ziel der Interviews waren Hinweise auf soziokulturelle Merkmale der Klienten, die in einer weiterführenden Studie vertieft und ausgearbeitet werden sollen.

Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Klienten in den Entgiftungsstationen des Psychiatrischen Zentrums Rickling und des Fachkrankenhauses Nordfriesland körperlich und psychisch nicht sehr belastbar waren. Die Dauer der geplanten Interviews wurde deshalb auf 20 bis 25 Minuten veranschlagt, wodurch Abstriche an Inhalt und Tiefe gemacht werden mussten. Auch war die Qualität der Antworten von den deutschen Sprachkenntnissen abhängig. Da aus technischen

Gründen alle Interviews in deutscher Sprache geführt worden sind, war natürlich auch die Auswahl des Interviewpartner selektiv. Andererseits waren – bis auf zwei Ausnahmen – alle Interviewpartner sehr auskunftsfreudig und fähig, in der deutschen Sprache differenziert zu antworten.

Die Interviews wurden auf Band aufgenommen und nach thematischen Schwerpunkten der Äußerungen inhaltsanalytisch kodiert und angeordnet.

## 6.2 Gesprächspassagen:

### 6.2.1 Der Aspekt der Freiwilligkeit der Migration

Als besonderer migrationspezifischer Risikofaktor für eine Suchtentwicklung werden in der Literatur oftmals die schwierigen Anpassungsprozesse beschrieben, die jugendliche Aussiedler nach ihrem Zuzug aus Kasachstan oder Kirgisien durchlaufen müssen. Eine zentrale Belastung erwachse durch die **Unfreiwilligkeit der Migration**, die biographisch als Krise erlebt werde und nur schwer bewältigt werden könne. Dazu Gesprächspassagen, die der Frage nachgehen sollten, ob die Befragten in den familiären Entscheidungsprozess für eine Migration nach Deutschland eingebunden waren und ob sie auch selbst die Ausreise gewünscht haben.

*I: Als Sie damals nach Deutschland gingen, wie war es für Sie? Wollten Sie überhaupt nach Deutschland?*

K: Das war so ein langes Gespräch mit unserer Familie und wir haben uns dann entschieden, nach Deutschland zu kommen. Das erste Mal wollte ich eigentlich bleiben, und hatte mich für was anderes entschieden, was Neues und dann bin ich mit meiner Familie doch hierher gekommen. (...)

*I: Sie haben eben gesagt, dass Sie zuerst gegen die Entscheidung waren, nach Deutschland zu gehen. Erst wollten Sie bleiben, und dann doch aber hier herkommen?*

*I: Was sprach dafür zu bleiben?*

K: Erst wollte ich ja zum Militär, erst mal. Weil das war die Spezialeinheiten, wo ich hin musste, und das war mein größter Wunsch...habe mich dafür vorbereitet, aber dann hat der Krieg in Tschetschenien angefangen und da hat meine Mutter gesagt, na ja, wir sind in Deutschland, du bist in Tschetschenien, vielleicht stirbst du da, deswegen komme mit nach Deutschland, und gefällt es dir nicht, kommst du immer zurück. So, und nun bin ich neun Jahre hier.

**(1) Klient-1, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: Wie war das damals für Sie, nach Deutschland zu kommen?*

Ich wollte...es war für mich ein Horror, ich hab geschrien und ich wollte da weglaufen, die mussten mich echt mit Händen und Füßen festhalten. Aber als ich hier war, war es okay. Also es war eher zwiespältig für mich, hier klar zu kommen.

**(2) Klientin-2, weibl., 19 Jahre, Entgiftung**

*I: Eine Frage: Wolltest Du nach Deutschland?*

K: Ja, ja mit dreizehn Jahren wollte ich. Die Eltern, meine Mutter war auf Besuch hier, und hat erzählt, es war schön hier, klar wollte ich dann auch. Aber wo ich hier war, dann hab ich dann gemerkt, was ich eigentlich, was passiert ist. Dann begann ich meine Heimat zu vermissen, meine Freunde. War ganz allein hier...

**(3) Klient-5, männl., 26 Jahre, amb. Nachsorge**

*I(...): Wo bist Du geboren?*

K: Geboren bin ich in Russland und mit 16 Jahren bin ich hierher gekommen.....ja seit 10 Jahren bin ich jetzt hier in Deutschland. Nach Deutschland wollte ich dann auf gar keinen Fall, weil...na ja.....war in dem Alter, wo man alle Freunde hat und Freund...Liebe und so...und ich wollte den heiraten und da bleiben. Aber natürlich wurde das nicht erlaubt von den Eltern, musste hierher. Als ich dann hier war, da ging es mir dann richtig schlecht.

**(4) Klientin-6, weibl., 26 Jahre, amb. Nachsorge**

Allerdings ist diese Tendenz der **Unfreiwilligkeit** nicht bei allen Interviewpartnern vorzufinden. Vier Gesprächspartner haben die Übersiedlung selber gewollt und den Entschluss zur Migration positiv bewertet. Ein Beispiel:

*I: Aber für Dich war das damit auch klar, dass die Eltern irgendwann nach Deutschland gehen würden....dann war das nicht überraschend für Dich?*

K: Ja ich denke, es war nicht genau im Gespräch, als ich klein war, dass jemand gesagt hat, irgendwann fahren wir nach Deutschland, weil...es war ja auch nicht vorauszusehen, dass es irgendwann mal klappt. Es haben ja von den Verwandten einige immer mal wieder versucht: von Kasachstan ins Kaukasus gezogen und nach Moldawien und bei einem Onkel hat das ja in den siebziger Jahren einmal geklappt und bei anderen eben nicht und....Ja, da ist hin- und hergezogen worden und äh....auch mit diesem ganzen ...wie sagt man...sobald du den Antrag gestellt hattest, war jemand hinter dir her und hat geguckt, was du so machst. Ja und von daher war es nicht irgendwie geplant, nur, diese deutsche Identität war immer da. Man hat es gewusst. Und als die Chance da war, haben die Eltern gesagt, wir haben das vor, die haben uns gefragt, ob wir mitwollen und so, und ich hab dem zugestimmt, mein Bruder hat dem zugestimmt. Und dann sind wir gefahren. Ich war dreizehn, ich konnte natürlich nicht absehen, wohin ich fahre oder was das für ein Land jetzt ist, ich hatte es ja nie gesehen...

**(5) Klient-7, männl., 29 Jahre, stat. Nachsorge**

Jedoch muss berücksichtigt werden, dass der Befragte (Klient 7) schon Ende der 80iger Jahre nach Deutschland gekommen war. So ist zumindest denkbar, dass die erste Generation der russland-deutschen Zuwanderer aus den 80iger Jahren am stärksten ihre deutsche Identität bewahrt hatte und deshalb am deutlichsten den Druck verspürte, die „fremde“ Heimat Kasachstan oder Kirgisien zu verlassen.

### 6.2.2 Der Aspekt der Identitätsdiffusion

Identitätsdiffusion gilt als ein weiterer Risikofaktor, der in Zusammenhang mit migrationsspezifischen Belastungen und Suchtverhalten immer wieder genannt wird: Die Uneindeutigkeit der nationalen Zugehörigkeit, das „Sitzen zwischen den Stühlen“. Und in der Tat:

Einen klaren und widerspruchsfreien Standpunkt zu beziehen, fiel fast allen Interviewpartnern schwer.

*I: Sie sind ja (von Kasachstan) nach Deutschland gekommen, wie erleben Sie sich eigentlich: Mehr als Deutscher, mehr als Russe oder Kasache?*

*K: Kasache nicht, weil ich als Russe geboren bin und...das ja auch eine gute Frage also...ich weiß nicht wie Sie das schätzen, wenn Sie immer in Kasachstan als deutscher Faschist genannt würden und hier als Russe.*

**(6) Klient-1, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: Fühlen Sie sich denn hier zu Hause?*

*K: Nein, nein.....mein zu Hause ist das nicht. Ich hab kein zu Hause, das....das....kann ich nicht sagen. Ich mein, wenn mich jemand fragt, ob ich mich jetzt als Deutsche oder als Russin fühle, sage ich, ich bin eine Russin. Das bin ich...grundsätzlich...!*

**(7) Klient-2, weibl., 19 Jahre, Entgiftung**

*I: Haben Sie sich bisher in Deutschland wohl gefühlt?*

*K: Nein!*

*I: Sind sie von Ihrem Verständnis her eher Russe oder Deutscher*

*K: Ich bin Deutscher, natürlich. Habe ich auch dort gefühlt.*

**(8) Klient-4, männl., 26 Jahre, stat. Reha**

*I: Definiert ihr Euch eigentlich als Deutsche oder als Russen: Wie ist Euer Selbstverständnis?*

*K-6: Also ich bin eher Russin.*

*I: Vom Gefühl her?*

*K-6: Ja ich bin da geboren, dort aufgewachsen, ich bin einfach hierher gekommen, also für mich ist das so, meine Oma, mein Vater waren Deutsche, aber weil die da irgendwann mal dahin gekommen sind...*

*K-5: Man hat zwar einen deutschen Pass, das gefällt einem hier und man versucht sich anzupassen, aber trotzdem ist man irgendwie ein Russe....*

*I: Wird das auch so von außen gesehen?*

*Ja klar, wird von allen so gesehen, ich glaube deswegen unterstützt es dich auch..... aber so ein richtiger Russe bist du auch nicht, willst du damit auch nichts zu tun haben....*

*I: Ihr sitzt so zwischen den Stühlen.....?*

*K-6: Ja!*

**(9) Klient-5, männl., 26 Jahre, amb. Nachsorge / Klient-6, weibl., 26 Jahre, amb. Nachsorge**

*I: Wie fühlen Sie sich: als Deutsche, als Russe oder als Kasache?*

K: In Russland bin ich Deutscher, hier bin ich Russe. Russland-deutscher – so fühle ich mich. Irgendwie dazwischen.

*I: So zwischen den Stühlen...*

K: Weil Muttersprache ist russisch, Staatsangehörigkeit deutsch. (Meinen) deutschen Name habe ich von meinen Großeltern.

**(10) Klient-8, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: Fühlst Du Dich heute eher als Deutscher oder als Russe?*

K: Ich hab mich immer als Deutscher gefühlt, nur ich habe mich drüben mehr als Deutscher gefühlt als hier. Weil hier habe ich ja schon – ob ich das nun will oder nicht – ja anderen Charakter noch: weil ich hab erst mal einen russischen Akzent, zweitens habe ich mich in den letzten fünfzehn Jahren nur mit meinen Landsleuten abgegeben. Das hatte sich auch so ergeben und...teilweise, wenn mich jemand fragt, den ich nicht kenne: Bist Du russisch? Ja, dann sag ich gar nichts dazu, weil...

*I: Weil die russische Seele auch irgendwie drinnen sitzt?*

K: Ja, sicher. Gewisse Mentalität oder so ist da. Ich denke mittlerweile, muss ich hier sagen, so wie ich hier lebe, so die Russlanddeutschen sind so eine bestimmte Gruppe für sich, mit der ich mich dann auch identifizieren kann.

**(11) Klient-7, männl., 29 Jahre, stat. Nachsorge**

Gerade am letzten Beispiel wird deutlich, dass diese Problematik auch auf eine spezifische Art gelöst werden kann. Da weder dem Deutschen, noch dem Russischen eine eigene Zugehörigkeit abzugewinnen ist, bleibt offenbar nur die Bildung einer eigenen ethnischen Gruppierung: Nämlich die **russland-deutsche Identität**, in der sich die russisch geprägten Sozialisationserfahrungen mit der deutschen Staatsangehörigkeit verschränken und dadurch dem Betroffenen die Möglichkeit geben, sich gegenüber rein deutschen oder russischen Identitätszuschreibungen eher positiv abzugrenzen.

### 6.2.3 Der Aspekt der Sprachfähigkeit

Das Ausmaß der Belastungen durch die Zuwanderung hängt sicherlich auch von der Fähigkeit ab, sich relativ zügig im neuen Land sprachlich orientieren zu können. **Deutsche Sprachkenntnisse** sind vor diesem Hintergrund ein deutlicher Indikator für positive Integrationschancen. Insofern wurde bei den Interviews auch die sprachliche Situation der Befragten thematisiert.

*I: Noch einmal zurück zur Frage, wie es für Sie war, nach Deutschland zu kommen. Sie sagten zwar, dass es leicht für Sie war, sich anzupassen, aber ich stelle mir trotzdem vor, dass es manchmal schwierig ist.*

K: Das eigentliche Problem war die Sprache. Ich hab nicht die hochdeutsche Sprache gekannt, ich hab erst hier gelernt, wie das alles geht. Und jetzt teilweise hab ich schon das Plattdeutsch vergessen. Und richtig sprechen konnte ich sowieso nicht.

**(12) Klient-1, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: Konnten Sie denn schon deutsch als Sie hierher kamen?*

K: Nein, ich konnte kein Wort...nix...nicht mal Mutter, Vater ...ehrlich...ich konnte nix...

**(13) Klient-2, weibl., 19 Jahre, Entgiftung**

*I: Wo haben Sie denn Deutsch gelernt?*

K: Bei der Arbeit

*I: Aber Sprachkurse haben Sie nicht gemacht?*

K: Doch aber das hilft nichts. Sprachkurs zum Beispiel jetzt, wenn ich Sprachkurs machen würde, wenn ich kein Wort weiß, ich verstehe überhaupt nicht, was da gesagt wird. Was soll ich da lernen?

**(14) Klient-4, männl., 26 Jahre, stat. Rehabilitation**

K: Als ich dann hier war, da ging es mir dann richtig schlecht. Kein Wort Deutsch, gar nichts und keine Freunde, na ja das war schon schlimm..... Ja erst mal acht Monate nur zu Hause gegessen, weil Schule habe ich nicht gekriegt, ich hatte ja schon Realschulabschluss und ohne Sprache hier Abitur zu machen, war ja auch nicht möglich. Irgendwann habe ich dann Sprachkurs gekriegt, für sechs Monate, aber ich wollte kein Deutsch lernen. Ich habe immer gesagt, ihr habt mich hierher geschleppt, ich mach hier gar nichts.

**(15) Klient-6, weibl., 26 Jahre, amb. Nachsorge**

K: Aber als ich dann hierher gekommen bin, das war auch schwer wegen der Sprache. In der Schule habe ich englisch gelernt. Als hier herkam konnte ich gar nicht schreiben, verstand kein Wort, es war ganz schwer..

*I: Haben Sie denn im Elternhaus deutsch gesprochen?*

K: Ja, mein Vater ist Deutscher. Der hat mit meinen Großeltern deutsch gesprochen, auch wenn sie etwas vor mir verbergen wollten, dann sprachen sie deutsch. Ich verstand aber kein Wort. Und meine Mutter ist Russin

*I: Sie sprach dann vor allem russisch?*

K: Ja. Und dann von Mutters Seite, die wohnten alle in Kasachstan und Russland.

**(16) Klient-8, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

Allerdings gibt es auch Gegenbeispiele. Immerhin zwei der Befragten fühlten sich auch in der deutschen Sprache vergleichsweise sicher:

K: Auch teilweise in deutscher Sprache, also in der Familie wurde – also jetzt mit meinen Eltern – wurde mehr Russisch gesprochen als Deutsch. Und meine Großeltern haben mehr deutsch gesprochen als russisch, also da ist das langsam so verloren gegangen. Ich habe selber angefangen – freiwillig – in der zweiten Klasse deutsch zu lernen schon..und..ja, weil ich war immer interessiert auch. Als ich herkam, konnte ich mich deshalb auch verständigen.

**(17) Klient-7, männl., 29 Jahre, stat. Nachsorge**

*I: Wie haben Sie zu Hause gesprochen? Russisch....*

K: Also von meinem Vater die Seite, die waren ja in Russland, die haben in Krasnojarsk, dass ist in Sibirien, gewohnt. Die sprechen alle Plattdeutsch. Und mein Vater kann auch Deutsch, aber Plattdeutsch. Und meine Oma Hochdeutsch. Mit meinem 10. Lebensjahr konnte ich Plattdeutsch sprechen, fast perfekt. Bis zu meinem 10. Lebensjahr hat mein Opa auch da gewohnt und da haben wir plattdeutsch gesprochen. Und dann wo der Opa war weg, zu seinem anderen Sohn, dann haben wir meistens, weil ich bin meistens bei Oma aufgewachsen, da haben wir Hochdeutsch gesprochen. Ich konnte schon als Kleinkind Hochdeutsch sprechen.

*I: Dann war das für Sie auch kein Sprachproblem als Sie nach Deutschland kamen?*

K: Also kein größeres Problem.

**(18) Klient - 9, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

#### 6.2.4 Der Aspekt der „peer-group“

Ein weiterer Aspekt der Integration ist auch die ethnische Zusammensetzung der „peer-group“. So wurde gefragt, inwieweit auch Kontakte zu einheimischen Deutschen bestanden und gesucht worden sind oder ob sich die Befragten ethnisch eher abgesondert hatten.

*I: Haben Sie eigentlich auch Kontakt zu Deutschen?*

K: Ja, natürlich, ich habe viele Freunde, die sind deutsch.

*I: Und wie würden Sie das gewichten, sind es mehr Landesleute?*

K: Mehr Landsleute....

**(19) Klient-1, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: Noch mal eine Frage zu Ihrem Umfeld, haben Sie eigentlich auch deutsche Freunde?*

K: Zur Zeit, ne...das ist das was mich eigentlich auch an mir wundert. Ich war nie in einer Gruppe von Deutschen, ich kenn zwar viele: Hallo und wie geht's, aber ich habe nie mit denen was zusammengemacht, weil ....das kommt jetzt wieder, das ich ein Viertel trotzdem dieses Deutsche in mir drin habe und ...das ist für mich...und man fühlt sich unverstanden in manchen Dingen, das ist dann schwieriger und wenn ich Freunde hab, dann möchte ich keine Schwierigkeiten haben, sondern möchte mich entspannen, ...ähm... alles ist gut so, einfach öffnen. Also ich hab es mit Deutschen versucht, es wurde aber schnell wieder abgebrochen, weil das ..ne..also ne.. zur Zeit hab ich...es ist auch durch die Droge passiert, eine beste Freundin, die ist wie eine Schwester für mich, die ist eine Russin, ähm...wir reden aber deutsch.....

**(20) Klient-2, weibl., 19 Jahre, Entgiftung**

K: (...) Dann habe ich hier die Hauptschule besucht, das erste Jahr war eine Anfangsklassen nur mit Spätaussiedlern und Ausländern, ja und dann habe ich mich mit denen auch angefreundet und so die ganze Schulzeit habe ich eigentlich von Anfang an nur russische Freunde, keine festen deutschen Freunde gehabt, ja...

**(21) Klient-5, männl., 26 Jahre, amb. Nachsorge**

*I: Wie war die erste Zeit in Deutschland?*

K: Ja ich habe das damals eigentlich ganz leicht verkraftet, weil ich hab mir damals keinen Kopf drüber gemacht, wie das so ist oder sein könnte....So das war eben so. Erst im Nachhinein hab ich mir dann vielleicht Gedanken gemacht, wie wäre das wohl anders gelaufen, wenn ich da weiter aufgewachsen wärest und so, wo du die alten Freunde hattest.... Damals habe ich das leicht verkraftet, wobei...richtig integriert habe ich mich auch nicht. Ich habe die Schule gemacht, Berufsausbildung gemacht, aber ich war – wie gesagt – die letzten fünfzehn Jahre unter meinen Landsleuten

**(22) Klient-7, männl., 29 Jahre, stationäre Nachsorge**

*I: Als Sie damals nach Deutschland kamen, hatten Sie da auch deutsche Freunde, Einheimische?*

K: Damals wo ich nach Deutschland kam, ich kam erst mal nach (...), das ist in der ehemaligen DDR, da haben wir keinen deutschen Freund gehabt, ne. Ich konnte schon Deutsch damals. Das machte vieles leichter. Alle sind zu mir gekommen, und haben gesagt, hier: hier komm als Dolmetscher und dies und das...

**(23) Klient-9, männl., 24 Jahre, Entgiftung**

Diese – offensichtlich – starke Einbindung in die **russland-deutsche Eigengruppe** und Separierung von einheimischen Deutschen mag zweifellos viel mit den Sprachproblemen zu tun haben und möglicherweise auch mit den bisherigen und gemeinsam geteilten Sozialisierungserfahrungen in den Geburtsländern. Allerdings darf dabei auch die praktische Funktionalität nicht unterschätzt werden, die ein solches Netzwerk für die Betroffenen hat. Deutlich wird dies in der folgenden Textpassage:

*I: Wie war dass so bei Dir: Hattest Du auch ein wenig Kontakt zu einheimischen Deutschen oder bliebst Du in der Gruppe der russischsprachigen Deutschen, der Aussiedler?*

K: Ja, war das ein Problem und ist es auch noch, weil ... ja...wir kannten keinen Deutschen...wir mussten uns nur auf russisch unterhalten, wir brauchten auch damals Hilfe...um hier reinzukommen, in die Gesellschaft...wir konnten nicht lesen, wir konnten nicht die Behörden- und Ämtergänge allein machen ohne Hilfe von draußen und das waren die Russen, die hier schon lange gewesen waren und die haben uns dabei geholfen.(...)

**(24) Klient-10, männl., 28 Jahre, amb. Nachsorge**

### 6.2.5 Aspekt der Geschlechtsbilder

Dieses enge soziale Netz kann und wird also auch als Unterstützung wahrgenommen, und zwar auch in einer ganz pragmatischen Funktion. Möglicherweise bekommt die Gruppenbildung gerade vor dem Hintergrund der Geschlechtsbilder noch eine zusätzliche Funktion. So wie etwa auch in Deutschland die traditionelle „Ressource“ **Männlichkeit** häufig bei denjenigen eine zentrale Bedeutung hat, wo Chancen auf Wohlstand und sozialer Anerkennung verwehrt bleiben, gewinnt dies vor dem soziokulturellen Hintergrund der russland-deutschen Aussiedlern vielleicht noch eine besondere Dimension. So sind viele von ihnen in die angestammten Geschlechtsbilder hineinsozialisiert worden:

K: Ja, ja natürlich. Da gibt es einen Unterschied zwischen Jungen und Mädchen, Mann und Frau. Danach hat jeder seinen Charakter. Man kann ja nicht ein Mädchen schlagen, dass ist im Prinzip schlecht. Und einen Jungen darf man schlagen, damit er ..also ..nicht.. nicht schlechter wird.....sondern...nicht aggressiver ....wie kann man das ausdrücken...

*I: Härter?*

K: Ja, härter..genau

**(25) Klient-1, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: Gut...hm...es gibt ja deutlich mehr Männer als Frauen, die drogenabhängig sind. Haben Sie eine Erklärung dafür?*

K: Ja.. es hängt mit der Mentalität zusammen. Ähm...die Frauen...also in Russland ist es genauso wie bei den Moslems...ist es ganz deutlich getrennt: das ist eine Frau und das ist ein Mann. Eine Frau, die darf zum Beispiel nicht rauchen oder durch die Gegend spucken. Sie muss immer sauber sein und zusehen, dass die Wohnung sauber ist. Sie muss ordentlich sein und sie darf so etwas...sie darf nicht mal einen Gedanken daran verlieren, das heißt es hängt einfach nur mit der Erziehung zusammen, die Jungen werden eher liegen gelassen und so, und deshalb fühlen sie sich freier ...ja ...sie werden nicht kontrolliert, sie sind nicht in der Hand, also hängen sie einfach so durch die Gegend und suchen nach irgendwas und kommen auf die Droge und dann ist vorbei, wenn du einmal probiert hast, ist Schluss. Das ist halt die Erziehung.

**(26) Klient-2, weibl., 19 Jahre, Entgiftung**

Angeichts der oben beschriebenen Identitätsdiffusion und der durch die Drogenkarriere gescheiterten sozialen Integration bekommt möglicherweise der Rückgriff auf die männliche Identität und entsprechende Verhaltensmuster eine spezifische (Psycho-) Logik: Männlichkeit als Garant und als fester Fixpunkt der eigenen Identität. Die Integration in eine feste ethnische Gruppe ist unter diesem Gesichtspunkt nicht nur die Reproduktion eines im Geburtsland üblichen Handlungsmusters, sondern auch deutbar als stabilisierende Bewältigungsstrategie. Weil nämlich diese männliche Identität in der Gruppe mit ihren vermutlich hierarchisierten Strukturen auch bestätigt und bekräftigt wird.

### 6.2.6 Der Aspekt des Erstkonsums

Die Kehrseite ist aber, dass beispielsweise auch der **Erstkonsum von Drogen** möglicherweise fest in ein Gruppenerleben eingebunden ist.

*I: Haben Sie zuerst vom Blech geraucht?*

K: Nein sofort mit der Spritze angefangen, sozusagen, die Kumpels getroffen, die man am liebsten an die Seite hat...und irgendwie war das für mich neu.. und ich wollte alles mal ausprobieren...und dann ist alles aus der Kontrolle gegangen und jetzt sitze ich hier und erzähle Ihnen meine Geschichte

**(27) Klient-1, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: Gab es irgendwie einen besonderen Anlass, Drogen zu nehmen?*

K: Vielleicht vor Langeweile. Ich saß zu Hause...ne ich hab gearbeitet in diesem Moment. Hab genug Geld gehabt. Und.....die Drogen haben wir genommen, immer öfter, immer öfter.

*I: Und in der Clique wahrscheinlich?*

K: Wir haben fünfzehn Leute auf einen Tag angefangen, so war das dann...

*I: So gleich vom Blech geraucht?*

K: Nein, gleich gespritzt. Eine Älterer hat uns gezeigt, wie das geht; so ist das angefangen.

*I: Waren das Deutsche?*

K: Nein Russland-deutsche. Meine Cousins und Bekannte...

**(28) Klient-8, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: (... Kommen wir zum Thema, das uns beschäftigt. Drogen, wie sind Sie denn da rein gekommen?*

K: Wie, wie, wie...auf Silvester 98, das erste Mal probiert.

*I: In Deutschland?*

K: In Deutschland. In Russland, in Kirgisien habe ich nur Haschisch geraucht. Da wächst das alles. Opium auch, aber da habe ich das nicht gemacht, weil ich zu jung war und dann Dezember, in Silvester 98/99 hab ich erstmal probiert, dann drei Monate später ein zweites mal und anderthalb Jahre später habe ich meine Freundin gehabt und wir haben so eigene Wohnung gehabt und wir sind dann in einen dritten Stock gezogen und im ersten Stock hat auch ein Russe, ein Kollege gewohnt und der war auch drogenabhängig. Autoführerschein gehabt und kam und sagte, fahr mal mit, und hat mir da was angeboten und so bin ich drauf gekommen.

*I: Das machen dann viele hier...*

K: Ja, das machen die meisten dann hier

*I: Haben Sie eine Ahnung, warum?*

K: Das ist Freundeskreis. Das hängt alles viel vom Freundeskreis ab. Man fällt in diesen deutsch-russischen Freundeskreis, wo schon viel Heroin rumgeht....., da ist schon vorbei. Aber wo nicht, da hat man Glück. Das hängt viel von Freundeskreis, Bekanntenkreis ab....

*I: Also dass viele Russland-deutsche unter sich bleiben.....?*

K: Das fängt da an, in Clique, und dann fragt einer: Lässt du mich probieren und der andere lässt mich probieren und so geht das im Endeffekt.

**(29) Klient-9, männl., 24 Jahre, Entgiftung**

Auch die Tatsache, dass offensichtlich schon beim Erstkonsum das Heroin injiziert wird, weist auf typisch **männlich strukturiertes Risikoverhalten** hin und unterstreicht noch mal die These, dass

das Verhalten von russisch-deutschen Aussiedlern stark von traditionellen Geschlechtsrollen geprägt ist.

### 6.2.7 Der Aspekt der negativen Folgen der „peer-group“ Einbindung

Die **negativen Aspekte der ethnischen Gruppenbildung** werden jedoch zum Beispiel auch dann deutlich, wenn es um die jeweiligen Therapieerfahrungen geht. In der Literatur zur Problematik der russland-deutschen Aussiedler in der Drogenhilfe finden sich oftmals Forderungen nach russischsprachigen Therapie- und Gruppenangeboten. Befragt, inwieweit ein solches Konzept als hilfreich erachtet würde, ist insbesondere die Meinung derjenigen, die bereits über Therapieerfahrung verfügen, eindeutig:

*I: Die Frage, die ich vorhin schon gestellt habe: Russischsprachige Therapeuten. Wäre das für Dich eine Erleichterung gewesen?*

K: Das weiß ich nicht. Ich habe nie eine russischsprachige Therapeutin gehabt oder Drogenberaterin. Hab keine Ahnung, ich kann das nicht sagen, weiß ich nicht. Was ich mir so denke, für mich war das so, als ich auf Therapie war und es kam jemand aus Russland, so ein paar Leute waren da, das hat mich gestört. Da ist wieder jemand da, der so denkt wie ich früher gedacht hab, dass man nichts erzählen darf und soll und der ist hier und hört mir zu, dann werde ich das nicht erzählen

*I: Das hemmt dann auch?*

K: Ja mich, also ich konnte das nicht ab, wenn da ein Russe war, also das war für mich gleich wie so eine Mauer, ich mache gar nichts mehr. Ich will dann nichts falsches sagen

*I: Aber gegenüber den Deutschen war das in Ordnung?*

K: Ja, das war in Ordnung.

*I: Das heißt, es ist nicht nur hilfreich, wenn die Gruppe nur aus Russen besteht?*

(K-6:) Also ich war in der Entgiftung hier in Deutschland, (...) hab auch die Adresse irgendwo...und das war auch nicht gut. Die brechen alle ab, die meisten, drei vier Russen können sich noch einigen, aber je mehr, desto schwieriger wird es dann, um so geschlossener sind die alle, weil die alle aus einem Land kommen und wenn einer da was erzählt, von sich oder von sonst einem und dann wird er gleich kleingemacht, „Weichei“ und dann... dann macht man gleich dicht und fertig. Je mehr Russen es sind, um so schwieriger ist es dann. Für die Person, die sich helfen lassen will, der hat dann mehr Schwierigkeiten. Aber die anderen, die nur so sind, wegen 35iger (§ 35 BtmG) oder die das nicht kapiert haben, dass das hilfreich sein kann, also dann die reizen dann mehr also andersherum auf. Dann wird das alles umgedreht, auch wenn da noch andere da sind, die sich helfen lassen wollen, man tanzt dann quasi aus der Reihe, aber wer sich helfen lassen muss...Ich war zur zweiten Therapie da, ich war rausgeflogen das erste Mal und drei oder vier Leute, die gesagt haben, es ist alles egal, die waren zum ersten Mal, wir waren schon zwei-dreimal auf Therapie gewesen, wir mussten dadurch und da haben wir uns auch von denen abgesondert...

*I: Also extra Gruppen nur mit Russland-deutschen, das ist nicht so gut?*

(K-6) Nein, in (...) ist ja auch ne Therapie nur für Russen, aber da hab ich auch nichts Gutes gehört, aber ich weiß natürlich nicht, aber auf der Entgiftung, dass merkt man schon, bist du auf der Entgiftung mit zwei drei Jungs, dann geht das, kommen noch zwei drei dazu und dann einer fängt so an zu reden und einer: wir sind Russen und Indianer kennt keinen Schmerz, dann wird das nichts.

*I: So machomäßig?*

(K-5) Ja genau!

**(30) Klient-5, weibl., 26 Jahre, amb. Nachsorge / Klient-6, männl., 26 Jahre, amb. Nachsorge**

*I: Und wie wäre das in der Therapie: Wenn es zum Beispiel extra Gruppen gäbe, wo nur russland-deutsche Aussiedler drin säßen?*

K: Das weiß ich wiederum jetzt nicht. Also auf der Therapie, wo ich jetzt war, da war außer mir nur ein Landsmann von mir und das war auch eine ganz andere Therapie, das war eine christliche Einrichtung und äh..für mich hätte das nach sechzehn Jahren nicht sein müssen so ne..aber, ich weiß auch nicht, ob das immer so gut ist...zu viele auf einem Haufen irgendwie...weil da kommt immer irgendwie mehr Blödsinn raus wie sonst. Das ist halt so eine Erfahrung, weil sobald da mehr sind wie drei oder so ist das schon wieder so...kann es zum Problem werden...

*I: Weil sich dann alle gegenseitig blockieren? Oder...*

K: Ja. Das ist auch so, weil – sagen wir – unter Männern oder so – dann ist das auch wieder so, der eine will nicht weicher sein wie der andere, dann lässt man den „Harten“ raushängen. Jeder ist halt der „coolste“ so ne. Und ich hab das auch so teilweise selber erlebt, auf dieser abgebrochenen Therapie 98, da waren wir ungefähr 12 Leute oder so und da waren wir drei, vier in jeder Gruppe immer zusammen. Wenn jetzt einer angefangen hat, irgendwie was zu erzählen, und die anderen halt nicht, dann hat er das erstens nicht lange gemacht und zweitens wurde er vielleicht – gut es wurde nicht ausgesprochen – durch die Gruppe dann auch so wieder als „komischer Typ“ oder als „Weichei“ betrachtet, dann war es aus. (...)

*I: Ist das was Spezifisches, was vor allem Deine Landleute angeht? Also diese Zurückhaltung, diese Scheu sich zu öffnen....*

K: Das gilt wahrscheinlich für alle, aber da ist es vielleicht auf eine bestimmte Art und Weise noch mal zusätzlich, irgendwie...Das ist wahrscheinlich für alle ein Problem, sich zu öffnen und über Gefühle zu reden. Aber das...jetzt...jetzt...nicht so von diesen mentalen Vorstellungen geprägt wie bei Russland-deutschen oder...keine Ahnung...es gibt wahrscheinlich...keine Ahnung...auch noch andere...bei Türken wird es wahrscheinlich auch so sein...da muss halt der Mann der ganze Kerl sein, Brust raus und so.....

**(31) Klient-7, männl., 29 Jahre, stat. Nachsorge**

*I: Wie wäre es, wenn es nur eine russland-deutsche Therapiegruppe gäbe?*

K: Ja, das wäre schon schwer. Wenn wir alle zusammen sind: Rückfall ... viel schneller.

*I: Warum?*

K: Ja das ist schon eine schwierige Frage, weiß nicht. Das ist immer so, wenn hier fünf, sieben Russen sind, da sprechen die immer russisch, ja und dann versteht kein Arzt davon und die Leute und dann kommt es irgendwie zum Rückfall. Da hauen die alle ab. Deswegen habe ich Angst davor, wenn zuviel Russen dabei sind.....Jeder erzählt seine Vergangenheit, über Drogen und alles und dann kriegst du Druck, Suchtdruck irgendwann. Dann geht zum Abbruch dann. Ist gestern auch einer nach Haus gefahren. Zuviel Gerede war...hat der abgebrochen gestern...

**(32) Klient-8, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*Aber was dann war, die Therapie, das war gut, dass die auf deutsch war, weil dann warst du gefordert, deutsch zu lernen? Ist es das?*

K: Ja, so sehe ich das.

*I: Also wäre es nachträglich keine gute Idee gewesen, in einer russischsprachigen Gruppe zu sein? Oder...*

K: Nein, das wäre keine gute Idee

*I: Warum?*

K: Ein Kollektiv, alle für einen, einer für alle

**(33) Klient-10, männl., 28 Jahre, amb. Nachsorge**

Hier schwingt ein erhebliches Misstrauen gegen die Konzeption einer russland-deutschen Therapiegruppe mit. Man mag einwenden, dass eine solche Einstellung der nachträglichen Aufwertung des therapeutischen – und ethnisch gemischten – Prozesses dient. Aber auf der anderen Seite wird für das Misstrauen auch eine handfeste Begründung geliefert: Nämlich die oben beschriebene starke Gruppenzugehörigkeit, die abweichendes Verhalten (und aus therapeutischer Sicht positives Verhalten!) massiv sanktioniert, und zwar mit der Aberkennung des Männlichkeitsbildes.

Darüber hinaus wird eine Therapie in deutscher Sprache offenbar auch als Unterstützung der eigenen Integrationsbemühungen bewertet: Durch Zuwachs an Sprachvermögen und durch engere Kontakte zu einheimischen Deutschen. Allerdings gibt es auch abweichende Meinungen:

K: Da wo ich hinfahre, ist eine russische Therapie. Also meisten sind da russische Therapeuten da. Also von meiner Seite ist das wichtig für mich.

**(34) Klient-1, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: (...) Glauben Sie, das es Ihnen geholfen hätte, wenn Sie in der Beratungsstelle eine russischsprachigen Berater gehabt hätten?*

K: Ähm.....nicht unbedingt, also ..es kommt immer auf die Person drauf an. (...).Er könnte mir vielleicht besser helfen als eine russische Frau. Ich bin so eine Person, ich brauch Härte und wenn ich diese Härte nicht krieg, dann fall ich wieder zurück

*I: Klare Vorgaben, ganz straight.....?*

K: Genau...ganz straight...dann komme ich auch wieder hoch, dann gehe ich auch hinterher..aber wenn da jemand so ...darum herum und irgendwas versucht und dies...das geht nicht, das geht immer nach hinten los...das ist...das kommt immer so..eine starke Person....

*I: Sie haben ja Kontakt auch zu anderen russischsprachigen Klienten – geht denen das genauso?*

K: Ne, für die wäre das einfacher, mit russischsprachigen Therapeuten oder was weiß ich zu arbeiten.

*I: Wegen der Sprache?*

K: Ja klar. Die fühlen sich unverstanden, die kommen überhaupt nicht mit der Mentalität klar..also

Deutsche... die fühlen sich total unverstanden...also verstehe ich also auch, ... weil die Deutschen so oberflächlich sind..und ähm..die beschäftigen sich mit kleinen Dingen, die wir eigentlich übersehen, das ist für uns kein Problem...

**(35) Klient-2, weibl., 19 Jahre, Entgiftung**

*I: Würde es Ihnen helfen, wenn in der Therapie russisch gesprochen würde?*

K: Ja ich glaube, dass bringt mehr. Weil ich vielmehr...hm...wie sagt man..

*I: Offener?*

K: Ja viel mehr ausdrücken kann. Russisch ist die einfachste Sprache für mich wie deutsch.

*I: Das ist auch Ihre Muttersprache...?*

K: Ja, da könnte ich viel mehr erzählen wie auf deutsch.

**(36) Klient- 8, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: Könnte es helfen, wenn in den Drogenberatung jemand säße, der russisch spräche oder sogar selber ein Landsmann, eine Landsfrau wäre? Also auch mit dem Erfahrungshintergrund eines Aussiedlers als Berater, als Beraterin agieren würde?*

K: Ich glaube schon, ja. Ich denke schon. Also ich habe mittlerweile die Erfahrung gemacht, dass das einfach besser anspricht auch, ne. Ob ich selber, ich hab mal eine Therapie gemacht, 98, da war ne Therapeutin, die konnte russisch, äh...na ja....das spricht mehr an, weil du ja mit der Sprache aufgewachsen bist oder so....und vielleicht....ich hab das auch bei anderen gesehen, dass man manchmal auch besser zuhört oder so.. Obwohl das Gleiche gesagt wird, nur in der anderen Sprache.

*I: Klingt dann doch vertrauter....*

K: Ja. Ich habe auch erlebt, dass auf Entgiftung mit einem, der auch nie so gut deutsch konnte, da war irgendwie so ein Gespräch in der Gruppe und da konnte er nichts mit anfangen, und da hab ich ihm das gleich auf russisch übersetzt, obwohl er das auf deutsch auch verstanden hat...aber auf russisch, da hat er das voll geschnallt, um was es gehen soll...und da hat er das nachvollziehen können...von daher....also meiner Erfahrung nach, ist das sinnvoll.

**(37) Klient-7, männl., 29 Jahre, Entgiftung**

Vermutlich hängt die Attraktivität eines rein russischsprachigen und ethnisch homogenen Therapieangebotes vom jeweiligen Stand der Integration ab: Diejenigen Klienten, die die deutsche Sprache schon mehr oder weniger gut beherrschen und die zudem die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der deutschen Kultur mitbringen, scheinen das herkömmliche Therapieangebot deutlich zu bevorzugen. Umgekehrt wird von denen, die nur rudimentär die Sprache beherrschen und damit auch die impliziten Bedeutungsgehalte der Worte kaum entschlüsseln können, eine russischsprachige Therapie bevorzugt.

### 6.2.8 Zugänge zum Hilfesystem

Eine Übereinstimmung unter den Interviewpartnern findet sich dahingehend, dass die **Zugänge in das Hilfesystem** durch russischsprachige Kontaktpersonen erleichtert werden würden.

*I: Du sagtest, Du hättest eine russische Drogenberaterin gehabt?*

K: Ja, zu der hatte ich mehr Vertrauen. Mit der konnte ich über alles reden, das war schon besser, dass sie russisch sprach. Mit der konnte ich erzählen.

*I: War das nur eine Frage der Sprache?*

K: Ne das war nicht nur wegen der Sprache, auch weil sie halt aus Russland kommt, deswegen, zu der hat man irgendwie mehr Vertrauen und ja...und dadurch...und da hat sie mir geholfen, und Entgiftung gemacht und Therapie.

**(38) Klient-5, männl., 26 Jahre, amb. Nachsorge**

*I: Wie war dass dann hier, wie kamst Du in Kontakt zu Beratung, Entgiftung.....*

Also..wie war es....ich fang damit an, dass ich in Deutschland richtig auf die Schnauze gefallen bin, mit den Drogen. Heroin und später dann kam Kokain auch noch. Ich wusste nicht, dass es hier viel gibt, dass es Methadonprogramm was weiß ich auch noch, die Kliniken, die entgiften kann. Das war für mich so ein Wunder. So was gab es nicht in Kasachstan. Therapie...für lange Zeit Therapie. Kostet großen Haufen Geld...einfach unvorstellbar. Kam erst in der Zeit zu mir, diese Information darüber. Ja erst mal Entgiftung....erste Entgiftung...dann Rückfall. Halbes Jahr später noch eine Entgiftung, dann wieder Rückfall und wo ich drittes Mal zur Entgiftung kam, die Ärztin vom Klinikum hat gesagt: Du, bevor du ein drittes mal zu uns kommst, musst du einen Antrag stellen auf Therapie. Ich sehe für dich schwarz, dass du richtig schaffst und das auch brauchst. (...) Hab ich auch gemacht. ... ich war auch kriminell geworden, Kriminalität....

*I: Das gab auch den nötigen Druck?*

K: Ja..

*I: Hätte es Dir geholfen, wenn Du russischsprachige Informationen gehabt hättest oder sogar einen russischsprachigen Therapeuten, der Dir auf russisch zumindest das System erklärt hätte, Dir also Informationen gegeben hätte? Hätte man dich dadurch vielleicht früher erreicht?*

K: Weißt Du, Du hast zwei Varianten genannt. Beide richtig. Ich hätte damals gerne auf russisch Hilfe angenommen. Aber andererseits hätte mich diese Hilfe nicht soweit bringen könne, wo ich heute bin. Weißt Du und diese Situation, mich zu zwingen deutsch zu lernen...ich war gezwungen...weißt du...und...

**(39) Klient-10, männl., 28 Jahre, amb. Nachsorge**

Offensichtlich scheinen russischsprachige Berater durchaus eine positive Funktion zu haben: Sie können zumindest den Weg in das Hilfesystem ebnen und dem Betroffenen das System „Therapie“ erklären. Ganz pragmatisch und – scheinbar – ganz banal: Welche Angebote es gibt und unter welchen Voraussetzungen diese Angebote auch in Anspruch genommen werden können.

Aber eine solche – der Therapie vorweg geschaltete **russischsprachige Beratung** – hätte noch eine andere wichtige Aufgabe: Nämlich Sinn und Zweck der Therapie zu erläutern. Denn psychotherapeutische Konzeptionen spiegeln keineswegs eine anthropologische Dimension wider, sondern sind auch „nur“ ein Segment in der mittelschichtorientierten Wirklichkeitskonstruktion des westeuropäischen Kulturkreises. Mit anderen Worten: Auch durch unsere vorherrschenden Konzeptionen von seelischer Gesundheit schimmern immer kulturell geprägte und entsprechend relative Wertigkeiten und Normen durch. Klienten aus einem anderen Kulturkreis stehen dann immer auch vor dem Problem, therapeutische Ziele nicht nur sprachlich zu rekonstruieren sondern auch die Bedeutungsgehalte mit den eigenen Sozialisationserfahrungen sinnhaft zu verknüpfen. Dazu eine Klientin:

K: Äh...von Therapie hab ich nie etwas gehört, von Entgiftung auch nicht. Also ich hab das... das erste Mal gehört, als ich vor Gericht stand und Onkel Richter meinte: Hier geh mal auf Therapie, sonst musst du in den Bau. Da hat er mir die Adresse gegeben und so, dann bin ich mal hingegangen und...ja irgendwann bin dann auf Entgiftung gegangen, hab da auf meine Kostenzusage gewartet, einen Monat, und dann halt die erste Therapie. Das war eine Langzeittherapie für 10 Monate, habe ich auch durchgezogen, aber worum es da ging, keine Ahnung. Wenn die mich gefragt haben, warum ich Drogen genommen habe, dachte ich: keine Ahnung, weil ich das genommen hab. Und wenn die mich gefragt haben, was für ein Problem ich da habe oder so: Ich hatte kein Problem. Ich wusste auch nicht, wovon die reden. Ja und...

*I: Aber das war mit deutschen Therapeuten?*

K: Ja, ja, das war eine deutsche Therapie, und da ich ja auch noch ganz schlecht deutsch gesprochen habe, da ich mich ja immer geweigert hab, das zu lernen...äh...war das noch schwieriger. Und .....na ja...da hab ich das eigentlich gelernt zu reden, weil das nur deutsch war, war dann auch gut so. So, aber worum dass da ging auf Therapie hab ich bis zum Schluss nicht verstanden. Ich wusste nicht, was die von mir wollen. Weil das war ja in Russland nicht...so was gab es eigentlich nicht, über irgendwas zu reden, irgendwelche Probleme, irgendwelche Gefühle und...ja keine Ahnung...so was zu erzählen, was irgendwann einmal irgendjemand passiert ist, so was durfte man nur den Eltern erzählen und nicht weiter, das war irgendwie verboten immer.

*I: Ach so*

K: Ich weiß jetzt nicht, wie ich das sagen sollte...

*I: Hatte das damit zu tun, dass jeder dachte: Damit muss man selber klarkommen? Jeder muss mit seinem Leben klarkommen – für sich? Oder war das auch so eine Angst vor..*

K: Ja was sagen die anderen Leute, die dürfen das nicht wissen...aus Scham

*I: Ach so...*

K: Ja es war eine Schande zum Beispiel zu erzählen, dass der Mann die Frau zu Hause schlägt. War irgendwie nicht normal, hat sich das gefallen lassen, hat ihn immer in Schutz genommen und das war alles schön und gut so...

*I: Also nach außen die Fassade zu wahren, war wichtig..*

K: Ja, also was zu Hause los ist, darf niemand wissen. Hauptsache es sieht gut aus, genauso wie die Drogenabhängigkeit auch in Russland immer geleugnet. Also was ähnliches, auch in der Familie....

**(40) Klient-6, weibl., 26 Jahre, amb. Nachsorge**

### 6.2.9 Aspekte der Barrieren zur Behandlung

Hinzu kommt natürlich, dass auch die **administrativen Bedingungen einer Therapie** (Schweigepflicht, Antragstellung) bundesdeutsches Rechtsverständnis reflektieren und sich so oftmals dem Verständnis der hilfeschuchenden Klienten aus Kasachstan oder Kirgisien entziehen. Russischsprachige Berater könnten hier möglicherweise auf Grund der Sprache und des soziokulturellen Hintergrundwissens orientierend und vertrauensbildend wirken.

*I: War das für Dich schwer zu durchschauen: Beratung, Therapie, Schweigepflicht...Das sind ja Sachen, die es so in Russland meines Wissens so nicht gibt. Gerade die Schweigepflicht...Hast Du den Leuten (Therapeuten, Sozialarbeitern) denn völlig vertraut?*

K: Ja, also volles Vertrauen gibt es nicht, gar nicht. Bei mir zum Beispiel: ich traute keiner Behörde, kein gar nichts. Nur meiner Drogenberaterin und außerdem nur, weil sie russischsprachig war und aus Russland kam, so war das bei mir. Auch in der Therapie, ich hab da keinem vertraut: keinem Therapeuten, niemandem...Nicht so richtig, habe einen Teil, aber ganz komplett...nein aber ich weiß nicht ob ich das in Russland auch so machen würde.

**(41) Klient-5, männl., 26 Jahre, amb. Nachsorge**

K: Bin voll zufrieden jetzt...ohne clean zu sein, wäre nicht möglich....was meinst du wie oft war ich so nah zum Rausfliegen aus der Klinik, weil ich nicht alle Regeln kannte, weil ich nicht alles verstanden habe, weißt du...das war ganz schwer...obwohl schon ich schon clean bleiben wollte, aber so, von den Regeln aus.....

*I: Eine letzte Frage: Thema Schweigepflicht. Menschen, die aus Russland oder Kasachstan kamen, kennen das ja nicht. Ist das für Russland-deutsche schwer zu durchschauen, dass Sozialarbeiter nicht zur Polizei gehören, sondern eher einen unterstützenden Auftrag haben?*

K: Es ging überhaupt um Schweigepflicht. Wenig Russen würden alles erzählen, was passiert ist, das ist richtig schwer. Du musst Dir vorstellen, dass wir Russen uns immer denken, wenn wir auf dem Sozialamt sind, dass es da einen großen Computer gibt, wo alles von uns drin steht. Und wir denken, dass jeder von den Ämtern und Behörden, von überall und jederzeit da reingucken kann...so ne große Akte, die jedem offen steht. Das ist so in unseren Köpfen drinnen, von Kindheit an. Deswegen, wir sind nicht gegen die Menschen hier, aber misstrauisch allem was offiziell ist. Weil so haben wir gelernt und dass hat uns in den alten Zeiten und auch jetzt noch in Russland und Kasachstan geschützt. Deswegen ist Vertrauen schwierig, müssen wir das lernen.....

**(42) Klient-10, männl., 28 Jahre, amb. Nachsorge**

In den letzten beiden Textpassagen wird deutlich, dass nicht allein die Sprache und die therapeutische Konzeption wichtige Faktoren sein können, die das therapeutische Engagement der Klienten untergraben können. Auch das **generelle Misstrauen** gegenüber der „Obrigkeit“, das in den Geburtsländern vermutlich eine Frage auch des physischen Überlebens war, kann offenbar den Kontakt zum Hilfesystem und den Inhalten der Therapie deutlich prägen. Zumal berücksichtigt werden muss, dass – unabhängig vom ethnischen Status – Drogenabhängige auf Grund der Illegalität ihres Konsumverhaltens ohnehin eher vorsichtig gegenüber offiziellen Institutionen agieren.

### 6.2.9 Aspekte der Familie

Hinzu kommt noch ein weiterer Aspekt: In der obigen Aussage der Klientin-6 (Äußerung 40) wurde zusätzlich auf die familiäre Situation verwiesen. Das generelle Misstrauen gegenüber Behörden und staatlichen Institutionen korreliert offensichtlich mit einer Tabuisierung innerfamiliärer Probleme. Dabei ist nicht zu unterscheiden, ob hier traditionsbestimmte Familienbilder ausschlaggebend sind oder eher ein migrationsspezifischer Anpassungs- und Unterordnungsdruck. Entscheidend ist jedoch, dass die Problematik einer Drogenabhängigkeit innerhalb der Familie vermutlich oftmals sehr schambesetzt ist und dadurch die Inanspruchnahme von deutscher Hilfe tendenziell zusätzlich erschwert wird. Diese Tabuisierung des Problems erklärt möglicherweise aber auch die Beobachtung aus der Praxis, dass viele russland-deutsche Klienten durch ein – im Vergleich mit einheimischen Drogenabhängigen – gepflegteres Erscheinungsbild auffallen. Es ist denkbar, dass angesichts der großen Schambesetzung die russland-deutschen Drogenabhängigen tendenziell sehr viel mehr Energie auf Inszenierung von Normalität legen als es allgemein üblich ist.

Unabhängig davon berichtet ein weiterer Klient:

K: Am Anfang, also wo man dann in die Drogen reinkommt, da denkt man nicht an Therapie, gar nicht, dass dauert eine ganze Zeit lang bis sie ...keine Ahnung...das war über vier, fünf Jahre und ist...bis man angefangen hat, ja ich muss damit aufhören...bis alle das schon wussten. Also dann ja...wollte ich mal...was habe ich als erstes gemacht...als erstes habe ich hier....wie heißt das...äh...Kodierung. Ich dachte mir, das hilft nichts, aber meine Mutter: ja das hilft, die bezahlt das alleine...ja da bin ich zuerst dahingefahren, ja dann war das nichts, ja hat nichts gebracht. (...) Auf jeden Fall wollte ich nicht, dass das offiziell wird, das jemand das erfährt, dass ich abhängig bin, obwohl Entgiftung, Therapie, das erfährt ja trotzdem irgendjemand, weil ich meinen Führerschein nicht dadurch loswerden wollte.....ja und dann hab ich Kollegen gefunden...dann hab ich in Litauen Therapie gemacht, das wurde bezahlt, aber ganz anonym, dann bin ich da hingefahren. Dann war ich da vier Monate, dann bin nach Hause gekommen und kurze Zeit wieder rückfällig geworden. Ja und dann hab ich gesagt, ist egal, wer das erfährt, bin noch mal in die Entgiftung gegangen und dann in Therapie.

I: Was hat den Ausschlag gegeben, nach Litauen zu gehen? War das nur die Angst, erkannt zu werden?

K: Ja so von meiner Schwester die Bekannten wohnen da und da hat er mal gesagt, dass ich mal zu ihm kommen kann...und ich war ja arbeitslos, dass ich da entgiften kann bei ihm, ja da bin mal dahingefahren, hatte mich erkundigt wie das ist mit Entgiftung, Therapie und dies und jenes....ja und so bin ich da hin...und irgendwie war das schon im Hintergrund, dass ich da irgendwas wahrscheinlich machen werde mit Therapie, aber das war noch nichts festes. Erst mal weg von zu Hause. Da hab ich dann Therapie gemacht...

**(43) Klient-5, männl., 26 Jahre, amb. Nachsorge**

Angesichts der **innerfamiliären Tabuisierung** der Drogenabhängigkeit versucht in dem vorhergehenden Beitrag offenbar zunächst die Familie des Befragten, selbst das Problem zu lösen. Einerseits durch eine „Kodierung“ und – als diese Methode so nicht fruchtet – durch innerfamiliäre Vermittlung einer Therapie in Litauen – wo vermutlich kaum jemand genaue Fragen stellt bzw. die Wahrscheinlichkeit gering ist, dass Informationen nach Deutschland sickern und somit die Anonymität und „die Fassade“ gesichert bleibt.

### 6.2.10 Aspekte des Krankheitsverständnisses

Zusätzlich spielt hier auch noch hinein, dass – wie oben schon erwähnt – das **Grundverständnis der Krankheit Sucht** anders zu sein scheint. Sucht als medizinisch-körperliches Phänomen, dem man auch am besten ausschließlich medizinisch bzw. pseudomedizinisch begegnet. Dazu die folgenden Äußerungen, in denen das andere Behandlungsverständnis mehr oder minder explizit zum Ausdruck kommt:

*I: Es gibt ja in Russland ganz andere Formen der Behandlung....*

K: Hypnose!

*I: Ja genau..das gibt es ja in Deutschland kaum. Wir haben Gruppengespräche, Einzelgespräche...würden Sie das als hilfreicher ansehen?*

K: Die Hypnose?

*I: Ja!*

K: Also ja. Klar es kommt auf die Menschen drauf an, wenn er sich menschlich drauf einlässt und daran glaubt und überzeugt ist, dann hilft es auch. Aber wenn man es so nimmt, ich versuche das mal, ich probiere es aus, dann ist es auch nicht hilfreich, es kommt eben immer auf die Einstellung drauf an.

**(44) Klient-2, weibl., 19 Jahre, Entgiftung**

*I: Eine Frage noch mal in Bezug auf Ihre Eltern. Haben die auch schon eine Drogenberatung aufgesucht?*

K: Meine Mutter, ja. Mein Vater versteht nicht so gut. Meine Mutter, sie wollte schon was weiß ich nicht alles. Auch nach Russland schon schicken, was weiß ich nicht alles. Und auch GehirnOP machen...

*I: Eine was?*

K: Gehirnoperation. Die macht dieses Suchtzentrum kaputt, vereisen sie. (...)

**(45) Klient-9, männl., 24 Jahre, Entgiftung**

K: (...) Ich hab vor zwei Jahren eine Therapie in Kirgisien gemacht. Erst mal Entgiftung eine Woche und dann zwanzig Tage Therapie. Das war ein bisschen heftig. Aber durchgehalten und dann war ein Jahr clean.

*I: Gab es einen Unterschied zwischen dem, was Sie in Kirgisien erlebt haben und hier auf der Entgiftung?*

K: Da arbeiten die mehr mit Medikamenten. Es gibt keinen Therapeuten, das haben die hingekriegt, dass ich keinen Suchtdruck mehr habe.....mit Medikamenten. Ins Koma gelegt, einmal in zwei Tagen...so sechs, sieben Stunden ins Koma gelegt. Irgendwie gab es dafür einen Ausdruck: einen Suchtdruck. Das hat der Kirgise entwickelt, der Chef da. Der war früher auch ein Drogenabhängiger, vor zwanzig, fünfundzwanzig Jahren und das hat er entwickelt nachher...

*I: Und wie bewerten Sie diese Hilfe? War das gut für Sie?*

K: Ja das war gut. Das war nur meine Schuld, dass ich wieder angefangen hab. Weil ich irgendwann zu

saufen anfang, mehr und immer mehr und dann kam das irgendwie, dass ich immer wieder ausprobieren wollte Heroin...

*I: Sie haben ja Entgiftung hier mitbekommen und in Kirgisien? Welche finden Sie hilfreicher?*

K: Ja in Kirgisien ist es viel schwerer, aber bringt viel mehr. Dafür sollte ich 5000€ bezahlen, 5200€. Selbst. Die AOK zahlt das nicht, aus eigener Tasche bezahlen, ja, aber du kriegst genug zu essen, dein eigenes Bett, mit Fernseher, Kühlschrank alles. Ärzte, Sauna, alles was du willst. Die arbeiten einen Monat: Blutwäsche... Wie gesagt, da gab es alles. Ärztliche Versorgung...

*I: Was war der Grund, dass Sie Entgiftung machen?*

K: Erst mal nicht wegen mir, das war wegen Familie. Weil ich bei meinen Eltern wohne und es tut mir so leid, dass meine Mutter das alles ansehen soll. Die weint immer, wenn die mich sieht, das ist ganz schwer. Und ich kann nicht weg ziehen, weil ich kein Geld habe und nichts. Ist alles zu kompliziert. Und die versucht immer mir zu helfen. Die weiß nicht mehr, was sie machen soll.

*I: War Ihre Mutter denn schon in einer Drogenberatung?*

K: Ja die war auch in Kirgisien mit einmal. Da sollte man eine Begleitperson haben. Ich bin mit meiner Mutter hingefahren...

*I: Wie kam denn der Kontakt nach Kirgisien zustande?*

K: Wir haben zu Hause (hier in Deutschland) russisches Fernsehen und da kam Werbung. In der Zeitung stand das auch...

*I: Und da wurden die Kontakte hergestellt?*

K: Ja und da haben wir angerufen und....

*I: Wie viele Leute waren Sie da?*

K: Zwanzig, fünfundzwanzig. Und da waren auch viele aus Deutschland. Russland-deutsche...aus Frankfurt, Stuttgart, Bielefeld...sechs oder sieben Leute waren da.

*I: Warum ist das so interessant, eine Therapie in Kirgisien zu machen?*

K: Ja ich hab da auch viel gehört, dass das viel hilft. Und ich kenne auch einen Mann, der ist seit drei Jahren schon clean. War auch in Kirgisien auch. Arbeit, hat Familie und nimmt keine Drogen. Hab ihn vor zwei Wochen angerufen, dem geht es bestens. Hat er mir auch erzählt, der Doktor, dass bis zu 15% rückfällig werden, die anderen sind immer noch clean. Ja da gibt es eben auch viele Prozente, die aufhören.

*I: Aber heißt dass dann auch, dass viele Aussiedler dann eher dazu neigen, in solche Einrichtungen in Kirgisien mehr Vertrauen zu haben als in deutsche Einrichtungen?*

K: Ja denn in Deutschland gibt es so was nicht, habe ich noch nie gehört, dass es so was gibt

*I: Die haben andere Methoden.....?*

K: andere Methoden.....dass fand ich ganz gut diese Methoden, und ich dachte, das hilft auch viel mehr wie Gespräche.

(...)

*I: Würden Sie das denn heute noch mal machen?*

K: Auf jeden Fall. Aber soviel Geld habe ich nicht. Und keine Krankenkasse zahlt das....

**(46) Klient-8, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

Ohne an dieser Stelle beurteilen zu können und zu wollen, wie wirksam eine Therapie in Kirgisien tatsächlich ist: Kirgisien steht hier offensichtlich auch als Metapher für den Wunsch nach einer wirksamen und kurzfristigen Methode, die eine dauerhafte Heilung verspricht, anonym verläuft und vor dem Hintergrund des soziokulturell geprägten Krankheitsverständnisses plausibel erscheint. Auch bei diesem Befragten engagierte sich die Mutter sehr stark. Vermutlich investierte sie zudem noch ihr eigenes Privatvermögen in diese Reise.

Andererseits zeigen aber dieses Beispiele, dass die Familie möglicherweise auch einen erheblichen Einfluss auf die Behandlungsbereitschaft der drogenabhängigen Klienten hatte. Ohne dass von unserer Seite explizit nachgefragt wurde, berichteten immerhin drei der Klienten, dass sie der **familiäre Druck** in die Hilfe geführt hat. Es wäre zweifellos lohnenswert, im Rahmen einer weiterführenden Untersuchung den Fokus stärker auf das familiäre System und dessen Ambivalenz für die Bewältigung der Drogenabhängigkeit zu richten.

#### **6.2.11 Aspekte der Behandlungsrenitenz**

Vor dem Hintergrund der präsentierten Gesprächsbeispiele lassen sich einige Aspekte benennen, die den Zugang in die Therapie für drogenabhängige Aussiedler möglicherweise erschweren: Sprachbarrieren, Misstrauen gegenüber administrativen Vorgängen, familiäre Tabuisierung und ein soziokulturell differierendes Krankheitsverständnis. Natürlich mag man einwenden, dass ja solche Hindernisse auch bei einheimischen Drogenabhängigen bekannt sind und den therapeutischen Alltag prägen. Mangelnde Behandlungseinsicht beispielsweise ist ja nicht dem soziokulturellen Hintergrund allein geschuldet, sondern ein suchtspezifischer Begleitumstand. Trotzdem – so lässt sich hypothetisch folgern – verschärfen bzw. überformen migrationsspezifische Aspekte die suchtkontaminierten und aus der therapeutischen Praxis bekannten Kommunikationsformen. Das hieße konsequenterweise, dass sich bestimmte Verhaltensweisen der Aussiedler, die aus manchen drogentherapeutischen Praxisfeldern kolportiert werden, auch migrationsspezifisch re-interpretiert werden müssen. So gelten russland-deutsche Aussiedler oftmals als äußerst „renitent“ und wenig einsichtig. Auch als sehr gewalttätig. Dabei wird allerdings allzu oft vergessen, dass auf Grund sprachlicher Limitierungen und der soziokulturellen Prägungen den Aussiedlern nicht allzu viele Handlungsvarianten zur Verfügung stehen, um die **eigene Überforderung** durch die unverständliche Behandlung selbstwertdienlich zum Ausdruck zu bringen oder zu bewältigen. Der sprachliche Opportunismus, mit dem sich gelegentlich mancher deutscher Drogenabhängiger durch die Therapie mogelt um gerichtliche Auflagen zumindest vordergründig zu erfüllen, steht Aussiedlern nicht zur Verfügung. Sie können weder auf die dazu nötige psychologisch verbrämte Rhetorik zurückgreifen noch auf die Möglichkeit, therapeutische Erwartungen kognitiv zu antizipieren. So bleibt oftmals nur ungelenke Renitenz und – bei den Klienten eine

männlichkeitskompatible – Aggressivität. Im folgenden zwei Äußerungen, die diese Hypothese illustrieren:

**K:** Da wo ich hinfahre, ist eine russische Therapie. Also meisten sind da russische Therapeuten da. Also von meiner Seite ist das wichtig für mich. Da kann ich mich besser ausdrücken, was die hören wollen. Aber nicht das, was ich sagen will. Meistens geht es darum. Und die Menschen, die Therapie machen, die spielen vielmehr die Gesetze nicht von sich sondern von den Ärzten...

*I: Also Sie sagen das, was sie (die Ärzte ) hören wollen...*

**K:** Ja natürlich, immer. Nicht was aus der Seele rauskommt. Soweit ich mit Leuten gesprochen habe, haben ich das so verstanden...also meistens ...es hilft in einer Therapie nur wenn der Mensch selbst Vertrauen hat und nicht....War es zu kompliziert?

*I: Ne, hab ich Sie so richtig verstanden, dass viele versuchen, dem Arzt – wie man im Deutschen so sagt – nach dem Mund zu reden? Nach dem Motto, er will das hören, also erzähle ich es ihnen, dann habe ich Ruhe? Ist es so?*

**K:** Ja genau. Meistens ist es so...meistens ist es so..weil die Menschen, die Entgiftung machen, meistens kriegen die das Angebot, Therapie zu machen, aber die wissen nicht, was ist das..was geht da...was wollen die Leute da erreichen...und deswegen sitzt er da und sagt: Ja ich will...ich brauche jetzt die Kostenzusage, ich brauche einen Kostenträger, ich brauche dies und das, und dann hat er alles und es ist meine erste Therapie, da fahre ich hin, schaue mich um, ich kann sie jederzeit abrechen, gehe hin, führe Therapie durch und dann nach Hause und jeder hat da den Gedanken: ich komme nach Hause und knalle mir einen. Ich kenne so einen, aber der wollte nicht aufhören, aber ich will aufhören.....

**(47) Klient-1, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: Beider Therapie hast Du ja auch einheimische Deutsche kennen gelernt, die Therapie gemacht haben und russisch-sprachige Deutsche. Hast Du da irgendeinen Unterschied festgestellt in der Art auf Therapie zu reagieren.....*

**K:** Weißt du, von Russen sah ich mehr Ehrlichkeit zum Therapieprozess als von Deutschen. Andere Frage ist, dass viele das nicht ernst genommen haben, keine Entscheidung getroffen haben, clean zu leben. Aber so was das Verhalten angeht, wir waren nicht viele Russen, wo ich Therapie gemacht habe, insofern...

*I: Was heißt Ehrlichkeit? Das die Russen sich offener darauf eingelassen haben, ehrlich mit sich selber waren?*

**K:** Ja, das zu zulassen und es zu bearbeiten und es zu verstehen. Weißt Du, es kommt automatisch, weil du musst die Sprache verstehen..

*I: Du musst Dich mehr konzentrieren?*

**K:** Ja..ja und damit geht nicht, damit zu spielen..

*I: Du kannst nicht sprachlich damit spielen?*

**K:** Nein, überhaupt nicht.

*I: Das heißt, wenn Du Dich darauf einlässt, dann musst du sozusagen, darin eintauchen..*

**K:** Hundertprozentig. Und es geht nur so....

*I: Als Deutscher kann ich natürlich mich mit der Sprache über Dinge hinweglügen....*

K: Genau, genau

*I: Den Therapeuten nach dem Mund reden...*

K: Ja, wenn ein Russe will so machen, es kommt bald raus.....das kann man nicht. Man versteht nicht, so gut zu spielen, weißt du? Da spielen natürlich auch verschiedene Charaktere eine Rolle, aber doch....

**(48) Klient-10, männl., 28 Jahre, amb. Nachsorge**

### 6.2.10 Aspekte des Herkunftslandes

Interessanterweise mangelt es der Fachliteratur über migrantenspezifische Probleme oftmals an expliziten Hinweisen auf die soziale Situation in den Geburtsländern. Dabei sind ja gerade die konkreten Erfahrungen, die dort gemacht worden sind, nach wie vor und in unterschiedlichem Maße handlungs- und erfahrungsleitend. So wurde im Rahmen der Interviews auch nach dem Einstieg in die Drogenkarriere gefragt. Die meisten begannen erst nach der Einreise nach Deutschland, Heroin zu konsumieren. Allerdings wurde des öfteren explizit erwähnt, dass Drogenkarrieren auch schon in den Zuzugsstaaten der ehemaligen UdSSR begonnen haben. Sei es durch den Konsum von Alkohol und Cannabis oder sei es – wie in einem Fall – auch durch den Konsum von Heroin, der in den Geburtsländern begonnen und dann hier in Deutschland fortgesetzt wurde. Dies kann auch nicht erstaunen. Kasachstan beispielsweise gilt seit der Transformation von einer Sowjetrepublik zur einem unabhängigen marktwirtschaftlichen System als einer der größten Opiumexporteure des Welthandels.

*I: Wann haben Sie das erste Mal Drogen genommen? War das hier in Deutschland?*

K: Ja, hier in Deutschland. Aber was meinen Sie, die harten Drogen oder auch die weichen.....?

*I: Ja. Cannabis auch....*

K: Cannabis war für mich immer kein Problem, wenn ich affig bin, dann könnte ich nicht Cannabis rauchen, dann brauche ich Heroin, damit es mir gut geht. Ich hab mir sowieso vor der Entgiftung hier runterdosiert, bis ich ein Gramm für vier Tage durchhalte (...)Und Cannabis ist für mich keine Drogen, weil in Kasachstan rauchen 99% der Männer Cannabis. Nicht das Cannabis mit irgendeiner Chemie eingespritzt ist oder Haschisch, was hier sowieso so'n Dreck ist, aber ganz normale Pflanze, die aus dem Gras kommt....

Und das macht mir überhaupt kein Problem, ich finde nicht, dass Cannabis eine Droge ist und eine Gefahr...als ich clean war, habe ich auch Cannabis geraucht, na ja .....

*I: Und als Sie nach Deutschland kamen, wie lange dauerte es bis Sie Drogen, also auch Heroin nahmen?*

K: Vier Jahre....

**(49) Klient-1, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

*I: Haben Sie eine Ahnung, warum Sie Drogen wie Heroin genommen haben?*

K: Weil mir war langweilig und so...

*I: Das war aber noch in Russland?*

K: Das war in Russland.....und dann....und dann ich war noch nicht clean als ich war nach Deutschland gekommen...hier erste Woche sofort Drogen gefunden...

**(50) Klient-3, männl., 28 Jahre, Entgiftung**

*I: Drogen in Kirgisien, Kasachstan. Ist das denn auch ein Problem dort?*

K: Ja, jetzt ja. Ganz viele Jugendliche, sind da auch drauf gekommen. Siebte achte Klasse schon. Viele sind da drauf jetzt. Obwohl die Strafe ist viel härter wie hier. Zwei, drei Gramm kriegst du drei Jahre.....

*I: Haben denn einige Aussiedler, die Sie kennen gelernt haben, schon in Kirgisien angefangen, Drogen, Heroin zu nehmen...*

K: Ja einige, von denen kam das dann auch. Und die da angefangen haben, haben es hier weitergegeben....

**(51) Klient-8, männl., 27 Jahre, Entgiftung**

K: Ich habe damals auch mit 12 Jahre angefangen Haschisch zu rauchen, weil da wächst alles vor deine Augen, in deinem Garten. Damals hatten die kein Heroin gehabt. Meistens haben wir nur Haschisch geraucht. Ich kenne ganz wenig, die Heroin gespritzt haben, die Drogen genommen haben.

*I: Das machen dann viele dann hier...*

K: Ja dass machen die meisten dann hier.

**(52) Klient-9, männl., 24 Jahre, Entgiftung**

*I: Um auf das Thema Drogen zu kommen, hast Du hier damit angefangen oder schon in Kasachstan?*

K: Ich hab das aus Kasachstan mitgebracht.

*I: Heroin?*

K: Ja, Opiate. Heroin, war damals zwar unpopulär, unbekannt....nein bekannt schon....aber ich wusste damals nicht viel...Rohopium....und...und...Haschisch sowieso

*I: Und Du hattest Opiate schon konsumiert?*

K: Ja....

**(53) Klient-10, männl., 28 Jahre, amb. Nachsorge**

Aber nicht nur das zunehmende Drogenproblem ist für Länder wie Kasachstan oder Kirgisien bezeichnend. Gerade diejenigen, die in Mitte der 90iger Jahre oder später nach Deutschland

ausreisten, sind in der Jugendzeit geprägt worden durch die Transformation und den anomischen Zuständen in den Nachfolgestaaten der UdSSR.

*I: Eine andere Frage: Du bist ja relativ früh nach Deutschland gekommen (1988), da sind ja die meisten erst später gekommen. Wie ist der Unterschied zwischen der ersten Aussiedlergeneration, der Du angehörst, und denen, die erst Mitte oder Ende der neunziger Jahren kamen?*

*K: Ja, da gibt es Unterschiede, weil die schon andere Sachen erlebt haben. Ich kenne nur oder die Leute, die mit mir gekommen sind, die kannten nur das bestimmte System....*

*I: Der Sowjetunion....*

*K: Sowjetunion...und das gibt es ja heute gar nicht mehr. Die Leute sind anders und die ganzen Verhältnisse sind anders. Für uns war das alles ganz neu, das war hier ein ganz andere Welt. Ich hatte noch nie ein Snickers gesehen oder so..da kamen wir her und..wao..was ist denn das hier alles. Und für die, die kennen den Umbruch und die kennen auch Armut und Arbeitslosigkeit. Das haben wir damals noch nicht erlebt. Die kennen die Schwierigkeiten. Und dann gibt es die Sowjetunion nicht mehr richtig selbständig und die Verhältnisse haben sich wohl geändert und ich kann das zwar nicht so richtig beurteilen, aber..*

**(54) Klient-7, männl., 29 Jahre, stat. Nachsorge**

*I: Wie ist die gegenwärtige Situation in Kasachstan. Wirtschaftlich, politisch?*

*K: Schlecht. Ich kam hierher mit großer Freude, dass ich von Kasachstan weg bin. Ich war mir nicht sicher, Tag für Tag, Angst. Das ist ein schreckliches Gefühl, wenn Du nicht weißt, was auf Dich zukommt. Wie kannst du da deine Familie beschützen und versorgen. Warm machen, vom Gefühl her. Keinen Ausweg aus der Situation....*

*I: Wegen der Armut?*

*K: Keine Gerechtigkeit, keine Gesetze, die spielen keine Rolle. Die Menschen, die die Kohle haben, die spucken auf die Gesetze. Also Unsicherheit...*

*I: Existentiell?*

*K: Ja, in der letzten Zeit, die fünf Jahre, die ich hier bin, glaub nicht, dass es besser geworden ist...*

**(55) Klient-10, männl., 28 Jahre, amb. Nachsorge**

Diese Äußerungen lassen darauf schließen, dass zumindest die spätere Zuwanderungsgeneration von gravierenden Erfahrungen wirtschaftlicher Not, Rechtsunsicherheit und gesellschaftlichem Chaos geprägt ist, die die psychische und soziale Anpassungsfähigkeit beim **Wechsel in ein drittes Gesellschaftssystem (Deutschland)** vermutlich nachhaltig beeinträchtigen dürfte.

### 6.3 Hypothesen

Zusammengefasst lassen sich folgende Hypothesen aus den Gesprächspassagen kurz resümieren:

**Hypothese 11:** Erfahrungen im Zusammenhang mit der Migration und eine als diffus erlebte Identität sind möglicherweise massive Belastungsfaktoren und biographisch tiefverwurzelte Krisen.

**Hypothese 12:** Diese Belastungen werden möglicherweise durch die enge Bindung an die „peer-group“ aufgefangen und bearbeitet.

**Hypothese 13:** Die starke Gruppenzugehörigkeit ist allerdings ambivalent. Sie ist offenbar einerseits eine wichtige Ressource in der Auseinandersetzung mit dem Kulturkonflikt, wirkt sich aber andererseits auch hinderlich auf Spracherwerb und Integration aus.

**Hypothese 14:** Negativer Effekt der Gruppenbindung ist auch, dass der Einstieg in den Drogenkonsum oftmals mit der „peer-group“ und männlichem Risikoverhalten verknüpft ist.

**Hypothese 15:** Ebenso kann sich die Gruppenorientierung durch die gegenseitige Kontrolle russland-deutscher Klienten negativ auf die therapeutische Arbeit auswirken.

**Hypothese 16:** Neben der „peer-group“ scheint auch die Familie eine ambivalente Rolle zu spielen. So wird sie offenbar auch als Ressource wahrgenommen. Aber die schambesetzte innerfamiliäre Auseinandersetzung mit der Drogenabhängigkeit kann auch dazu führen, dass erst spät das deutsche Hilfesystem in Anspruch genommen wird.

**Hypothese 17:** Offensichtlich sind das Suchtverständnis und die subjektiven Krankheitstheorien der russland-deutschen Aussiedler mit den therapeutischen Annahmen zur Suchtentstehung und -bewältigung nur schwer in Einklang zu bringen.

**Hypothese 18:** Die Integration in das Hilfesystem und die Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahme hängen offensichtlich nicht allein von den deutschen Sprachfähigkeiten der Klienten sondern auch vom Verständnis der therapeutischen Methodik, des Systems und den daraus resultierenden Regeln ab.

**Hypothese 19:** Aber auch das eher repressiv und autoritär geprägte Staatsverständnis mancher russland-deutschen Klienten führt zur Distanz gegenüber dem deutschen Hilfesystem, das ein „Andocken“ massiv erschwert.

**Hypothese 20:** Drogenkonsum ist möglicherweise nicht nur das Resultat einer

**dysfunktionalen Bewältigung psycho-sozialer Probleme in Zusammenhang mit der Migration, sondern als Bewältigungsstrategie schon in den Geburtsländern habitualisiert und nach Deutschland exportiert.**

**Hypothese 21: Zugänge zum Hilfesystem (im Sinne eines „gate-openers“) können russischsprachige Kontaktpersonen möglicherweise erleichtern. Russischsprachige (Therapie-) Gruppen werden eher kritisch beurteilt.**

**Hypothese 22: Tradierte und rigide Geschlechtsrollen wirken offensichtlich kontraproduktiv in den therapeutischen Prozess hinein.**

**Hypothese 23: Renitenz und mangelnde Behandlungseinsicht russland-deutscher Klienten sind möglicherweise Ausdruck von Überforderung und eines eingeschränkten Bewältigungsrepertoires.**

## 7. Diskussion

Auch wenn die vorliegende Arbeit eher hypothesengenerierende Ziele verfolgte, sind doch bestimmte Ergebnisse vor dem Hintergrund spezifischer und – empirisch – ungeprüfter Vorannahmen auffällig:

Die geschlechtliche Verteilung unter den Aussiedlern wirft zweifellos die Frage auf, ob es tatsächlich so wenig drogenabhängige Frauen unter den Aussiedlern gibt oder ob es russland-deutschen Frauen noch schwerer fällt, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Vielleicht sind aber auch die weiblichen Bewältigungsmuster der Migration bei Frauen deutlich anders, so dass Drogenkonsum eine Domäne der russland-deutschen Männer ist und seelische Spannungen von Aussiedlern völlig anders verarbeitet werden.

Der Vergleich der Konsumprofile verweist darauf, dass Aussiedler offensichtlich signifikant weniger Kokain oder Halluzinogene konsumieren als einheimisch-deutsche Drogenkonsumenten. Auch das Einstiegsalter unterscheidet sich bezogen auf bestimmte Substanzen sehr deutlich. Diese statistischen Ergebnisse der Studie legen den Verdacht nahe, dass sich möglicherweise die Drogenszenen der Aussiedler und der einheimisch-deutschen Drogenabhängigen getrennt entwickeln und im Alltag wenig vermischt sind. Wäre dem so, dann hätte das auch Konsequenzen für die konzeptionelle Ausrichtung niedrigschwelliger Angebote und der Sekundärprävention. Zumindest müsste geprüft werden, ob die klassische Versorgung in diesen Segmenten auch tatsächlich die Zielgruppe bzw. die Drogenszene der Aussiedler tatsächlich in dem erforderlichen Maße erreicht.

Gerade die Betrachtung des Gesundheitsstatus der unter 31-jährigen Aussiedler gibt Grund zur Beunruhigung. Die Häufung von Hepatitisfällen, die möglicherweise in Zusammenhang mit einem riskanteren Konsumverhalten und der engen Gruppenbildung stehen, wirft ebenfalls die Frage auf, ob sich daraus nicht ein erhöhter Bedarf an zielgruppenspezifischen Maßnahmen im Bereich der „harm-reduction“ ableiten lässt.

Entgegen der Vorannahmen unterscheiden sich Aussiedler bezogen auf die Anzahl der stationären Behandlungen und der Behandlungsbeendigungen nicht entscheidend von einheimisch-deutschen Drogenabhängigen. Das spricht zunächst für das bestehende Behandlungsangebot. Andererseits sei vor schnellen Rückschlüssen gewarnt. Zum einen sollte berücksichtigt werden, dass die erhobenen Daten auf einer Dokumentationspraxis basiert, deren Qualität nicht bewertet werden kann. Auch ersetzt die Studie keine aufwendige katamnestische Analyse. Hinzu kommt noch ein weiterer Aspekt: Diejenigen Klienten, die in der Entgiftung sind, haben immerhin den Zugang in das

Hilfesystem gefunden, und sei es über polizeiliche und gerichtliche Auflagen. Vielleicht besteht ja das Kernproblem gar nicht in der Behandlung als solcher sondern in der Schwierigkeit, diese Klienten frühzeitig in das System zu integrieren. Sowohl der soziokulturelle Hintergrund (Staatsverständnis, subjektive Krankheitstheorien etc.) als auch das Defizit an angemessenen Informationen stellen möglicherweise Zugangsbarrieren in die Versorgung dar. Unter diesem Aspekt wäre zu überlegen, wie betroffenen Aussiedlern der Weg in die Hilfe erleichtert werden könnte.

Der Ruf, dass Aussiedler eine ungünstige Behandlungsprognose aufweisen und nur schwer behandelbar sind, ist – zumindest vor dem Hintergrund der vorliegenden Studie – nicht zu bestätigen. Vielleicht – und etwas provokativ formuliert – reflektiert ja dieser Ruf weniger die therapeutische Realität als die Aufwendigkeit, die die russisch-deutschen Klienten im Kontakt mit therapeutischem Personal erfordern. Denn Tatsache ist, dass auf Grund des migrationsspezifischen Hintergrundes und der sprachlichen Probleme der Umgang mit Aussiedlern sehr viel zeitintensiver ist.

**Für die Versorgung scheinen sich insgesamt folgende Konsequenzen zu ergeben:**

1. Sekundärpräventive Maßnahmen müssten ausgebaut werden. Russischsprachige und zielgruppenspezifische Informationen über das Versorgungssystem und über gesundheitsverträglicherer Applikationsformen im Bereich des Opiatkonsums sollten entwickelt und gestreut werden.
2. Eine stärkere Vernetzung von Migrationshilfe und suchtspezifischer Versorgung könnte gerade bei (sekundär)-präventiven Aktivitäten von besonderer Bedeutung sein.
3. Es sollten spezifische russischsprachige Beratungs- und Informationseinheiten als begleitende Einheiten in ambulanten Beratungsstellen und/oder in Entgiftungsstationen konzipiert und geprüft werden, um Aussiedler mit geringen Deutschkenntnissen besser mit therapeutischen Inhalten und Methoden vertraut zu machen.
4. Insbesondere auch die Angehörigenarbeit mit Aussiedlern sollte verstärkt werden. Möglicherweise bieten sich hier auch eher Selbsthilfegruppen an.

Eine weitergehende Forschung sollte sich vor dem Hintergrund der bisherigen Ergebnisse folgenden Fragen zuwenden:

- Erforschung der Zugänge (Ambulanz, medizinischer Dienst, Entgiftung)
- Katamnestische Analyse, um die Effizienz der Behandlungsangebote bei Aussiedlern solide überprüfen zu können
- Erforschung der Netzwerke von Aussiedlern und deren Bedeutung für die Behandlungsbereitschaft
- Erforschung der Situation von Aussiedlern bezogen auf frauenspezifische Bewältigungsstrategien
- Evaluation neu zu konzipierender und russischsprachiger Informationsangebote und -kampagnen

## Literatur

Bätz, B. (1998). Sucht und Migration. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Boos-Nünning, U. & Otyakmaz, B.Ö. (2002). Deutschsprachige wissenschaftliche Literatur zu Migration und Sucht. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): *Migration und Sucht. Expertise*. Baden-Baden: Nomos-Verlag

Brucks, U. & Wahl B.W. (2002). *Gesundheitsversorgung für Zuwanderinnen und Zuwanderer. Im Auftrag der Landesregierung Schleswig-Holstein*. Hamburg-Oldenswort: Institut für Arbeitspsychologie und Gesundheitsforschung, AuG Wahl & Partner

Collatz, J. (1995). Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration. In: E. Koch, M. Özek und M. W. Pfeifer (Hg.): *Psychologie und Pathologie der Migration*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migratinnen und Migranten. In: T. Hegemann & R. Salman (HG.) : *Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Cuellar I. & Panaigua F. (2000). *Handbook of Multicultural Mental Health*. San Diego: Academic Press

Czycholl, D. (Hg.) (1998). *Sucht und Migration – Spezifische Probleme der psychosozialen Versorgung Suchtkranker und – suchtgefährdeter Migranten*. Berlin: VWB-Verlag

Czycholl, D. (2002). Jugendliche Aussiedler im System der Suchthilfe. In: Barth, W. & Schubert, C. (Hg.): *Migration – Sucht – Hilfe*. Nürnberg: Emwe-Verlag

EMCDDA scientific report2000: Mapping available information on social exclusion and drugs, focusing on „minorities“ across 15 EU member states. Lisbon

Herrmann, M. & Schwantes, U. (2002). *Migranten und Sucht. Eine quantitative und qualitative Expertise über Gesundheit, Krankheit und hausärztliche Versorgung von suchtgefährdeten und suchtkranken MigrantInnen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Baden-

Baden: Nomos Verlag.

Kirkaldy, B., Siefen, R. (2002). Englischsprachige Literatur zu Migration und Sucht. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): *Migration und Sucht*. Expertise. Baden-Baden: Nomos-Verlag

Krause, B. (2001). *Migrantinnen und Gesundheitssystem*. Köln: BZgA

Marsella, A. & Yamada A.M. (2000). Culture and Mental Health: An Introduction and Overview of Foundations, Concepts, and Issues. In: Cuellar I. & Panaiagua F.: *Handbook of Multicultural Mental Health*. San Diego

Meisler, N., Blankertz, L., Santos, A. B., & McKay, C. (1997). Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance disorders. *Community Mental Health Journal*, 33, 113-122.

Oesterreich, C. (2000). Seelische Störungen von Migranten? In: Heise, Th. & Schouler, J. (Hg.): *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*. Berlin: VWB-Verlag

Pribe, S. (2001). *Für jede Kultur eine eigene Gesundheitsförderung oder alles in einem Topf?* University of London

Schmid, M. (1998). Ausländische Drogenkonsumenten und Zugänge zum Hilfesystem. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

Schneider, J. (2001). *Drug Treatment and Ethnicity*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Smaje C. (1995). *Health, Race and Ethnicity*. London: King's Fund Institute.

Zahlen nach dem Ausländerzentralregister 2001 und Zahlen nach dem Beauftragten der Bundesregierung für Aussiedler 2001.

