

Aus dem Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren
Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und
Neurologie

Leitender ärztlicher Direktor: Dr. med. Michael von Cranach

**UNTERSUCHUNG AN OPIATABHÄNGIGEN UND NICHT-
OPIATABHÄNGIGEN MÄNNLICHEN, RUSSLANDDEUTSCHEN
SPÄTAUSSIEDLERN**

Eine retrospektive Vergleichstudie

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Vitalij Kazin
aus Perm
2006

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Prof. Dr. G. Laakmann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. F. Holsboer
Prof. Dr. M. Albus
Prof. Dr. R. Frank

Mitbetreuung durch
den promovierten

Mitarbeiter: Dr. M. Schmidt

Dekan: Prof. Dr. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 26.10. 2006

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	GESCHICHTE DER RUSSLANDDEUTSCHEN	3
2.1	Ursachen und Anfänge der Migration in das russische Reich	3
2.2	Russifizierungskampagnen vor dem Ersten Weltkrieg	4
2.3	Verfolgung der Russlanddeutschen im Ersten Weltkrieg	5
2.4	Die Zeit von der Oktoberrevolution 1917 bis zum Zweiten Weltkrieg	5
2.5	Russlanddeutschen während des Zweiten Weltkrieges	6
2.6	Das Schicksal der Russlanddeutschen nach dem Zweiten Weltkrieg	7
2.7	Übersiedelung nach Deutschland in der Nachkriegszeit	7
3	MIGRATION UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT	8
3.1	Phasen der Migration – die Entwicklung der Opiatabhängigkeit	9
3.2	Die Vorbereitungsphase	14
3.3	Der Migrationsakt	16
3.4	Phase der Überkompensation	21
3.5	Phase der Dekompensation	21
3.6	Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse/Phase der Integration	23
3.7	Zur Drogensituation in der Russischen Föderation	24
3.8	Entwicklung der Drogenproblematik bei Spätaussiedlern in Deutschland	24
3.9	Rauschgifttodesfälle unter Aussiedlern	31
3.10	Erfahrung mit russlanddeutschen Spätaussiedlern in Deutschland (Projekt „mudra – alternative Jugend- u. Drogenhilfe Nürnberg e.V.“)	32
4	FRAGESTELLUNG	34
5	DARSTELLUNG DER METHODIK	37
5.1	Beschreibung der Stichprobe	37
5.2	Durchführung der Untersuchung	38
5.3	Statistik	40
6	ERGEBNISSE	41
6.1	Aufnahmestatistik der opiatabhängigen Spätaussiedler im BKH Kaufbeuren	41
6.2	Anamnestiche und sozialanamnestiche Angaben	46
6.3	Migrationsspezifischer Teil	48
6.4	Suchtentwicklung der Opiatabhängigkeit	57
7	DISKUSSION	64
7.1	Soziodemographische, migrationsspezifische und suchtspezifische Ergebnisse	64
7.2	Methodenkritische Betrachtung	81
8	ZUSAMMENFASSUNG	84

9	LITERATURVERZEICHNIS	87
10	ANHANG	105
11	DANKSAGUNG	168
12	LEBENS LAUF	169

1 EINLEITUNG

Von 1987 bis 2003 kamen 2.144.814 Spätaussiedler aus den GUS-Staaten nach Deutschland. Sie stellten somit die größte Gruppe aller Migranten in der Bundesrepublik Deutschland dar.

Mit der Auflösung der Sowjetunion 1991 endete die Ära der ineffektiven, ideologisierten sozialistischen Wirtschaft mit der propagandistischen Politisierung des Lebens.

In den folgenden wirtschaftlichen und politischen Umwälzungen suchten viele Russlanddeutsche nach einer neuen Identität und nach neuen Werten. In den 90er Jahren wurde vielenorts den Deutschen die Heimat entzogen. So erfolgte etwa in Kasachstan, wo die meisten Russlanddeutschen nach ihrer Deportation lebten, von heute auf morgen ein nationalistischer Umbau. Die kasachische Sprache wurde offizielle Amtsprache, muslimische, religiöse Werte gewannen Vorrangstellung, die Verteilung der Arbeitsplätze erfolgte nach einem Nationalitätsprinzip und nach Kenntnis der Sprache. Mit dieser Entwicklung konnten sich die meisten Russlanddeutschen nicht identifizieren. Es kam zu einer gewaltigen Auswanderungswelle nach Deutschland.

Die Entscheidung, nach Deutschland auszusiedeln, fiel deshalb den Russlanddeutschen in Kasachstan einfacher als den Russlanddeutschen in der Russischen Föderation.

Es schien viel einfacher, neue Wurzeln in der alten Heimat Deutschland zu schlagen als im fremden Russland vor dem Hintergrund einer schwierigen Geschichte. Aus ökonomischer Sicht erscheint eine Umsiedlung der Russlanddeutschen von Kasachstan in die Russische Föderation unattraktiv.

In den letzten 15 Jahren hat der große Teil der deutschen Minderheiten die russischen und anderen Aussiedlungsgebiete bereits verlassen. Inzwischen reisen über 75% der Personen als mitreisende Familienangehörige in die Bundesrepublik ein. In den ersten vier Monaten 2003 waren es sogar nur noch 22,29% Deutsche, die einen eigenen Aufnahmebescheid erhalten haben (Statistisches Bundesamt 2004).

Unter diesen Migranten befanden sich ca. eine halbe Million Kinder und Jugendliche aus den Nachfolgestaaten der UdSSR (Rabes 2001). In den letzten fünf Jahren waren ca. 36% der zugewanderten Aussiedler bei der Einreise junger als 20 Jahre, die 15-25 jährigen machen ca. 14% der jährlich zuwandernden Aussiedler aus (Dietz 2001).

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Gruppe russlanddeutscher Spätaussiedler, die in Deutschland eine Opiatabhängigkeit entwickelt haben.

In Deutschland gehören jugendliche Spätaussiedler zu einer sozialen Risikogruppe, die gegenüber den deutschen Jugendlichen überproportional häufig desintegrierte Biographien aufweist, die mit Suchtverhalten und Devianz gekoppelt sind (Lajos 1993). Drogenabhängigkeit (einschließlich Opiatabhängigkeit) steht an dritter Stelle psychischer Störungen bei Migranten in Deutschland. Noch häufiger treten psychosomatische und depressive Syndrome auf. Posttraumatische Belastungsstörungen und Psychosen haben eine niedrigere Inzidenz als Drogenabhängigkeit (einschließlich Opiatabhängigkeit) (Collatz 2001).

In einigen Fällen kommen jugendliche Aussiedler bereits opiatabhängig nach Deutschland. In den Herkunftsländern sind Opiate vergleichsweise leicht zugänglich. Ferner haben sich die Jugendlichen mitunter besonders gefährliche Arten des Drogenkonsums angewöhnt, wie beispielsweise den Mischkonsum von Alkohol und Heroin, dessen Gefahrenpotential sie weit unterschätzen (Welt 2002).

In der vorliegenden Arbeit werden die soziodemographischen, migrationsspezifischen und suchtspezifischen Daten von 25 heroinabhängigen jugendlichen Spätaussiedlern untersucht. Diese Gruppe wird mit einer randomisierten Stichprobe von 25 nicht opiatabhängigen Spätaussiedlern verglichen. Die Untersuchung erfolgte im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden auf Hintergrund der spezifischen soziokulturellen Besonderheiten der betroffenen Gruppe dargestellt und diskutiert.

2 GESCHICHTE DER RUSSLANDDEUTSCHEN

Der Migrationsprozesse bei den russisch sprechenden Spätaussiedlern aus den GUS-Staaten, der in der heutigen Zeit stattfindet, hat unmittelbar mit der inzwischen über 240jährige Geschichte der Russlanddeutschen zu tun und wird in den folgenden Kapiteln in verkürzter Verfassung dargestellt.

2.1 Ursachen und Anfänge der Migration in das russische Reich

1762 hatte ein Edikt der Zarin Katharina II., von Geburt eine deutsche Prinzessin aus Anhalt-Zerbst, Siedler aus den europäischen Ländern eingeladen. Sie sollten die vom Zarenreich neu erworbenen, weitgehend menschenleeren Gebiete in Russland erschließen. Nach dem Siebenjährigen Krieg (1756-1763) fanden die Werber der Zarin regen Zulauf vor allem aus dem deutschen Südwesten und aus Hessen. Diese Gebiete hatten durch die kriegerischen Auseinandersetzungen schwer gelitten. So kamen über 30.000 Kolonisten allein aus Hessen ab 1764 in das Wolgagebiet (Thieme 2001). Die Auswanderer wollten der wirtschaftlichen Not und der Unterdrückung durch ihre absolutistischen Monarchen entgehen (Heidelbrecht 1998). Sie hatten in Russland eine eigenständige Verwaltung mit deutscher Amtssprache, eigene Kirchengemeinden, darunter viele mennonitischen Glaubens, waren vom Militärdienst befreit, hatten Steuervergünstigungen und Eingliederungshilfen (Heidelbrecht 1998, Thieme 2001). Sie gründeten 1765 die Belowescher Kolonie, 1784 die Petersburger Kolonie, 1767 die Wolgakolonie, 1789 die Kolonie in Neurussland, die Kolonien Chortinza und Prischiber, 1804/1810 die Krimkolonie, 1804/1824 die Odessaer Kolonie und 1854/1857 die Samarer Kolonie (Fugmann 1999).

Zar Alexander I. erneuerte das Angebot für die neu gewonnenen Gebiete nördlich des Schwarzen Meeres. Das Russische Reich hatte in zwei Kriegen gegen die Türkei die gesamte Nordküste des Schwarzen Meeres bis zum Dnjeestr erobert.

Für diese Gebiete der heutigen Ukraine, der Krim, des Transkaukasus und Bessarabiens wurden insgesamt 55.000 deutsche Bauern und Handwerker, vor allem aus Württemberg und der Pfalz in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts angeworben.

In den Jahren 1789 bis 1817 fand die zweite große Welle der Auswanderung statt. Im Schwarzmeergebiet rund um Odessa, auf der Halbinsel Krim, in Bessarabien, im Nordkaukasus und südlich von Jekaterinoslav (heute Dnjepropetrowsk) in den Gebieten Choritza und Molotschna (Mennonieten aus der Danziger und Elbinger Gegend in Ostpreußen) entstanden Hunderte von Mutterkolonien, aus denen sich dann im Laufe der Jahre Tochterkolonien abspalteten (z.B. im Wolgagebiet 440, im Schwarzmeergebiet 1.800 usw.)

Vor dem ersten Weltkrieg betrug die Zahl der deutschen Dörfer im Russland rund 3.500. Aus 100.000 Einwanderern wurde in einhundertfünfzig Jahren eine Volksgruppe von 1.7 Millionen (Volkszählung 1897) Menschen. Die Russlanddeutschen waren bald zu beträchtlichen Wohlstand und Ansehen gelangt. Der deutsche Landesbesitz im Russischen Reich vor dem ersten Weltkrieg betrug mit rund 14,4 Millionen etwa drei Millionen Hektar mehr als die gesamte Getreideanbaufläche des Deutschen Reiches (Heidelbrecht 1998).

2.2 Russifizierungskampagnen vor dem Ersten Weltkrieg

Der russische Zar Alexander II. (Regierungszeit 1855-1881) hatte die ersten „Maßnahmen“ zur Russifizierung der deutschen Siedler eingeleitet. 1871 erließ er einen Ukas, in dem die den Einwanderern von Katharina II. gewährten „Privilegien“ zurückgenommen und die Russlanddeutschen zu „normalen russischen Bürgern“ erklärt wurden (Heidelbrecht 1998). Die Selbstverwaltung wurde 1871 und die Befreiung vom Wehrdienst 1874 aufgehoben. Das Fremdengesetz von 1887 schränkte für die nationalen Minderheiten das Wahlrecht und das Recht auf Landbesitz ein. Gemeint war vor allem die deutsche Volksgruppe, welche durch die antirussische Politik Bismarcks ins Fadenkreuz der russischen Innenpolitik geraten war und plötzlich als eine Gefahr für die russische Souveränität galt. Im Zuge dieser Repressionen wurde Russisch zur Amtssprache erklärt und die öffentliche Verwendung der deutschen Sprache 1912 sogar gänzlich unter Strafe gestellt. Einige Hunderttausende deutscher Siedler wanderten in dieser Zeit nach Amerika aus und gründeten dort erneut Siedlungen (Längin 1989).

2.3 Verfolgung der Russlanddeutschen im Ersten Weltkrieg

Im Ersten Weltkrieg gerieten die Russlanddeutschen unter noch stärkeren Druck. Sie wurden nach dem Angriff Deutschlands zu „inneren Feinden“ erklärt. Alle deutschen Schulen wurden geschlossen, die deutschsprachigen Zeitungen verboten. Grenznahe Siedlungen der Deutschen sollten aufgelöst, die Menschen umgesiedelt und ihr Vermögen eingezogen, um eine befürchtete Fraternisierung der deutschstämmigen Bevölkerung mit den angreifenden Truppen zu verhindern (Heidelbrecht 1998).

1915 erließ die russische Regierung die sog. „Liquidationsgesetze“. Dies markierte den Beginn der ersten Vertreibung der Russlanddeutschen. Etwa 200.000 Wolhynien-Deutsche (Westukraine) wurden nach Sibirien vertrieben, ihr Landbesitz wurde enteignet (Thieme 2001).

2.4 Die Zeit von der Oktoberrevolution 1917 bis zum Zweiten Weltkrieg

Die junge Sowjetmacht proklamierte nun das Selbstbestimmungsrecht der Völker. Alle Völker der UdSSR sollten gleichberechtigt nebeneinander leben dürfen. Darauf gründete sich 1918 eine autonome Arbeiter-Kommune an der Wolga. Politischer Kommissar war in den ersten Jahren Ernst Reuter, der spätere Berliner Oberbürgermeister. 1924 entwickelte sich die Kommune weiter zu der Autonomen Sozialistischen Republik der Wolgadeutschen (Längin 1991). In der gesamten Sowjetunion entstanden 16 weitere nationale Bezirke, wobei es in der Ukraine neun, in der Russischen Föderation sechs, in Georgien und Aserbaidschan je einen nationalen Kreis mit einer gewissen deutschen Selbstverwaltung gab (Thieme 2001, Heidelbrecht 1998). Deutsch wurde wieder Amtssprache. In der gesamten Sowjetunion erschienen vor dem Zweiten Weltkrieg vierzig deutschsprachige Zeitungen, jährlich erschienen 555 Publikationen mit einer Gesamtauflage von 2,86 Millionen (Heidelbrecht 1998), es entstanden 5 Hochschulen, 11 Fachhochschulen, es gab ein Nationaltheater und einen Nationalverlag (Heidelbrecht 1998, Thieme 2001, Malchow 1990).

2.5 Russlanddeutsche während des Zweiten Weltkrieges

Mit Ausbruch des deutsch-sowjetischen Krieges am 22. Juni 1941 war das Schicksal der Deutschen in der Sowjetunion besiegelt. Es begann ein nie da gewesener Terror gegen die Deutschen, die wegen des Verdachtes der Sabotage, der Spionage und der Propaganda vor allem nach Sibirien, Nordrussland und Kasachstan deportiert wurden (Heidelbrecht 1998, Thieme 2001). Am 28. August 1941 wurde die gesamte deutsche Bevölkerung der Autonomen Republik der Wolgadeutschen (ca. 600.000 Menschen) binnen zweier Tagen auf Schiffe und Züge verladen und nach Sibirien, Kasachstan und andere Republiken der Sowjetunion deportiert (Heidelbrecht 1998). Sie alle wurden einer Kommandantur unterstellt und mussten Zwangsarbeit leisten. Alle arbeitsfähigen Männer und Frauen wurden in die Arbeitsarmee („Trudarmija“) eingezogen (Thieme 2001).

Ein anderes Schicksal hatten die Russlanddeutschen in der Ukraine, die 1941 unter deutsche Besatzung geraten war. In den deutschen Siedlungen wurden wieder deutsche Kirchen, deutsche Schulen und Kultureinrichtungen geöffnet, die Kolchosen wurden aufgelöst und das Land unter den Dorfbewohnern verteilt. Im Herbst 1943 mussten sich die deutschen Truppen unter dem Druck der Roten Armee zurückziehen. 800.000 „Volksdeutsche“ wurden wie zuvor durch Stalin, ohne gefragt zu werden, auf Fuhren, LKWs und Züge verladen, oft nur mit dem Notdürftigsten zum Überleben ausgestattet und „repatriiert“ (Heidelbrecht 1998). Die meisten von ihnen kamen nach unsäglichen Strapazen zunächst nur bis nach Polen, wo sie in Notunterkünften und später in Häusern polnischer Bauern, die man mit Gewalt vertrieben hatte, im Rahmen der „Nationalen Flurbereinigung“ untergebracht wurden. 1944 wurden Russlanddeutsche durch die sog. „Sammleinbürgerung“ zu Bürgern des Deutschen Reiches gemacht, mit der Folge, dass nun alle wehrpflichtigen Männer zur Wehrmacht eingezogen und an der Ostfront eingesetzt werden konnten.

Im Oktober 1945 wurde die überwiegende Mehrheit der „repatriierten Volksdeutschen“ wieder in die Sowjetunion nach Sibirien, Kasachstan, Usbekistan und Turkmenistan zurück deportiert: Dort waren sie „Bürger zweiter Klasse“ und hatten keine Rechte (Heidelbrecht 1998). Ein kleinerer Teil kam nach Deutschland. So kam es, dass zahlreiche Familien getrennt wurden – ein Teil war in Deutschland, der andere in der Sowjetunion (Heidelbrecht 1998).

2.6 Das Schicksal der Russlanddeutschen nach dem Zweiten Weltkrieg

Die stalinistische Entrechtung dauerte bis 1955. Am 13.12. erließ die Sowjetische Regierung das Dekret „Über die Aufhebung der Beschränkungen in der Rechtsstellung der Deutschen und ihrer Familienangehörigen, die sich in den Sondersiedlungen befinden“. Dieses Dekret kam nur zustande, weil Konrad Adenauer bei seinem Aufenthalt in Moskau anlässlich der Aufnahme diplomatischer Beziehungen unter anderem darauf bestanden hatte, dass die Verfolgung der Russlanddeutschen beendet werden müsse. Die Vertriebenen durften dennoch nicht in ihre Heimatorte zurückkehren und durften auf das dort zurückgelassene Eigentum keinerlei Anspruch erheben (Heidelbrecht 1998).

In 1957 wurde den Russlanddeutschen ihre deutschsprachige Wochenzeitung „Neues Leben“ in Moskau genehmigt. Vereinzelt andere Zeitungen wurden einige Jahre danach zugelassen. Im Herbst 1980 wurde in Kasachstan das Deutsche Theater eröffnet. Erst am 29. August 1964 entschuldigte sich die Sowjetische Regierung in einem Erlass bei der russlanddeutschen Bevölkerung, eine Wiedergutmachung oder Rücksiedlungserlaubnis beinhaltete dies jedoch nicht (Stumpf 1993).

Eine neue ländliche Infrastruktur konnte sich nicht mehr entwickeln. Selbst in Dörfern mit überwiegend deutscher Bevölkerung wurde als Bürgermeister bzw. als Parteileiter ein Russe oder ein Kasache eingesetzt. Die deutsche Minderheitskultur konnte sich nicht stabilisieren, in der Öffentlichkeit vermied man, Deutsch zu sprechen, so dass die Kenntnis der deutschen Sprache bei der jüngeren Generation zunehmend verloren ging (Heidelbrecht 1998).

2.7 Übersiedelung nach Deutschland in der Nachkriegszeit

Am 09.04.1958 kam es zu einem deutsch-sowjetischen Regierungsabkommen, nach dem erstmals 5.563 Russlanddeutsche ausreisen konnten. In den darauf folgenden Jahren führten sowjetische Staatsbesuche in Westdeutschland und die KSZE-Vereinbarung von Helsinki (1975: 5.985 Personen) vorübergehend zu Ausreisegenehmigungen für die Sowjetdeutschen. In der Amtszeit Andropows und Tschernenkos wurden diese nicht mehr erteilt. Mit der Gorbatschow'schen Perestroika nahm der Prozess der Ausreisebewilligungen einen lawinenartigen Charakter an. 1986 konnten 14.488 Deutsche ausreisen, ab 1987 reisten schon

147.000 Personen jährlich aus. In den letzten Jahren ist die Zahl der russlanddeutschen Aussiedler von 200.000 bis auf ca. 100.000 im Jahr und in 2003 auf 72 000 gesunken (Heidelbrecht 1998, Statistisches Bundesamt 2004).

3 MIGRATION UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Wie das biopsychosoziale Modell von Engel und die Salutogenese von Antonovsky zeigen, ist Migration nicht nur Bedrohung, sondern Chance und damit per se nicht krankmachend (Engel 1977, Antonovsky 1998), wenngleich die Literatur überwiegend das Problematische von Migration untersucht hat. Migration stellt eine tief greifende Veränderung dar, welche die personale Identität fördern aber auch gefährden kann. Die Veränderung erfasst die bedeutsamsten Menschen und wertvollsten Objekte: Familienangehörige, Heimatorte, Sprache, Kultur, Gebräuche, Klima, manchmal den Beruf, gesellschaftliche und ökonomische Stellung werden verlassen oder gehen verloren. An allem haften Erinnerungen und intensive Gefühle. Mit dem Verlust dieser Objekte sind die Beziehungen zu ihnen und manche Anteile der Person ebenfalls von Verlust bedroht (vgl. Grinberg und Grinberg, 1990).

Migration stellt ein Lebensereignis dar, das überwiegend Belastungen mit sich bringt. Gelingen oder Scheitern hängen von vielen Faktoren ab. Erfahrungen, Prägungen aus der Vergangenheit, Ressourcen des Migranten, zufällige äußere Umstände, oder auch Gelegenheiten, welche die aufnehmende Gesellschaft dem Migranten zur Verfügung stellt. Kinder und Jugendliche, die Migration erleben, erfahren eine zusätzliche Belastung, da sie mit weniger Reife und Ressourcen, am neuen Ort eine neue Welt erfassen und die Konstruktion der neuen Welt verstehen müssen (Gzycholl 2002).

Papoulias bezeichnet Migrantenkinder als „Kofferkinder“ – „sie werden nach Belieben und ohne Rücksicht auf ihre emotionalen Bedürfnisse weggebracht und wieder zurückgeholt, wie Koffer, die andauernd unterwegs sind. [...] Diese Kinder weisen oft Bindungs- und Verhaltensschwierigkeiten auf, die auf ihre Situation des „Nicht – Wurzel – schlagen- Könnens“ zurückzuführen sind“ (Papoulias 1985).

Migration gehört für die meisten zu jenen Lebensereignissen, die von der Person mit den ihr unmittelbar oder im Rahmen sozialer Stützsysteme verfügbaren Problemlösungsroutinen und –kompetenzen nicht ohne weiteres bewältigt werden

können und daher eine Revision bisheriger Handlungs- und Lebensorientierungen herausfordern (Brandstädter 1990). Deshalb wird Migration in der mental-health-Forschung als „kritisches Lebensereignis“ und als „akkulturativer Stress“ bezeichnet (Markides et al. 1990). Das Lebensereignis „Migration“ wurde insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt einer veränderten Familienzusammensetzung betrachtet. Gerade dann, wenn Migranten von Teilen oder sogar von der ganzen Kernfamilie getrennt leben, ist aufgrund dieser Umstände von einer erschwerten Anpassung an die neuen Lebensverhältnisse auszugehen (Frogner 1994).

Innerhalb der Migrationssoziologie wird im Push-Pull-Modell die Stellung des Lebenslaufansatzes in neuem Lebenszyklus als ein wichtiger migrationsauslösender Faktor herausgestellt (Lee 1972). Andere Autoren umschreiben Migration als „turning point“ (Atchley 1975) oder als „life change“ (Elder 1975) oder ganz einfach als Lebensereignis, wobei betont werden soll, dass die Migration nicht von allen Betroffenen als Stress empfunden wird, sondern als Herausforderung (Aronowitz 1983).

Die vorliegende Arbeit untersucht das Migrationsproblem unter dem Aspekt der Gefährdung russlanddeutscher Spätaussiedler, denen die Integration ohne Drogen und Delinquenz zunächst misslingt. Die WHO (Ottawa Charta 1996) zählt Migranten zu den in Bezug auf Drogenkonsum gefährdeten Gruppen. Die Belastung durch Migration bedingt Risikoverhalten und dysfunktionale Formen der Problemkompensation.

Die WHO betrachtet Migranten als „verletzliche Gruppe“, denen eine besondere Priorität in Public-Health-Strategien einzuräumen ist. Erforderlich seien gezielte gesundheitspolitische Maßnahmen, spezialisierte soziale Hilfsnetze, unterstützende Betreuungsangebote, Wissensvermittlung, Spracherlernung und Motivations-Strategien für gesundes Verhalten. Es sind demnach hinsichtlich der Integration von Migranten Konzepte auf allen Ebenen zu entwickeln, welche an deren speziellen Bedürfnissen angepasst sind (Marschalk und Wiedel, 2000).

3.1 Phasen der Migration - die Entwicklung der Drogenabhängigkeit

Innerhalb der Migrationssoziologie und Psychologie existieren vielfältige Modelle zur Beschreibung transkultureller Migrationsprozesse. Ausgehend von Riecken (Riecken

1999) sind wesentlich folgende Migrationsmodelle bei der Entscheidung, welches Modell den vorliegenden Betrachtungen zu hinterlegen ist, zu berücksichtigen. Es handelt jeweils um Phasenmodelle, die sich im Wesentlichen bezüglich der folgenden Merkmale unterscheiden:

Kossolapow (Kossolapow 1992) gliedert sein Phasenmodell im Bezug auf die gesamte Aussiedlerpopulation (Riecken 1999) in vier Integrationsstufen.

1. Eine Einstiegsphase (das erste Aufenthaltsjahr), die durch eine optimistische Grundhaltung und hohe Erwartungen, sowie eine stark materielle Ausrichtung geprägt ist.
2. Eine Kontaktaufnahmephase (zweites und drittes Aufnahmejahr) als eine kritische Phase, die durch eine bewusste Wahrnehmung von Unterschieden (Einstellungen, Werthaltungen, Traditionen, Lebensformen) zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland gekennzeichnet ist.
3. Eine Einbezugsphase (viertes und fünftes Aufenthaltsjahr) welche die Bewältigung der Integrationsprobleme darstellt.
4. Eine Identitätsfindungsphase (nach fünft Jahren) welche sich in drei Verhaltensalternativen aufteilen kann: a) Anpassung unter Verdrängung der Herkunftsspezifika, b) Subgruppenbildung unter Betonung der eigenen Besonderheiten und c) Entwicklung einer Mischkultur, die die Anteile beider Kulturen verarbeitet.

Das Phasenmodell der transkulturellen Migration nach Tseng (Tseng 2001) beinhaltet vier Etappen.

1. Prämigration, dabei dominieren bei den Migranten idealisierte Vorstellungen des Ziellandes, unrealistische Sorgen und Ängste und generelle Unsicherheit.
2. Initiale Phase, sie dauert bis zu einem halben Jahr nach der Einreise. Zu dieser Phase zählen sowohl euphorische als auch vermeidende und frustrierende Erfahrungen.
3. mittlere Migrationsphase, sie dauert bis fünf Jahre. Die Migranten versuchen in dieser Phase, den Anforderungen der neuen Kultur gerecht zu werden, ohne wichtige Anteile der eigenen Kultur aufgeben zu müssen.
4. Letzte Migrationsphase, sie kann 10 bis 20 Jahre andauern. In der Regel handelt es sich um eine Zeit der Integration und Vertiefung der kulturellen Anpassung. Falls

es nicht gelingt, können vielfache Chronifizierungen somatischer und/oder psychischer Erkrankungen auftreten.

Das Vier Phasen-Modell der transkulturellen Migration nach Hettlage-Vargas (1992) beschreibt folgende einzelne Schritte des Migrationsprozesses.

1. Phase der interkulturellen Orientierungslosigkeit und des Identitätsverlusts.
2. Phase des tiefen Gespaltenseins mit Integrationsverweigerung oder Überanpassung gegenüber der Aufnahme-Kultur bei gleichzeitiger Entwertung oder Idealisierung der Herkunftskultur.
3. Phase der Bewusstwerdung des Verlustes und der Trauerarbeit; eine reflektierte Krise der Entfremdung und der Neuinterpretation von sich und der Umwelt.
4. Phase der lebensgeschichtlichen Selbstverständlichkeit mit einem bikulturellen Selbstbild und einem Gefühl bikultureller Zugehörigkeit.

Alle die oben genannten Phasenmodelle stellen fest, dass der Migrationsprozess in langsamen Anpassungsschritten verläuft. Diese Schritte stehen auf jeden Fall in Zusammenhang mit Veränderungen der Einstellungen zur eigenen Person und ihrer Umwelt. In den meisten Fällen liegen Migration unfreiwillige Motive zugrunde, da die Migranten mit ihrem momentanen Leben aus politischen, wirtschaftlichen, religiösen oder sprachlich-kulturellen Gründen zumindest unzufrieden sind und/oder ihr Leben verbessern/verändern wollen (Münz et. al 1999).

Die Modelle von Kossolapow und Tseng führen ein zeitliches Kriterium für den phasischen Ablauf einer Migration ein. Tseng erwähnt zusätzlich eine Phase der Prämigration, die als Vorbereitung auf eine Ausreise der Migranten aus dem Heimatland betrachtet wird. Ansonsten versucht das Kossolapow-Modell nur der Aussiedlergruppe aus Rumänien, Polen und Russland gerecht zu werden, ohne Berücksichtigung der Problematik zum Beispiel der mitgenommenen Kinder der Spätaussiedler („Kofferkinder“ nach Papoulias, (Papoulias 1985)) oder Migranten anderer Nationalitäten.

Es wird in den Vier-Phasen Modellen gezeigt, dass einer initialen Orientierungslosigkeit (Phase 1 und 2 nach Hettlage-Vargas, Einstiegsphase nach Kossolapow, Initiale Phase nach Tseng) mit einer Fülle an Gefühlserlebnissen und unterschiedlichen Erfahrungen eine Phase der Auseinandersetzung mit der

stattgefundenen Migration und deren Auswirkungen auf das eigene Schicksal folgt. Im Weiteren werden Nach- und Vorteile der Migration für die Migranten über das Gelingen oder Misslingen der Migration entscheiden (Identitätsfindungsphase nach Kossolapow, Phase 4 nach Hettlage-Vargas mit einem „bikulturellen Selbstbild“, letzte Migrationsphase nach Tseng mit Integration und Vertiefung der kulturellen Anpassung).

Bisher liegen keine Untersuchungen über den möglichen Zusammenhang zwischen Migrationsphasen und der Entwicklung von Opiatabhängigkeit vor. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Untersuchung besonders auf diese Fragestellung eingegangen. Insbesondere die Frage nach einem zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Beginn einer Opiatabhängigkeit und dem möglichen Auftreten einer Integrationsverweigerung ist dabei von Interesse.

Phasenmodelle mit einer definierten Zeitachse haben zwar den Vorteil einer zeitlichen Zuordnung von Migrationsabläufen, sie haben jedoch den Nachteil, dass für die Gruppe der Opiatabhängigen keine empirische Bestätigung für ihre Gültigkeit vorliegt. Deshalb erscheint es besser, auf Modelle zurückzugreifen, welche Migrationsphasen ihrer Dauer nach offen lassen.

Charakteristisch für das Phasenmodell von Sluzki ist, die vollständige Abbildung aller Stufen des gesamten Migrationsprozesses einschließlich der Vorbereitungsphase. Sein Modell wurde in Anlehnung an die Beschreibung des allgemeinen Adaptationssyndroms von Selye (Selye 1956, 1976) entwickelt und gilt als überdimensional, da es psychologisch-physiologische und familiendynamische Besonderheiten des Anpassungssyndroms im Kontext der Migration ausführlich darstellt. Das Modell steht mit seinem spezifischen Charakter, unter Berücksichtigung aller Ansätze, einschließlich psychoanalytischer als synthetischer Entwurf für die psychologische Erklärung von Migrationsprozessen. Aber auch für die Gültigkeit dieses Modells liegen keine empirischen Daten bezüglich der Opiatabhängigkeit vor.

Für die vorliegende Untersuchung mit ihrer spezifischen Fragestellung ist neben der Frage nach der empirischen Prüfung eines jeweiligen Modells wichtig, ob ein Modell in seiner Phasenbeschreibung die frühe Phase der Migration erfasst. Die unsystematische klinische Beobachtung im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren hatte

nämlich im Vorfeld dieser Untersuchung die Vermutung nahe gelegt, dass vor allem in der frühen Migrationsphase Spätaussiedler mit Drogen in Berührung kommen und die frühe Entwicklung einer Opiatabhängigkeit in der Behandlung besonders problematisch erschien.

Die Gültigkeit von empirisch untersuchten Migrationsmodellen für die vorliegende Arbeit hängt theoretisch von den spezifischen Eigenschaften der untersuchten Stichprobe bezüglich Herkunftsland, Einwanderungsland, Alter, Opiatabhängigkeit und insbesondere vom Untersuchungszeitpunkt sowie der Übereinstimmung mit den soziokulturellen Bedingungen im Einwanderungsland zum Migrationszeitpunkt ab. Zur Vermeidung der damit verbundenen Probleme liegt es nahe, sich für ein möglichst allgemeingültiges Migrationsmodell zu entscheiden. Daraus ergibt sich ein nächster Grund für die Zugrundelegung des Modells von Sluzki.

Sluzki selbst beansprucht für sein Phasenmodell eine kulturübergreifende Validität, weil er die Auffassung vertritt, dass allgemeingültige Migrationsmodelle möglichst „kulturfrei“ sein sollten (Sluzki 2001). Dieser Ansatz kommt der vorliegenden Untersuchung ebenfalls entgegen, weil ein Modell mit überwiegender Allgemeingültigkeit verwendet werden sollte, um anwendbar zu sein, da Alternativen, welche bezüglich des Kriteriums „russlanddeutsche Spätaussiedler“ und des Kriteriums „Opiatabhängigkeit“ speziell geeignet gewesen wären und auf die wegen ihrer Spezifität vorrangig hätte zurückgegriffen werden müssen, nicht existieren.

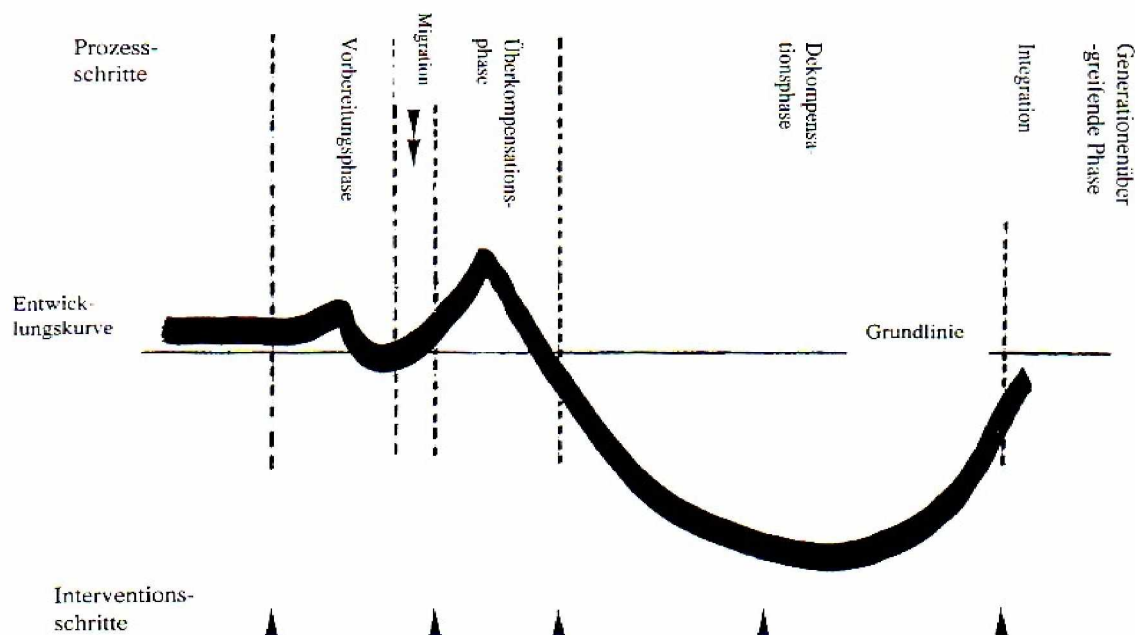
Zusammenfassend ist damit begründet, weswegen sich die vorliegende Arbeit am 5-Phasenmodell von Sluzki orientiert.

Carlos Sluzki unterteilt den allgemeinen Verlauf eines Migrationprozesses in die folgenden Stadien:

1. die Vorbereitungsphase
2. den Migrationsakt
3. die Phase der Überkompensierung
4. die Phase der Dekompensierung
5. die Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse / Integration

Jedes dieser Stadien zeichnet sich durch charakteristische Abläufe und typische familiäre Bewältigungsmuster aus. Sie lösen typische Konfliktsituationen mit entsprechenden Symptomkomplexen unter Stressbelastung aus. Die folgende Grafik bildet das Ausmaß der Stressbewältigung in Abhängigkeit von der jeweiligen Migrationsphase ab (Sluzki 2001)

Grafik 1



Diese Phasen werden im Folgenden charakterisiert und die damit verbundenen Probleme für die russischen Spätaussiedler beschrieben.

3.2 Die Vorbereitungsphase

Migration ist das Auswandern aus einem Bezugssystem mit seiner gesamten Kultur des Fühlens, Denkens und Handelns in ein anderes Bezugssystem mit den ihm eigenen Merkmalen, der Übergang von einer kulturell prägenden Matrix in eine andere (Macek 2002). Die Migration ist eine „Wanderschaft ohne sichere Rückkehr oder gewisse Ankunft“ (Chambers 1996). Im Verlauf des Vorbereitungsstadiums gibt es erste „Höhen“ und „Tiefen“, die sich in kurzen freudigen Euphorien einerseits, aber auch in kurzen Perioden von Angst, Enttäuschung oder Überlastung äußern können.

Migrationsprozesse werden von den Betroffenen sowohl negativ konnotiert (etwa „um politischer Unterdrückung zu entkommen“) als auch positiv („um ein besseres Leben zu finden“). „Ein besseres Leben finden“ kann durchaus beinhalten, „einer schlechten Lebenssituation entkommen“ zu wollen. Die Bevorzugung positiver oder negativer Gründe für die Migration beleuchtet die individuellen Bewältigungsstile von Migranten, einschließlich der Regeln, nach denen Rollen eingenommen und gelebt werden.

In jenen Fällen, in denen Migration positiv bewertet war und die Erwartungen übertroffen wurden, wird dem Verlust von Zurückgelassenem nicht nachgetrauert. Jede Traurigkeit bei einem Familienmitglied würde sofort als pathologisch oder als „Zeichen bösen Willens“ ausgelegt werden müssen. Das geschieht, wenn die dafür „verantwortlichen“ Familienmitglieder von den übrigen zu Sündenböcken gemacht werden, und jene dann nicht nur als Personen einen Außenseiterstatus erhalten, sondern auch die schmerzhaft Auseinandersetzung mit dem Abschiednehmen gleichzeitig isoliert und abgespalten wird (Sluzki 2001). Demnach gibt es innerhalb einer Familie Mitglieder, für die sich die positive Konnotation der Migration bewahrheitet und andere, welche die Migration für sich selbst nicht positiv bewerten können. Dabei handelt es sich um die große Gruppe jugendlicher Spätaussiedler.

Die positive Konnotation ihrer Eltern können sie nicht teilen. Sie leiden an den Abschiedsschmerzen und an der Beziehungslosigkeit in der neuen Umgebung. Die meisten dieser Kinder wurden in die Entscheidung zur Migration nicht einbezogen und konnten sich an ihrer Vorbereitung emotional nicht beteiligen.

Diese Kinder und Jugendlichen bilden bezüglich der Konsumbereitschaft für Drogen eine besondere Risikogruppe. In der Vorbereitungsphase erfolgt bereits eine innere Auswanderung aus der Familie, ihren Normen, Sichtweisen, ihrem Fühlen und Denken, ihren Fantasien und Ritualen des Zusammenlebens. Sie verfügen stattdessen aber nicht über eigene, entwickelte Formen der Selbstrepräsentanz. Ihr bisheriges Leben endet schon vor dem Migrationsakt in Entwurzelung und Isolation. Ihre Sozialisation trägt in der bevorstehenden Phase des Umbruchs nicht mehr. Sie emigrieren dann in eine für sie neue Welt mit einem für sie neuen Orientierungssystem ohne dass sie selbst eine eigene Orientierung besitzen (Macek 2002).

Die Idee, nach Deutschland auszureisen, hat in vielen Russlanddeutschen eine lange Tradition. Oft haben schon die Großeltern in den 50-er Jahren davon gesprochen, in die Heimat zurückzukehren (Graudenz 1996). Bei der Analyse der Auswanderungsmotive, besonders in den letzten Jahren, zeigt sich, dass die ideellen, nationalen sowie das Motiv der Unterdrückung im Herkunftsland nicht mehr primär sind (Heidelbrecht 1998). Ökonomische Motive, der Wunsch nach einem Leben in einem gesetzlich geschützten Raum spielen immer mehr eine entscheidende Rolle (Heidelbrecht 1998, Thieme 2001).

Überdies entstand auch eine Sogwirkung durch die Ausgewanderten. „Alle sind ausgereist, wir tun´s auch“ (Heidelbrecht 1998). In diesem Sog ist die eigene Motivation nachrangig und oft nicht mehr klar erkennbar (Graudenz 1996). Durch den Prozess der Kettenmigration verändert sich auch die soziale Zusammensetzung des Migrantenstroms. Am Anfang der Migration stehen Menschen, die über besonders gute Voraussetzungen für die Auswanderung verfügen und eine besonders hohe Motivation mitbringen (Thränhardt 2000). Wenn dann der Migrationweg gebahnt ist, folgen diejenigen Migranten mit ungünstigeren motivationalen Voraussetzungen.

Schließlich entwickelten die zurückgebliebenen Russlanddeutschen die Angst, die Einreisemöglichkeit aufgrund der inzwischen verschärften Aufnahmekriterien des Einwanderungslandes zu verlieren.

Jene, die bereits im Auswanderungsland ihre „Auswanderung“ aus der Familie vorbereiten und bereits Drogen konsumieren, besitzen eine hohe Bereitschaft für das Verlassen der Familie mit ihrem Orientierungssystem und haben einen hohen Drang zur Entdeckung der neuen Welt der Erkenntnis und des Erlebens der Drogenkultur oder Subkultur im Einwanderungsland (vgl. Macek 2002).

3.3 Der Migrationsakt

Mit dem Aufnahmebescheid dürfen die Spätaussiedler in eines der Grenzdurchgangslager (Friedland, Osnabrück, Drause usw.) kommen. Dort durchlaufen sie die notwendigen Formalitäten, die durchschnittlich zehn Tage dauern. Es können Kleider erhalten werden und medizinische Untersuchungen werden durchgeführt.

Von dort werden die Spätaussiedler in die Landkreise verteilt, wo sie gemäß dem Wohnortzuweisungsgesetz (Wohnort) und dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG) zwei Jahre lang zu verbleiben haben (Thieme 2001, Heidelbrecht 1998).

Möglichst in Absprache mit den jeweiligen Aussiedlern wird diesen ein Bundesland zugewiesen, in welchem, wenn sie nicht den Wegfall der Förderungen in Kauf nehmen wollen, sie sich anzusiedeln haben (Welt 2000). Das geschieht, um eine gleichmäßigere Belastung der Länder zu erreichen und um weitere Ballungen zu vermeiden (Thiele 2001).

Die meisten Spätaussiedler kommen zu „günstigen Mietpreisen“ in Übergangswohnheime (angemietete Hotels, notdürftig eingerichtete ehemalige Schulen, Kasernen etc.), wo ihnen pro Person vier Quadratmeter Wohnfläche zustehen. Die Aussiedler nennen sie deshalb „Lager“. Wenn eine Familie sich ein Zimmer teilen muss, fehlt es an den nötigen Rückzugsmöglichkeiten, um zu lernen (Sprachkurse) und sich zu orientieren. Die Privatsphäre leidet unter den sehr beengten Lebensverhältnissen. In diesen Sammelunterkünften sind sie zu einer weitgehend fremdbestimmten, unselbständigen Lebensweise für zwei bis drei Jahre, nicht selten auch länger, verurteilt.

Die „provisorischen“ Unterkünfte mit gemeinsamen Küchen und Sanitärbereich liegen meisten abgelegen und bewirken somit eine ghettoisierte Absonderung von der hiesigen Bevölkerung. Diese Bedingungen sind völlig ungeeignet, den Eingliederungsprozess zu fördern, sie erzeugen Frustration und Aggression. In diesen „Ghettos“ besteht keine Notwendigkeit, Deutsch zu sprechen, denn mit der „neuen“ Sprache kann nichts bewirkt werden, und somit kann sie ihre sozialisierende und integrative Funktion nicht erfüllen (Heidelbrecht 1998). Nach Ablauf der Sechsmonatsfrist (Dauer des Sprachkurses) sind die Spätaussiedler auf Sozialhilfe angewiesen.

Ablauf und Stil des Migrationsaktes können beträchtlich variieren. Es gibt Familien, die alle Brücken abbrechen und ihre Migration als etwas Endgültiges und Unwiderrufliches erleben. Es gibt andere, die sich jahrelang versichern, dass sie „nur für eine gewisse Zeit“ migrieren und dann zurückkehren. Einige Familien kommen legal und haben damit Zugang zu den offiziellen Institutionen des Gastlandes, während andere illegal kommen, was Misstrauen auf beiden Seiten zur Folge hat

(Sluzki 2001). Obwohl die Entscheidung zur Migration eher vom Einzelnen getroffen wird, vollzieht sich der Migrationsakt meistens in Gruppen. Die Migrationsgruppe bildet ein Wir-Gefühl mit den anderen Migranten. Zugehörigkeitsgefühl und eine eigene Subkultur entstehen: Die Gruppe bleibt zusammen, weil sie Riskantes gemeinsam überleben will (vgl. Macek 2002).

Die russlanddeutschen Migranten sprechen bei ihrer Einreise kaum deutsch, sondern russisch. Das bedeutet, dass sie russisch denken, fühlen und träumen. Renate Baum (1999) kommt aufgrund ihrer Befragung von 89 Russlanddeutschen zwischen 1993 und 1997 zu dem Schluss, dass das erste und größte Hindernis für ein rasches Einleben im Einwanderungsland die Sprache ist. Nach eigenen Aufgaben sind ihre Sprachkenntnisse nicht ausreichend, obwohl immerhin 57% in der Schule Deutsch gelernt haben. Zu Hause wurde allerdings in den meisten Fällen (68%) nicht Deutsch gesprochen. Das Verständnis der deutschen Sprache wird mit „ein wenig“ von 62% der Befragten beantwortet und von 26% mit „fast gar nicht“. Ähnlich ist das Resultat für die aktiven Fertigkeiten: 58% meinen, sie sprechen „ein wenig“ Deutsch und 37% geben zu, sich „fast gar nicht“ auf Deutsch ausdrücken zu können. Das Lesen deutscher Texte scheint etwas weniger Probleme zu bereiten: 34% kommen mit geschriebenem Deutsch „gut“, und 61% nach eigenen Angaben „ein wenig“ zurecht.

Am Anfang können sich die Spätaussiedler nur auf Russisch ausdrücken. Der Gebrauch der russischen Sprache wird ihnen aber als etwas Negatives angelastet. Sie gelten als „integrationsunwillig“. Diese Wahrnehmung und die eigene Unsicherheit in der fremden Umgebung bewirken, dass sich vor allem die Jugendlichen auf ihre eigene Bezugsgruppe zurückziehen, also der Gettoisierung Vorschub leisten und damit wiederum Vorbehalte bestätigen.

Dies hat weit reichende Konsequenzen für ihr Selbstwertgefühl und ihre Entwicklung von Sprache und Denken. Sprache und Identitätsbildung gehören zusammen, und vor der Notwendigkeit einer Erweiterung und Veränderung ihrer bisherigen Identität stehen sie alle. Nach wie vor wird der Gebrauch der russischen Sprache durch die jungen Aussiedler als „identitätsstiftende Gewohnheit“, die „im Interesse der normalen psychischen Entwicklung des Kindes“ liegt, bezeichnet (Rakhkockine 1997)

Die Slawistin Felicja Maria Slawatycka (1991) führt aus: „Die Sprache, durch die sie an gesellschaftlich bedingte Situationen gebunden waren, vermittelte ihnen durch Informationen, die bereits von anderen Individuen verarbeitet und geordnet worden sind, ihren unmittelbaren Handlungs- und Erfahrungsbereich im Herkunftsland.“ Und weiter: „Wird die Sprache des Herkunftslands nicht anerkannt und verdrängt, dann sind auch die damit internalisierten gesellschaftlichen Haltungen, Rollenvarietäten und Habitualitäten der geschichtlich entwickelten Kultur als nichtig erklärt.“ In dieser schwierigen Phase bieten die Eltern der Kinder wenig Halt, da sie aufgrund eigener Rollenkonflikte verunsichert und können die Kinder auch wegen ihrer eigenen Informations- und Sprachdefizite kaum fördern.

Nach Rakhkockine (1997) befinden sich die Kinder der Aussiedler in einer ungünstigen Situation. Der Wortschatz der Muttersprache bleibt auf dem vorher erreichten Niveau und nimmt sogar ab, während der deutsche Wortschatz intensiv gelernt wird, aber nach zwei Jahren das Niveau der Muttersprache nicht erreicht. Die Jugendlichen entwickeln ihre Muttersprache nicht weiter. Das Erlernen der deutschen Sprache wird durch diese Stagnation in der Folge zusätzlich erschwert.

Aber es sind nicht nur mangelnde Sprachkenntnisse und die damit verbundenen Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt, die der Integration im Wege stehen. Die Unterschiede zwischen ihrer traditionellen Sozialisation und ihren Wertprägungen und den Lebensgewohnheiten des Einwanderungslandes begründen tief reichende Konflikte, insbesondere bei der jungen Generation von Spätaussiedlern.

Das Bild von Frau und Mann ist weit mehr traditionellen Vorstellungen verhaftet als dies in Deutschland der Fall ist. Männern und Frauen werden geschlechtsspezifische Eigenschaften, Verhaltensweisen und Kompetenzen zugeordnet. Die Frau soll vor allem warmherzig und attraktiv sein. Ihre Hauptaufgabe wird in der Kindererziehung und in der Sorge um den häuslichen Bereich gesehen. Gewünschte Qualitäten des Mannes sind Güte und Klugheit (letztere eine Eigenschaft, die für Frauen als nicht so bedeutsam angesehen wird); an ihm ist es, den Unterhalt der Familie zu sichern und die anfallenden schweren Arbeiten in Haus und Hof zu erledigen (vgl. Baum 1999).

Werte wie Fleiß, Tüchtigkeit, Sauberkeit, Ordnung und Disziplin, haben eine weitaus zentralere Bedeutung im Leben der Aussiedler als im Alltag der deutschen

Gesellschaft. Diese Werte wurden im Herkunftsland oft in Abgrenzung zu anderen Nationalitäten besonders betont. Im Zuzugsland müssen die Russlanddeutschen erkennen, dass die Werte, die sie hochhalten, hier an Bedeutung verloren haben. Diese Feststellung zieht Irritation und Verunsicherung nach sich. Ein Teil der Aussiedler verteidigt deshalb das Althergebrachte und Mitgebrachte umso heftiger. Andere, vor allem Jüngere, stellen die Ansichten der Elterngeneration zwar in Frage, aber nur zögernd wagen sie, entsprechend den neuen Gegebenheiten zu leben, denn das würde den Bruch mit den Eltern zur Folge haben (vgl. Baum 1999).

Im Zuge dieser Orientierungslosigkeit stellt sich leicht ein Gefühl der Minderwertigkeit ein, das – verstärkt durch Arbeitslosigkeit und Ausgrenzung aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse – schwerwiegende Folgen haben kann: Man identifiziert sich mit den Überzeugungen des rechten politischen Parteienspektrums, wo eine andere Ausländerpolitik propagiert wird.

In der Umgebung der neuen Heimat, in der nicht nur die Menschen, sondern auch die Umgangsformen, der Ablauf des Alltags, die Vorstellungen, Ziele und Werte fremd sind, bildet sich verstärkt die Neigung heraus, „zusammenzurücken“, das gewohnte Leben weiterzuführen und auf den eigenen Werten zu beharren. Zusätzlich erschwert wird die Anpassung an das Leben in Deutschland durch die Unterbringung der Aussiedler in Wohnheimen und Wohnkomplexen. Im Milieu der gemeinsam gesprochenen russischen Sprache, vertrauter Verhaltensweisen und gemeinsam gepflegter Traditionen und Wertevorstellungen werden Abgrenzung und Desintegration gefördert.

Ähnliches geschieht mit den Drogenkonsumenten, die nach der Auswanderung aus den Familien auswandern. Sie vollziehen eine doppelte Migration. Sie beginnen „diese Wanderschaft ohne sichere Rückkehr oder gewisse Ankunft“ mit anderen zusammen, um der Einsamkeit zu entgehen. Es entstehen ein starkes Wir-Gefühl und eigene Verhaltensstrukturen. Sie erfinden und vollziehen in der Peer-Group Rituale des Zusammenseins; die den transitorischen Ritualen von der Adoleszenz zum Erwachsenwerden gleichen. Familie und Gesellschaft haben hierfür keine brauchbaren Rituale mehr anzubieten (Macek 2002).

3.4 Phase der Überkompensation

Nach anstrengenden Bemühungen, in die BRD zu kommen, wollen sich die Migranten das Ausmaß der Belastung nicht zugestehen. Einerseits aus Angst, von der hiesigen Gesellschaft abgelehnt zu werden, andererseits könnte die irreversible Entscheidung der Migration in Frage gestellt werden (Masumbuku 1994). In dieser Phase versucht der Migrant die Trauer über den Verlust der zurückgelassenen Heimat und allem was damit verbunden ist zu verdrängen (Macek 2002). Die Integration wird ihm als Aufgabe der Heimatkultur dargestellt, die Mehrheitskultur definiert Deutsch als positiv. Von den Migranten wird eine hohe Anpassungsfähigkeit in der fremden Gesellschaft gefordert, welche sie mit dem Gefühl, dass ihnen alles gelingt und sie alles bewältigen werden, euphorisch meistern wollen. Dadurch verändern sich die Rollenverhältnisse in der Familie, wobei Konflikte für diese Zeit zunächst in den Hintergrund treten. Getrieben und fasziniert vom Neuen stürzt sich der Migrant ins neue Leben und verkennt dabei die Risiken. Dies gilt auch für die neu entdeckte Welt der Drogen: Die Szene mit ihrer eigenen Kultur, ihrer eigenen Sprache und ihrer anderen Welt des Empfindens ergreift die jungen Migranten und versetzt sie in einen Zustand, in dem die gegebene Realität nicht mehr kritisch wahrgenommen wird und Gefahren verkannt werden (Macek 2002).

3.5 Phase der Dekompensation

Viele Familienregeln und -werte, die sich in der Heimat bewährt haben, können sich in einem neuen Land als weniger hilfreich herausstellen. Damit eine Familie aber ihre Regeln und Stile ändern kann, muss sie sich als Gruppe erst einmal auf schwierige und komplexe Regeln über das Ändern von Regeln einigen.

Die Beziehung zwischen Eltern und Kindern ist von der Autorität der älteren Generation bestimmt, die nicht in Frage gestellt werden darf. Oft entscheiden die Eltern über den Beruf und den Ehepartner der erwachsenen Kinder oder beanspruchen zumindest ein Mitspracherecht. Die in den Augen der Befragten viel zu freizügige Erziehung deutscher Kinder wird abgelehnt und verurteilt. In einzelnen Fällen wurden die frühe Selbständigkeit und das größere Selbstbewusstsein der deutschen Jugendlichen sogar als negativer Wert eingestuft (Baum 1999).

Die Mehrheit der Aussiedler hat fest gefügte Vorstellungen vom Ausland und dessen Moral. Das Leben in nicht gesetzlich legitimierten Partnerschaften wird mehrheitlich abgelehnt, an der Kleidung und an den allgemeinen Umgangsformen der Deutschen nimmt man Ausstoß. Auf Unverständnis und Ablehnung stößt der freie Umgang der Geschlechter miteinander, die „ungeheuerere“ Art, Sexualität zu praktizieren und darüber zu sprechen. Zwei Drittel der befragten Spätaussiedler geben zu, in ihren Familien diesen Lebensbereich überhaupt nicht zu thematisieren. Unbehagen ruft die Vorstellung hervor, die eigenen Kinder könnten die „lockere Moral“ der Deutschen übernehmen. In diesem Fall würde ein großer Teil der Probanden seine Autorität geltend machen und versuchen, die Kinder wieder zu den eigenen Werten zurückzuführen (Baum 1999).

Diese Veränderungen wirken auf familiäre Bewältigungsmechanismen und beeinträchtigen im Kontext einer fremden Kultur die Familien kumulativ. Sie zeigen sich oft erst nach Monaten oder gar Jahren an neuen Rollenverteilungen und Verhaltensnormen. Familiäre Strukturen werden in dieser Phase erschüttert. Die Probleme können bis zum Zusammenbruch der Anpassungsfähigkeit führen. Die Unmöglichkeit zum Ändern von Regeln (Sluzki 2001) verursacht ein offenes Ausleben der Konflikte. Ein meist männliches Familienmitglied konzentriert sich auf (gegenwarts- oder zukunftsorientierte) instrumentelle Aktivitäten in Bezug auf die Anforderungen der aktuellen Umwelt. Ein anderes, meist weibliches Familienmitglied konzentriert sich auf gegenwarts- oder vergangenheitsorientierte affektive Aktivitäten, die in Verbindung mit der vergangenen Umwelt stehen. Eine solche Rollenaufteilung, die anfänglich hilfreich sein kann, leitet aber dann eine destruktive Entwicklung ein, wenn sie rigide beibehalten wird (vgl. Sluzki 2001).

In dieser Zeitperiode nimmt der Migrant Marginalisierung, eine offene oder unterschwellige Diskriminierung oder ethnische Bedrohungen als ständiges Gefühl, abgelehnt zu werden wahr. So entsteht eine neue Bewertung seiner Situation. Die Lebensumstände im Einwanderungsland werden abgelehnt, während die frühere Lebenssituation im Auswanderungsland idealisiert wird.

Drogen konsumierende Migranten verlieren in dieser Phase oft ihren Arbeitsplatz oder ihre Wohnung. Sie werden innerhalb und außerhalb ihrer Familien ausgegrenzt,

marginalisiert und diskriminiert; die Justiz greift ein, oft folgt erstmals die Inhaftierung. Die Eroberungsträume gehen verloren. Die Migranten werden endgültig heimatlos und fühlen sich verlassen (Macek 2002).

3.6 Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse / Phase der Integration

Grundlage und Bedingung für Integration ist, dass der Migrant einen Platz innerhalb der neuen Gesellschaft findet; d.h. eine soziale Stellung und mindestens den beruflichen Status erringt, den er ihn im Herkunftsland hätte erreichen können. Eine gelungene Integration schwächt die Ambivalenz ab, in welcher der Migrant immer bleiben wird. Die Spannung zwischen der Frage seiner Zugehörigkeit im Einwanderungsland und der Loyalität gegenüber seiner Vergangenheit im Auswanderungsland bleibt aktuell. Gelingt es dem Migranten von beiden Kulturen und Ländern in seine Biographie zu integrieren, was er für seine individuelle Entwicklung benötigt, gelingt ihm die Überwindung des Loyalitätskonfliktes. In seinem migratorischen Erwachsensein integriert er beide Kulturen und formt durch einen Prozess der Synthese seine neue kulturelle Identität (Grinberg und Grinberg, 1993).

Dieser Prozess der Emanzipation im Einwanderungsland gestaltet sich bei drogenabhängigen Migranten besonders schwierig, weil bei ihnen eine grundlegende Ambivalenz zu den Normen und zur Lebensformen der eigenen Familie und den Lebensgewohnheiten des Einwanderungslandes besteht. Das Gefühl der Heimatlosigkeit bleibt so länger bestehen, bis er eigene Wurzeln geschlagen hat, in einer Partnerschaft, in einer eigenen Familie, im Beruf und in der Entwicklung eigener Normen und Perspektiven (vgl. Macek 2002).

Eine stabile Integration erweist sich in der Fähigkeit, die Marginalisierung, Diskriminierung, das Misstrauen und das Unverständnis der Gesellschaft im neuen Land ertragen zu können. Die Erfahrungen von Abhängigkeit bleiben, die Chance besteht allein darin, diese Erfahrungen zu integrieren (Macek 2002).

3.7 Zur Drogensituation in der Russischen Föderation

Die Anzahl der Opiatabhängigen stieg in der Russischen Föderation von 1991 bis 2002 um das 11-fache an (Koschkina et al. 2003). Der jährliche Zuwachs in den 90er Jahren an neu registrierten Opiatabhängigen betrug 30%. Im Jahre 2000 ging der Zuwachs auf 28%, 2001 auf 18% und 2002 auf 1,8% zurück. Zum Ende 2002 waren 323.000 (225,3/100.000) ambulante Drogenpatienten, welche die Abhängigkeitskriterien erfüllen, offiziell registriert. Noch 126.000 (87,7/100.000) betrieben schädlichen Drogenmissbrauch, sodass von 449.000 Personen, die Drogen missbrauchen, ausgegangen wird. In den Jahren von 1991-2002 wurde eine 14-fache Erhöhung der Prävalenz der Drogenabhängigkeit (einschließlich Opiate) unter Frauen beobachtet.

Der jährliche Zuwachs in dieser Gruppe betrug im Jahre 2000 34%, 2001 21% und 2002 2%. Bei der Gruppe der Jugendlichen wurde eine 11,7-fache Erhöhung der Drogenabhängigkeit zwischen 1991 und 2001 registriert. Die Prävalenz lag in diesen Jahren bei 124/100.000 und ging 2002 auf 53,9/100.000 zurück.

Auffallend waren zwei Altersgruppen der Drogenabhängigen: Jugendliche zwischen 18-19 Jahren und Erwachsene im Alter zwischen 20-39 Jahren. Hier betrug die Prävalenz 1% aller Männer in diesen Altersgruppen. Ca. 90% aller Drogenabhängigen waren opiatabhängig, ca. 4% missbrauchten Cannabis, 3-4% konsumierten andere psychotrope Substanzen, waren jedoch nicht psychisch oder körperlich abhängig.

3.8 Entwicklung der Drogenproblematik bei Spätaussiedlern in Deutschland

Laut dem Drogen- und Suchtbericht vom Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2000) werden erhebliche Drogenprobleme bei russisch sprechenden, insbesondere jugendlichen Spätaussiedlern aus den Ländern der ehemaligen UdSSR festgestellt.

Untersuchungen an suchtkranken Spätaussiedlern werden seit Beginn der 90-iger Jahre durchgeführt. Im Folgenden wird die Literatur im Überblick dargestellt:

Eine Reihe von Autoren berichtet über eine deutliche Zunahme der opiatabhängigen Aussiedler in den Drogenberatungsstellen seit Anfang der 90er Jahren (Macek 1994, Brinkmann 1995, Preiser und Schlachter 1998, Treder 1996, Knillmann 1999). Die Migrantendienste (Böhringer, Weiser 1997) schätzten ca. 15% ihrer Klientel ohne genau darauf einzugehen als suchtkrank ein. Akbiyik (Akbiyik 1991) eröffnet diesbezüglich eine Diskussion über migranten spezifische Belastungsfaktoren wie objektive Benachteiligung und Diskriminierung, schlechte Deutschkenntnisse und kaum vorhandene Kontakte zur deutschen Umwelt. Schmidt (Schmidt 1998) stellt bei jungen männlichen Spätaussiedlern einen Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Reaktion auf Perspektivlosigkeit und Misserfolgerlebnisse her.

Bätz (Bätz 1998) stellt in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie Warstein in den Jahren 1989 bis 1997 eine deutliche Zunahme der stationär aufgenommenen opiatabhängigen Spätaussiedler fest. Sie machten 1/3 aller stationär behandelten Migranten aus. Er führt eine Analyse in der Zeit von 1988 bis 1999 von 554 stationären Akutbehandlungen auf der Drogenentzugstation durch. Die Verteilung der opiatabhängigen Spätaussiedler war durch die kasachische Population überrepräsentiert. Erklärend zitiert Bätz Afanasiev (Afanasiev 1997) mit der Aussage, dass in den asiatischen Republiken illegale Drogen leichter als in den anderen Ländern der Ex-UdSSR zu erhalten seien. Im Weiteren stellt Bätz folgende Besonderheiten der opiatabhängigen Spätaussiedler fest: Die meisten Patienten waren 22,6 Jahre alt, die Hälfte war jünger als 21,5 Jahre, der Beginn des Opiatkonsums bei 19,6 Jahren; in der deutschen Vergleichsgruppe lag der Beginn des Opiatkonsums mit 20,4 Jahren signifikant später. Die Spätaussiedler konnten in ihren patriarchalischen Familien keine selbständigen Entscheidungen treffen und sprachen sehr schlecht Deutsch. Sie verkehrten oft in Gruppen, welche überwiegend oder ausschließlich aus Aussiedlern bestand, so dass der gemeinsame Drogenkonsum eine gemeinschaftsstiftende Bedeutung gehabt habe.

Die Folge dieses Konsumrituals war eine hohe Durchseuchung dieser Gruppe mit Virushepatitis A, B und C. Die Aussiedler hatten im Durchschnitt 2,06 dieser 3 Virushepatitiden pro Person. Bei der deutschen Vergleichsgruppe lag die Durchseuchung bei 1,85.

Während „einheimische“ Abhängige in der Regel erst nach sechs Jahren die Befundkonstellation chronische Hepatitis C und Zustand nach Hepatitis C aufwiesen, findet man sie bei Migranten schon nach zwei bis drei Jahren (Schwichtenberg und Weig, 1999). Der Anteil HCV–Infizierter in verschiedenen Gruppen von Inhaftierten einer Jugendstrafanstalt in Bayern betrug 1998/99 bei Aussiedlerdeutschen 52,4%, während er insgesamt unter aller Inhaftierten bei 12% lag (Robert-Koch-Institut 2001).

Die opiatabhängigen Aussiedler nahmen weniger als drei Jahre illegale Drogen im Vergleich zu 9 Jahren bei den deutschen Opiatabhängigen (Bätz 1998). Beim Einstiegsmuster der Aussiedler wurde eine „steile“ Abhängigkeitskarriere mit frühzeitigem Beginn von Opiaten festgestellt. Dies bestätigt auch Hagenbrock (Hagenbrock et al. 1999).

Schwichtenberg und Weig (Schwichtenberg et al. 1999) erarbeiteten im NLKH Osnabrück empirische Daten zur Entgiftungsbehandlung von illegalen Drogen bei abhängigen Spätaussiedlern. Sie stellten seit 3-4 Jahren eine deutliche Zunahme an stationären Behandlungen dieser Patientengruppe fest, die im Jahre 1999 20% aller Aufnahmen im Suchtbereich ausmachte.

Weiter schreibt Bätz (Bätz 1998), dass die untersuchten Spätaussiedler unter dem massiven Druck der Eltern wenig motiviert für die Entzugsbehandlung waren und häufig zuvor durch Eltern initiiert „Heilversuche“ bei Wunderheilern unternommen hatten. Nur wenige Jugendliche kamen über eine Drogenberatungsstelle, weil diese von den Patienten als eine mit der Polizei in Verbindung stehende Behörde angesehen worden war. Auf der Station bildeten die Spätaussiedler „ihre Gruppe“, hielten zusammen, eine individuelle Therapie war erheblich erschwert. Es fiel eine erhöhte Abbruchrate bei der Gruppe der Spätaussiedler auf. Eine Langzeitentwöhnung wurde von Spätaussiedlern zum größten Teil abgelehnt. Außerdem berichten Bätz (Bätz 1998) und Heidebrecht (Heidebrecht 1998) über die Vorstellungen der Spätaussiedler bezüglich eine „Drogentherapie“, die durch „Blutwäsche“ und „Codierung“ geprägt war. Die Therapie sollte möglichst ohne Eigenbeteiligung erfolgen, dem Arzt wurde die entscheidende Rolle zugewiesen, die Betroffenen wollten lediglich die „Betthüter“(Schwichtenberg, Weig 1999) bleiben.

Boos-Nünning (Boos-Nünning 2002) stellt fest, dass nur 37 Einrichtungen aus 1 300 Suchteinrichtungen migrantenspezifische Suchtbehandlung anbieten können.

In der Pilotstudie zur Heroinabhängigkeit junger Spätaussiedler von Füchtner, Bartmann und Zöller (Füchtner et al. 2003) wurden 12 Aussiedler im Alter von 21 bis 27 Jahren aus der ehemaligen UdSSR interviewt, die sich in einer Fachklinik zur Behandlung der Opiatabhängigkeit befanden. Die Untersuchten kamen in Deutschland im Alter von 18,7 Jahren in Kontakt mit Heroin. Die Interviewergebnisse zeigten, dass die Integration dieser Gruppe in Deutschland weitgehend fehlgeschlagen war und die Jugendlichen mit ihren Familien sozial abstiegen. Der Lebensstandard wurde als niedrig eingeschätzt, höhere Schulabschlüsse wurden von den Probanden nicht erreicht. Bemerkenswert waren vor der Ausreise nach Deutschland aufgetretene Ängsten, Einsamkeit und der befürchtete Verlust von Freunden und Verwandten.

Nach der Datenlage des Bundesgesundheitsministerium konsumierten 20% der Spätaussiedler Opiate bereits im Herkunftsland (BMG 2005).

Strobel und Kühnel (Strobel et al. 2000) beschreiben die deutlich geringere Konsumprävalenz der Spätaussiedler bezüglich Cannabis, Ecstasy, LSD und anderen synthetischen Drogen.

Dill und Frick (Dill et al. 2002) haben in ihrer Münchner Untersuchung gesehen, dass sich Spätaussiedler, wenn sie nicht frühzeitig opiatabhängig wurden, bezüglich des Risikoverhaltens wie Rauchen, Konsum von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen, wie auch bei Essstörungen, Gewaltbereitschaft, Medienkonsum und Delinquenz den Verhaltensweisen mit der Dauer des Aufenthaltes denen der deutschen Jugendlichen angleichen.

Giest-Warsewa (Giest-Warsewa 1998) stellte die Daten des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen vor, nach denen die jungen Spätaussiedler aus der Ex-UdSSR im Drogenhandel im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung überrepräsentiert sind.

Delikte im Zusammenhang mit illegalen Drogen unter jungen Spätaussiedlern zwischen vierzehn und einundzwanzig Jahren sind nach Pfeiffer (Pfeiffer, Wetzels 1998) 1996/1997 stark angestiegen.

In den Statistiken der Osnabrücker Polizei von 1999 waren 20% der Drogenstraftäter Spätaussiedler und die Anzahl der Beschaffungsdelikte wurde in fast der Hälfte aller Fälle von Spätaussiedlern verübt.

Salman (Salman 1999) legte die Daten seiner Untersuchung aus Hannover vor, wonach ein 10% Anteil von Spätaussiedlern aus GUS-Staaten 20% der Opiatabhängigen in Hannover ausmachte.

Salman (Salman 1998, 1999) stellte durch offizielle Polizeidaten fest, dass der Anteil von Drogenkonsumenten ausländischer Herkunft in den Großstädten bei ca. zwanzig Prozent lag.

Ausgehend von Prävalenzschätzungen für die Bevölkerung der BRD wäre eine Zahl von ca. 9.000 Opiatabhängigen Spätaussiedlern in Deutschland zu rechnen, wenn die Prävalenz für Deutsche und Spätaussiedler gleich wäre. Tatsächlich aber liegen diese Schätzzahlen gegenüber der aus der generellen Prävalenzschätzung abzuleitenden Erwartung etwa um das drei- bis vierfache höher (Czycholl 2002, 2003, Salman 1999).

In der Literatur werden verschiedene Bedingungen (vgl. Boos-Nünning 2000, 2002, Cerci 2001) zur Erklärung des Drogengebrauchs und der Entwicklung einer Drogenabhängigkeit bei ausländischen Jugendlichen diskutiert: Kulturkonflikt, Wegfall protektiver Faktoren und die Marginalisierung als Ursache für abweichendes Verhalten.

Mit dem Wechsel aus dem alten traditionellen und der Hinwendung zum neuen kulturellen Raum gehen Bewusstheit und Verfügbarkeit von szenischen Phantasien und Rollenidentifikation verloren. Aufgrund der Sprachschwierigkeiten reichen Vorstellungen und Phantasien nicht aus, um die neue Situationen zu benennen und zu bewältigen, Emotionalität findet keinen Ausdruck (vgl. Kulinski 1998).

Zum Kulturkonflikt beschreiben Berry et al. (Berry et al. 1996, 2002) den akulturativen Stress, der in fünf Lebensbereichen eine notwendige Veränderungserfahrung auslöst: 1. psychisch belastende soziale Gegebenheiten (Änderung in der angetroffenen Populationsdichte oder Wohnform), 2. Biologie (veränderte Ernährung, etc.), 3. Kultur (politische, soziale oder ökonomische Veränderungen), 4. soziale Beziehungen (z.B. neue Gruppenzugehörigkeiten und soziale Kontakte), 5. psychologische Veränderungen (neue Verhaltensmuster etc.). Das Leben zwischen zwei Kulturen kann zur Identitätskrise bzw. einem Dilemma führen, woraus ein „kultureller Kollaps“ hervorgehen kann. Der Kontakt zu zwei Kulturen (Herkunfts- und Aufnahmekultur) endet dann in der Ablehnung beider, führt zu negativen psychosozialen Folgen und zur möglichen Drogenabhängigkeit.

Zum „Kulturschock“ mit nachfolgender Identitätsdiffusion trägt zusätzlich das Bezeichnen der Russlanddeutschen in Deutschland als „Russen“ bei, obwohl sie im Herkunftsland „Deutsche“ waren (vgl. Czycholl 1996).

In der Literatur werden daneben auch protektive Faktoren genannt wie z.B. geringer familiärer Drogenkonsum und hohe psychosoziale Kompetenzen sowie Religiosität und Konventionalität. Farke geht davon aus, dass hierfür moralisch-asketische Wertmassstäbe, sowie eine enge Bindung an soziale Institutionen mit sozialer Kontrolle ursächlich sind (Farke 1999).

Langfristig spielen psychosoziale Faktoren eine entscheidende Rolle, welche die Zuwanderer im Aufnahmeland vorfinden. Bei Jugendlichen verstärken fehlende soziale Anerkennung, Nichtakzeptanz, Sprachprobleme, schlechte Ausbildung, berufliche Perspektivlosigkeit und in der Pubertät Identitäts- und Rollenfindung, Aneignung des eigenen Geschlechts und Ablösung vom Elternhaus das Problemverhalten (Welt 2002).

Die Drogenabhängigkeit bei den Spätaussiedlern spiegelt die Komplexität und Multifaktorialität der Problematik wieder. Meistens handelt es sich um das Zusammenwirken mehrerer Faktoren im Sinne einer multifaktoriellen Entwicklung der Opiatabhängigkeit. Marginalisierung (schlechte Schulbildung, Sprache, Wohnraum, Arbeitslosigkeit, Perspektivlosigkeit) werden als Ursache für abweichendes Verhalten in drei Dimensionen diskutiert: Den objektiven Lebensbedingungen der

Kinder und Jugendlichen ausländischer Herkunft; den Formen der Benachteiligung und Diskriminierung; der Antizipation von Diskriminierung und Chancenlosigkeit (Dill et al. 2000).

Als Ursache für abweichendes Verhalten zwischen jungen Spätaussiedlern wird in einer Längsschnittstudie von Schmitt-Rodermund und Silbereisen (Schmitt-Rodermund und Silbereisen 2004) gezeigt, dass unter einer Kumulation der Risikofaktoren (fehlende Sprachkompetenz, fehlende soziale Verbindungen, Streitigkeit in der Familie, Niedergeschlagenheit der Eltern und Vorbehalte gegen Aussiedlung nach Deutschland) auch die Diskriminierung durch Einheimische die Entwicklung von Delinquenz zu fördern scheint. Wer sich durch Einheimische schlecht behandelt sieht, ist unglücklich und einsam, was seinerseits eine Hinwendung zu ihrerseits auffälligen Jugendlichen wahrscheinlich macht und eine Bindung an „gute“ Werte verhindert (Schmitt-Rodermund 2003). Czychol (Czychol 1998) behauptet zur Situation der Marginalisierung der russlanddeutschen Aussiedler im Bezug auf die Entwicklung einer Suchterkrankung, dass „fremd und ausgegrenzt bleiben krank machen muss“.

Die Abgrenzung, andere Gewohnheiten und Sitten verstärken die ablehnende Haltung der einheimischen Bevölkerung, die Aussiedler werden oft mit diskriminierenden Etiketten (labels) behaftet (vgl. Frießem 1979). Die Marginalisierung äußert sich auch in Ghettoisierung, wonach es noch weniger Chancen gibt, sich den neuen Bedingungen anzupassen. Reaktiv führt zunehmende Ausgrenzung der Migranten zur Selbstethnisierung (Reuther 1998). Aus diesem Verständnis heraus erweist sich Marginalisierung als Bedingungsfaktor für die Entwicklung Opiatabhängigkeit bei Spätaussiedlern.

Czycholl (Czycholl 1998) betont die besonders schwer ausgeprägte Problematik mit Rauschmittelmissbrauch unter Spätaussiedler aus den asiatischen GUS-Ländern und Russland. Es werden unter anderem die Außenseiterrolle („Russen“ in Deutschland und „Deutsche“ in der Ex-UdSSR), schlechte Sprachkenntnisse, psychosoziale Belastungsfaktoren (provisorische Unterbringung, fehlende Arbeitsmöglichkeiten, soziale Isolation und Ghettoisierung) und Rollenkonflikte in der Familie als Gründe für die Entwicklung der Opiatabhängigkeit als begünstigend angesehen wurden.

Die hohen Arbeitslosenzahlen unter Spätaussiedlern (18%) im Vergleich zu Einheimischen (10,1%) sowie die niedrige Zahl der Berufsschüler (52% im Vergleich zu 75% einheimischer Jugendlicher) bei ausländischen Jugendlichen können auf marginalisierende Tendenzen in Deutschland für diese Gruppe hinweisen (Dietz 2000, 2003). Trotz der Landesmittel ist die negative Einstellung der Betriebe zu den Spätaussiedlern unverändert schlecht (Masumbuku 1994).

3.9 Rauschgifttodesfälle unter Aussiedlern

Ein 1999 erstmals von der DHS beschriebenes Phänomen setzte sich auch im Jahr 2000 fort. Die Anzahl der Spätaussiedler, die an Heroinüberdosierungen verstorben sind, lag 1999 bei 36 registrierten Fällen und hat sich mit 162 Fällen 2000 vervierfacht (DHS 2002). Trotz rückläufiger Zuwanderungszahlen seit 1990 von jährlich annähernd 400.000 auf unter 100.000 Aussiedler im Jahr 2002 ist die Zahl der durch Rauschgiftkonsum verstorbenen Aussiedler in Deutschland bis zum Jahr 2000 zunächst stark angestiegen, im Jahr 2001 allerdings um 19% zurückgegangen.

In Baden-Württemberg betrug der Anteil der Spätaussiedler im Jahr 2000 an den der Drogentoten 19,5%. Nach dem Bevölkerungsanteil berechnet, ist diese Zahl jedoch nur mit 3% anzunehmen (Czycholl 2003). Im gleichen Zeitraum waren in Nürnberg 30% der Drogentoten aus den GUS-Staaten (Czycholl 2003).

Der Anteil der Spätaussiedler an der Gesamtzahl der Rauschgifttodesfälle im Jahr 2002 (1.513) betrug 9%, was einen leichten Anstieg gegenüber dem Vorjahr (8%) bedeutete. Rund zwei Drittel dieser 136 Drogenopfer verstarben in Folge direkter Betäubungsmittelintoxikationen. Als mittelbare Todesfolgen wurden vier Suizide, zwei Unfallopfer und weitere 26 durch Langzeitfolgen verstorbene Aussiedler registriert. Das einzige Bundesland, das im Berichtsjahr eine deutliche Zunahme der Rauschgifttodesfälle bei Spätaussiedlern zu verzeichnen hatte, war Nordrhein-Westfalen mit 48%. Einen signifikanten Rückgang dagegen verzeichnete Bayern mit 52%.

Das Bundesgesundheitsministerium ging 2004 von einem prozentualen Anteil von 9% Spätaussiedlern bei den Drogentodesfällen aus, während diese Bevölkerungsgruppe nur ca. 5,4% der Gesamtbevölkerung Deutschland ausmacht (BMG 2005).

Der Infodienst deutscher Aussiedler (2002) berichtet, dass sich die Jugendlichen mitunter besonders gefährliche Arten des Drogenkonsums angewöhnt haben, wie beispielsweise den Mischkonsum von Alkohol und Heroin, dessen Gefahrenpotential sie weit unterschätzen.

Die durch Rauschgiftkonsum verstorbenen Aussiedler waren 2002 durchschnittlich 28,4 Jahre alt. Das Durchschnittsalter aller Rauschgiftopfer im Deutschland betrug 2002 32,2 Jahre. Hinsichtlich der Altersstruktur dominierte die Altersgruppe der 21- bis 29-Jährigen mit einem Anteil von 55%. Weniger stark vertreten waren die 30- bis 40-Jährigen mit 27% und die über 40-Jährigen mit 8%. Mit 97% lag der Anteil der männlichen Drogentoten im Jahre 2002 bei den Aussiedlern um 13% höher als bei der Gesamtzahl der Drogentoten in Deutschland (Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 2002).

3.10 Erfahrung mit russlanddeutschen Spätaussiedlern in Deutschland

Das Projekt „MUDRA“ („mudra – alternative Jugend- u. Drogenhilfe Nürnberg e.V.“) betreut flächendeckend seit Mitte der 90er Jahre Spätaussiedler in Nürnberg und Umgebung. Die Beobachtungen während der Betreuung von jährlich ca. 100 drogenabhängigen Spätaussiedlern vermittelt folgenden Eindruck: In der UdSSR wurde der Drogenkonsum totgeschwiegen, da dieser als typisch kapitalistisch-westliches Phänomen galt. Die Drogenkarriere begann oft in den Gefängnissen, vor allem dann, wenn Spirituosen fehlten. Im Gegensatz zum Alkohol, der in der Sowjetgesellschaft hoch angesehen war und in der Literatur wie in den Filmen mit tugendhaften, sympathischen, nachahmungswürdigen Menschen in Verbindung gebracht wurde, galten die Drogen als etwas völlig Abwegiges, Kriminelles und Unverständliches. Die Drogenabhängigen wurden als „Asoziale“ inhaftiert oder in Psychiatrien verwahrt.

Der in den letzten Jahren in den GUS-Staaten zunehmende, überwiegende Heroinkonsum ist für Russlanddeutsche eine relativ neue und unbekanntere Erfahrung, der kaum ein angemessenes Problembewusstsein gegenübersteht. Deshalb geht der Umgang mit harten Drogen bei dieser Konsumentengruppe mit einem hohen Risiko einher. Die Gefahren sind den Jugendlichen nicht bewusst und die Dosierungen hoch. Spritzen werden mehrfach verwendet und getauscht, Safer-Use-Strategien sind weitgehend unbekannt.

Die russischsprachige Drogenszene ist isoliert und kriminalisiert, selbst zu den anderen russischsprachigen Drogenszenen bestehen kaum Kontakte. Auch zu einheimischen Drogenkonsumenten haben die russlanddeutschen Konsumenten wenig Kontakte, sodass sie von deren Drogenerfahrungen nicht profitieren können.

Ein Drogenhilfesystem existierte in ihren Herkunftsländern nicht. Das Hilfesystem ist ihnen fremd und undurchschaubar, es wird mit Behörden und Ämtern gleichgesetzt, das Misstrauen ist groß. Allgemein gültige Standards westlicher Hilfesysteme wie die Möglichkeit einer anonymen und kostenfreien Beratung, der Schweigepflicht von Mitarbeitern, des Zeugnisverweigerungsrechts usw. sind den Betroffenen nicht bekannt. Drogenberatungsstellen, Entzugsstationen und Therapieeinrichtungen sind den Betroffenen zunächst unbekannt. Mangelnde Sprachkenntnisse erschweren die Kontaktaufnahme zusätzlich.

Spezifisch für die russischsprachige Drogenszene ist ein sehr ausgeprägtes Gruppenverhalten, eine starke Solidarität untereinander und eine absolute Verschwiegenheit nach außen. Materielle Güter, aber auch Drogen werden geteilt und kollektiv konsumiert. Der Konsum in der Gruppe hat eine Entlastungsfunktion für den Einzelnen, Schuld oder Verantwortung wird auf diese Weise weniger individualisiert, sondern kollektiv erlebt. Es existieren ein starker Gruppendruck und ein Ehrenkodex, die Gruppe steht selbst dann noch loyal zu einzelnen Mitgliedern, wenn diese dem Ansehen der Gesamtgruppe schaden. „Verrat“ wird hart sanktioniert, das reicht von körperlichen Strafen bis hin zum Ausschluss aus der Gruppe.

Der Erstkontakt zu einer Drogenhilfeeinrichtung kommt selten „freiwillig“ zustande, vielmehr sind dafür institutioneller (z.B. Polizei, Justiz) und/oder familiärer Druck verantwortlich. Oft werden Drogenabhängige von ihren Angehörigen gezwungen, etwas gegen ihren Konsum zu unternehmen. In Familien herrscht viel Unwissen über das Problem der Drogenabhängigkeit. Nach Einschätzung der Eltern und Angehörigen soll der Arzt das Drogenproblem „wegmachen“ und der Familie ein gesundes Kind zurückgeben. Die Mütter tendieren zu einem ausgeprägten „co-abhängigen“ Verhalten, in dem sie ihr konsumierendes Kind bis an das Ende der eigenen Kräfte und der verfügbaren finanziellen Mittel der Familie unterstützen.

Die Therapien werden als kurze Krankensepisoden angesehen, die in wenigen Wochen abgeschlossen sein sollten. Als eine eigenständige Erkrankung kann Abhängigkeit nicht gesehen werden. Dass ein erfolgreicher Ausstieg einen langfristigen Prozess bedeutet, der viel mit Lernen und Überprüfen der eigenen Problembewältigungs- und Verhaltensmuster zu tun hat, wird in der Regel nicht akzeptiert. Ein Krankheitsbegriff existiert nicht.

4 FRAGESTELLUNG

Nach einer Befragung des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover liegt der Anteil der Migranten bei ambulanten Suchthilfeeinrichtungen insgesamt unter 5%. Bei Konsumenten „harter“ Drogen liegt der Spätaussiedleranteil bei ca. 20% (Salman 2001).

In den Drogen-Entwöhnungseinrichtungen liegt der Anteil der Aussiedler derzeit zwischen 10 und 20%, dabei ist zu berücksichtigen, dass der Anteil an Spätaussiedlern oft im Sinne einer Quotenregelung gesteuert wird, um nicht zu hoch zu werden (Czycholl 2002).

In der Fachklinik VAE e.V. in Waldsolms beträgt seit Jahren der Anteil der stationär aufgenommenen russlanddeutschen Spätaussiedler 12,6 – 13,8% unter 200 - 220 Jahresaufnahmen (Jahresbericht 2004).

Die Drogenberatungsstelle Step in Hannover berichtet für das Jahr 2000 über einen Anteil von 7,3% opiatabhängiger russlanddeutscher Spätaussiedler (n=38) bei insgesamt 520 Beratungen in diesem Jahr (STEP Jahresbericht 2000).

In der psychiatrischen Klinik Warstein (Bätz 1998) ist der Anteil der opiatabhängigen Spätaussiedler von 6,8% 1990 auf 9,2% 1995 bis auf 13,8% 1997.

Zur Inanspruchnahme suchtmedizinischer Behandlungsangebote im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren kann gesagt werden, dass der prozentuale Anteil der stationär aufgenommenen Spätaussiedler von 1999 bis 2002 von 9,9 auf 26,1% (n=36 und 69 entsprechend) angestiegen war. Während in der Drogenambulanz

1999 29 (22,3% aller opiatabhängigen Ambulanzpatienten) opiatabhängige Spätaussiedler behandelt wurden, waren es 2002 46 (51,7%).

Die klinische Beobachtung zeigte, dass im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren seit Mitte der 90-er Jahre die Anzahl der opiatabhängigen Spätaussiedler, die zur Behandlung kamen, stetig anstieg. Diese Patientengruppe fiel durch ihre besondere soziale Isolation und durch ihre rasch zunehmende Anzahl auf.

In der vorliegenden Arbeit sollte diese Patientengruppe mit dem Ziel untersucht werden, suchtmmedizinisch spezifische Merkmale zu finden, aufgrund derer die Behandlungsmethoden für junge Spätaussiedler spezifisch weiterentwickelt werden können.

Ausgehend von der klinischen Beobachtung wurde zunächst folgende Überlegung angestellt: In Kaufbeuren mit einer Einwohnerzahl von 44.100 Einwohnern (2002-2003) lebten 2002-2003 4.183 russlanddeutsche Spätaussiedler. Ihr Anteil betrug 9,5% an der Gesamtbevölkerung. Unter der Voraussetzung, dass die Häufigkeit der Heroinabhängigkeit in Deutschland bei 0,2% der Bevölkerung liegt und die Häufigkeit der Heroinabhängigkeit der deutschen Durchschnittsbevölkerung vergleichbar wäre (Möller 1996), wäre mit 8-9 heroinabhängigen Spätaussiedlern in Kaufbeuren zu rechnen. Unter der Annahme, dass die Häufigkeit für Heroinabhängigkeit bei durchschnittlich 0,6% (DHS 2003) liegt, wäre mit einer Anzahl von 24-27 heroinabhängigen Spätaussiedlern in Kaufbeuren zu rechnen. Schätzungen der Klinik lagen dagegen bei 80-120 opiatabhängigen Spätaussiedlern.

Die Aufnahmestatistik des Kaufbeurer Bezirkskrankenhauses (AMBADO, BADO) wies für das Jahr 2002 nämlich bereits 69 stationär aufgenommene, opiatabhängige, russlanddeutsche Spätaussiedler auf. Dieser Befund begründete die Annahme, dass unter den Spätaussiedlern 9-15 mal häufiger Opiatabhängige zu finden sind. Daraus ergab sich die Fragestellung, ob eine Gefährdung für die Entstehung einer Opiatabhängigkeit durch Migration bei dieser Bevölkerungsgruppe gefunden werden kann.

Die vorliegende Studie hatte weiterhin die Zielsetzung, kulturspezifisches Verhalten, migrationsspezifische Bedingungen und die Selbsteinschätzung bezüglich höherer

Behandlungseffizienz zu beschreiben, um sozialpsychiatrische und suchtmedizinische Schlüsse auf dieser Grundlage zu ziehen.

Im Einzelnen sollten folgende Fragen untersucht werden:

- Welche Rolle Migration für die Entwicklung von Opiatabhängigkeit bei dieser Patientengruppe spielt?
- Gibt es Hinweise für eine besondere Gefährdung bezüglich der Entwicklung einer Opiatabhängigkeit bei der Gruppe von russlanddeutschen Spätaussiedlern?
- Wodurch unterscheiden sich opiatabhängige Migranten, die professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben, von nicht-opiatabhängigen Migranten?
- Welche Funktion hat soziale Isolation für das Probierverhalten und den riskanten Drogenkonsum?
- Sind Besonderheiten im Drogenkonsum erkennbar?
- Sind aufgrund der soziographischen Profile Behandlungsbedingungen zu modifizieren?
- Wie schätzen die opiatabhängigen Spätaussiedler verbesserte Behandlungsbedingungen ein?
- Hat diese Patientengruppe Verbesserungsvorschläge zu machen?
- Welche Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Integration am Migrationsort erscheinen notwendig?
- Welche spezifischen Präventionsmaßnahmen können entwickelt werden?

5 DARSTELLUNG DER METHODIK

5.1 Beschreibung der Stichproben

Es handelt sich um eine retrospektive Studie über 50 männliche, russlanddeutsche Spätaussiedler aus Kaufbeuren und Umgebung, die mit Hilfe eines Migrations- und Suchtfragebogens interviewt wurden. Es sollte anhand einer Vergleichsbeobachtung untersucht werden, welche Faktoren in Zusammenhang mit dem Migrationsprozesse für die Suchtentwicklung bei männlichen, russlanddeutschen Spätaussiedlern gefunden werden können. 25 opiatabhängige Spätaussiedler (Gruppe 1) wurden gegen 25 nicht opiatabhängigen Spätaussiedler (Gruppe 2) bezüglich sozialer und migrationsspezifischer Entwicklungsmerkmale untersucht.

Einschlusskriterien Gruppe 1: Männlich (Wegen der kleinen Zahl opiatabhängiger, russlanddeutscher Frauen (n=2), wurden sie in der Stichprobe nicht berücksichtigt), russlanddeutscher Spätaussiedler, Beginn der Opiatabhängigkeit nach der Aussiedlung in die Bundesrepublik Deutschland, substituiert im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren und die Diagnose einer Opiatabhängigkeit bei Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F11.22; n=23) oder Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F11.20; n=2), Wohnort Kaufbeuren.

Ausschlusskriterien Gruppe 1: Weiblich, Beginn der Opiatabhängigkeit vor der Migration, Abhängigkeit von zusätzlichen psychotropen Substanzen.

Einschlusskriterien Gruppe 2: Männlich, russlanddeutscher Spätaussiedler, Wohnort Kaufbeuren.

Ausschlusskriterien Gruppe 2: Weiblich, Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von psychotropen Substanzen nach den Diagnosekriterien der ICD-10.

Es wurden insgesamt 32 Patienten, welche die Einschlusskriterien der Gruppe 1 erfüllten gefragt, ob sie an der Untersuchung teilnehmen wollen. Von 35 befragten Probanden, welche die Einschlusskriterien der Gruppe 2 erfüllten, sagten 25 zu, an der Untersuchung teilzunehmen. Alle der Gruppen 1 und 2, welche Ihre Zusage

gegeben hatten, nahmen bis zum Abschluss der Untersuchung an sämtlichen Terminen teil.

5.2 Durchführung der Untersuchung

Die Datenerhebung wurde vom Referenten und einer russisch sprechenden Sozialarbeiterin durchgeführt, die gemeinsam das Interview trainiert hatten. Jeder Proband wurde über Bedeutung und Zweck der Untersuchung aufgeklärt. Alle Untersuchten waren mit der Erhebung der Daten einverstanden.

Die Gruppe der Opiatabhängigen wurde über das BKH Kaufbeuren rekrutiert. Die Interviews erfolgten jeweils nach einer abgeschlossenen stationären Heroinentgiftung oder in der Institutsambulanz bei den kontrolliert substituierten Probanden.

Eine altersvergleichbare Kontrollgruppe von gesunden (nicht-opiatabhängigen) Russlanddeutschen wurde aus dem Register des Vereins der Russlanddeutschen in Kaufbeuren rekrutiert. Dazu wurden 35 Probanden im Alter von 17-27 Jahren persönlich angefragt. Es wurde eine ausführliche Suchtanamnese erhoben und vor dem ersten Interview eine semiquantitative Urinalyse (Microgenics®) durchgeführt. Untersucht wurden Opiate, Benzodiazepine, Barbiturate, LSD, Amphetamine, Kokain, Cannabinoide, Kreatinin und PH.

Die Untersuchung erstreckte sich über das gesamte Jahr 2002.

Im Einzelnen handelte es sich dabei um die Untersuchung der folgenden soziographischen und migrationsspezifischen Merkmale: Alter, Herkunftsland, Einwohnerzahl des Herkunftslandes, Familiensituation, Einreisebedingungen, Kenntnisse der deutschen Kultur vor der Ausreise, Kenntnisse der Heimatkultur, deutsche Sprachkenntnisse vor der Ausreise, gegenwärtige Deutschkenntnisse, Gründe für die Aussiedelung nach Deutschland, Erwartung vom Leben in Deutschland vor der Ausreise, Dauer des Aufenthaltes in der BRD, Dauer des Aufenthaltes im Übergangwohnheim, Schulabschluss, berufliche Situation, Religionszugehörigkeit, Interessen, Erfahrungen mit Umsiedlung nach Deutschland, Kontakte zu einheimischen Deutschen in der Freizeit, Bedeutung der Kontakte zu

anderen russischen Spätaussiedlern, multikulturelle Einstellung, Förderung des besseren Einlebens in Deutschland, Einschätzung der Lebenszufriedenheit, und Rückkehrabsichten.

Es wurde ein migrations- und suchtspezifisches Profil von 25 opiatabhängigen und von 25 nicht opiatabhängigen Spätaussiedlern erstellt, um die Bedeutung von Migration und sozialer Integration für die Suchtentwicklung beurteilen zu können. Dazu wurde in Anlehnung an einen modifizierten Fragebogen für Spätaussiedler des Deutschen Jugendinstituts München (DJM 1999) durchgeführt. Gütekriterien für diesen Test liegen nicht vor. Dennoch wurde dieses Testinstrument zugrunde gelegt, weil es für die vorliegende Untersuchung immerhin soweit geeignet war, dass nur wenige Items geändert oder hinzugefügt werden mussten oder unberücksichtigt bleiben konnten. Es wurden Items Konfession, Vorkenntnisse der deutschen Kultur vor Ausreise, Sprachkenntnisse, multikulturelle Einstellung und Rückkehrabsichten hinzugefügt, dabei wurden Item Beschreibung des Sprachkursprogramms weggelassen und Item Kontakt zu anderen Aussiedler geändert. Darüber hinaus können im Anhang das Original- und das modifizierte Testinstrument im Einzelnen verglichen werden.

Die strukturierten Interviews erfassten mit insgesamt 32 Items sozialanamnestische, sprachliche und migrationsspezifische Angaben. Die Antworten wurden intervallskaliert angegeben und Mittelwerte der Summenscores errechnet. Ferner wurde ein ausführlicher psychopathologischer Aufnahmebefund nach den AMDP-Kriterien erhoben. Alle Fragebögen befinden sich im Anhang der Arbeit.

Die opiatabhängige Gruppe wurde zusätzlich mit Hilfe eines eigens umgearbeiteten, 13 Items umfassenden Anamnesebogen der Bayerischen Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis (BAS e.V 1999) evaluiert. Dabei handelt es sich um suchtanamnestic Angaben, die seitens der Probanden eigenanamnestisch erhoben werden. Testgütekriterien liegen nicht vor. Dennoch wurde auch dieses Testinstrument zugrunde gelegt, weil es für die vorliegende Untersuchung immerhin soweit geeignet war, dass nur wenige Items geändert oder hinzugefügt werden mussten oder unberücksichtigt bleiben konnten. Es wurden Items Beginn des Drogenkonsums nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, zeitlicher Ablauf der Entzugserscheinungen, Gründe für Ablehnung bzw. Annahme der ambulanten

Betreuung hinzugefügt, dabei wurden Items Wohnen, Ausbildung, Beruf weggelassen, da sie schon im Fragebogen Migration enthalten waren. Darüber hinaus können im Anhang das Original- und das modifizierte Testinstrument im Einzelnen verglichen werden.

5.3 Statistik

Die Statistische Auswertung wurde überwiegend mit SPSS 8.0 für Windows 95/NT4.0/2000/XP der Firma SPSS GmbH Software ausgeführt. Einige statistische Analysen sowie die grafische Aufbereitung der Ergebnisse wurden mit Excel 97 für Windows 95/NT4.0/2000 der Firma Microsoft Corp. ausgeführt.

Die Mittelwerte von jeweils zwei Gruppen von intervallskalierten Merkmalen unabhängiger Stichproben wurden mit dem T-Test für unabhängige Stichproben verglichen. Dieser Test ist robust gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung, weshalb er hier uneingeschränkt zur Anwendung kam. Bei den ordinalskalierten unabhängigen Stichproben wurde der nichtparametrische Mann-Whitney-Test verwendet. Das Signifikanzniveau wurde mit $p < 0,05$ festgelegt. Bei kategorialskalierten, unabhängigen Proben wurde der χ^2 -Test mit $p < 0,05$ verwendet.

6 ERGEBNISSE

6.1 Aufnahme­statistik der opiatabhängigen Spätaussiedler im BKH Kaufbeuren

Seit August 1998 wurde in der Basisdokumentation des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren (BADO) das Item „Russlanddeutsche“ eingeführt.

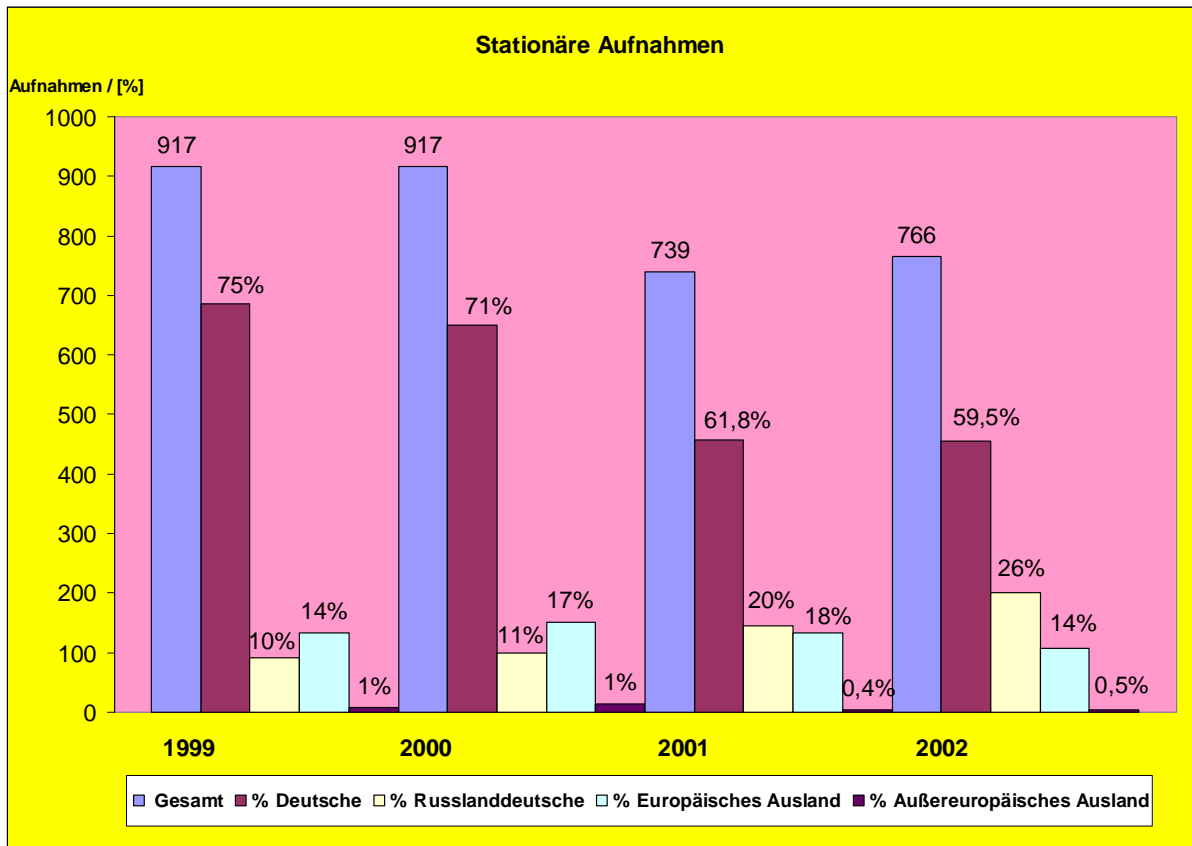
1999 wurden insgesamt 917 Opiatabhängige stationär aufgenommen. 685 waren Deutsche, 91 Russlanddeutsche, 133 aus dem europäischen Ausland und 8 aus dem auereuropaischen Ausland.

Im Jahr 2000 blieben die Aufnahmezahl und das Verhältnis der Untergruppen wesentlichen unverändert.

Mit der Eröffnung der Drogenklinik in Augsburg im Jahre 2001 nahm die Gesamtzahl der Aufnahmen im Drogenbereich auf 739 ab, wobei die Aufnahmen der Russlanddeutschen auf 146 anstiegen.

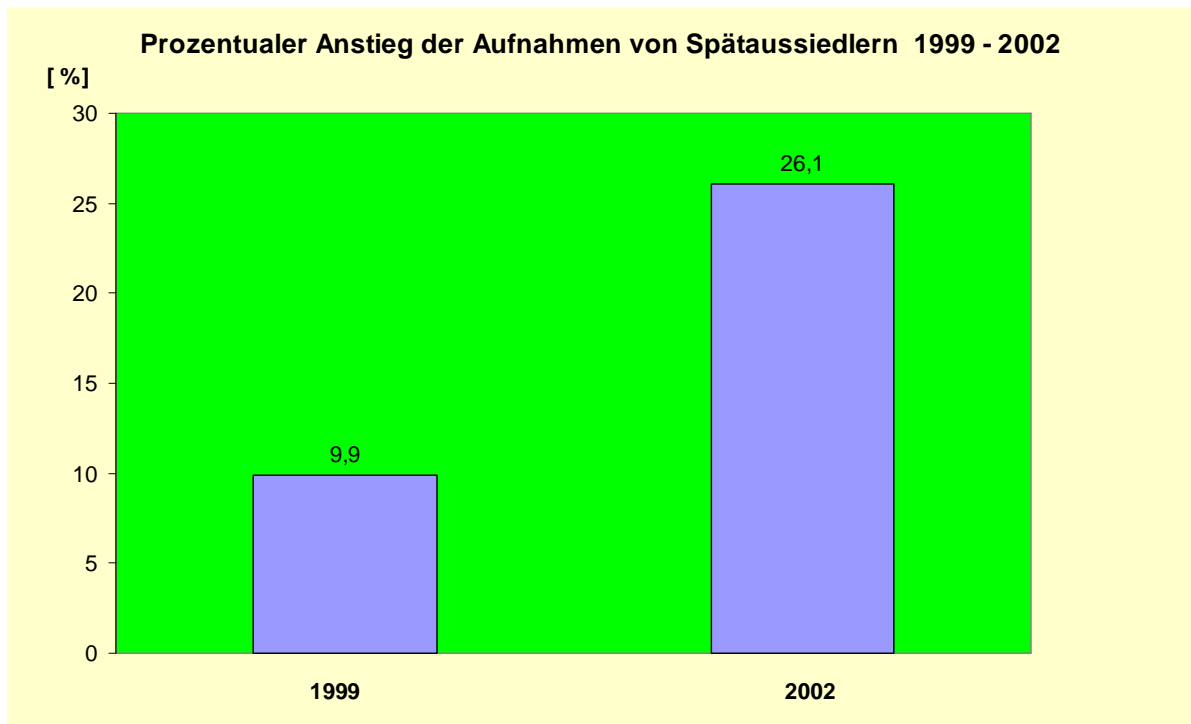
Zum Jahre 2002 waren von 766 Aufnahmen 200 russlanddeutsche Spätaussiedler. Dabei kommen Mehrfachnennungen vor, weil Patienten pro Jahr mehrmals aufgenommen wurden. Aus dem europäischen Ausland kamen die Patienten aus Italien, Griechenland und Spanien. Die BADO erfasste im auereuropaischen Ausland Patienten aus der Türkei und USA. Die Aufnahmen der anderen Patientengruppen gingen kontinuierlich zurück. Grafik 2 zeigt diesen Zusammenhang.

Grafik 2



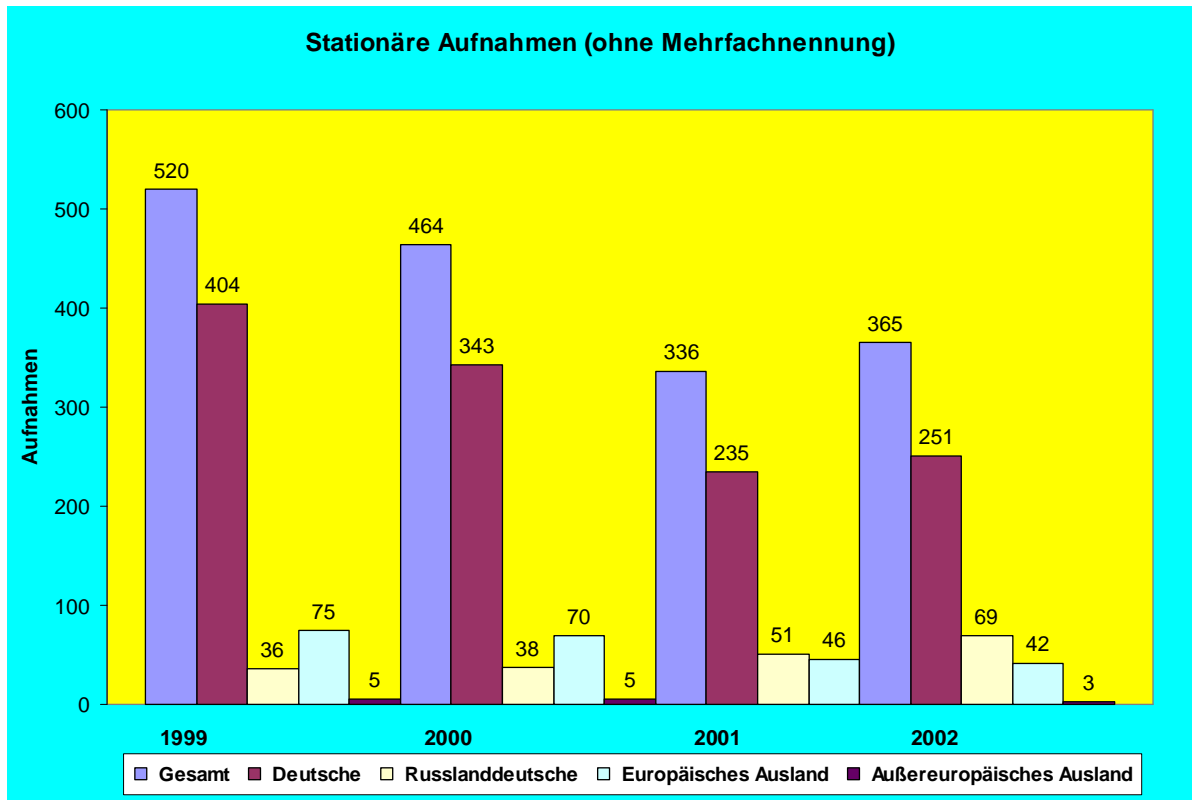
Den prozentualen Anstieg der Spätaussiedler im Vergleich zu den Gesamtaufnahmen zwischen 1999 und 2002 zeigt Grafik 3.

Grafik 3



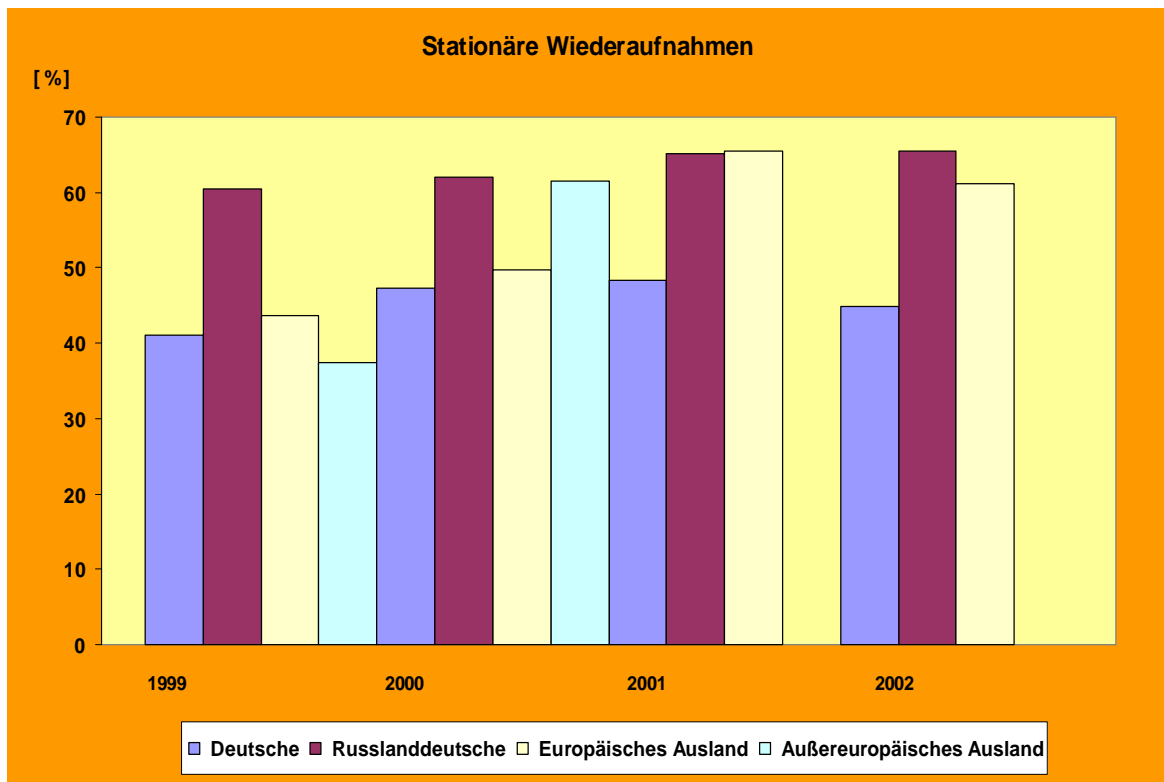
Die tatsächlichen Patientenzahlen ohne Mehrfachnennung stiegen bei der Gruppe der Spätaussiedler zwischen 1999 und 2002 von 36 auf 69. In der Gruppe der deutschen Patienten reduzierte sie sich von 404 auf 251. Grafik 4 bildet diesen Zusammenhang im Einzelnen ab.

Grafik 4



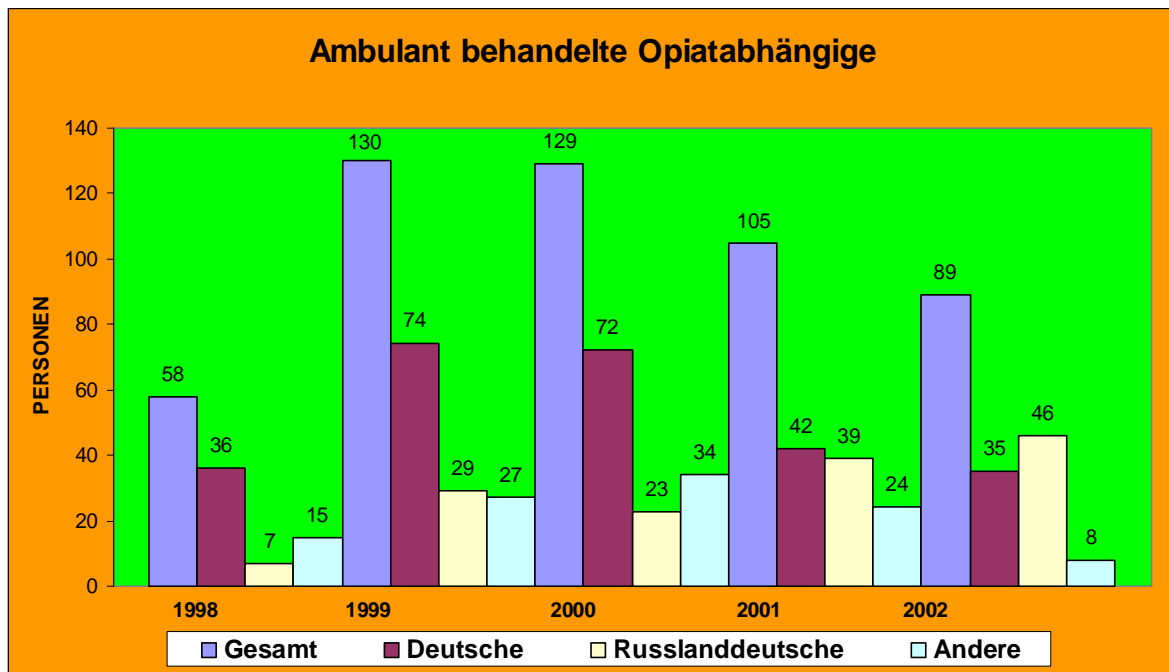
Es fällt bei den Russlanddeutschen ein hoher prozentualer Anteil von Wiederaufnahmen auf. 1999 lag er bei 60,4% und 2002 bei 65,5%. In der Gruppe der deutschen Heroinabhängigen waren 1999 41,0% und 2002 44,8% Wiederaufnahmen. Sie betragen für die Patienten aus dem europäischen Ausland 1999 bei 43,6%, 2002 bei 61,1%. Die Entwicklung der Wiederaufnahmen der jeweiligen Patientengruppen zwischen 1999 und 2002 zeigt Grafik 5.

Grafik 5



Im ambulanten Bereich entwickelten sich die Zahlen der behandelten opiatabhängigen Personen ohne Mehrfachnennungen zwischen Juli 1998 und Ende 2002 bei den jeweiligen Patientengruppen unterschiedlich. Die Zahl der Deutschen ging von 74 im Jahre 1999 auf 35 im Jahr 2002 zurück. Die Zahl der Russlanddeutschen nahm im gleichen Zeitraum von 29 auf 46 zu.

Grafik 6



6.2 Anamnestische und sozioanamnestische Angaben

6.2.1 Alter

Die 25 opiatabhängigen Patienten waren zwischen 18 und 27 Jahren alt, das Durchschnittsalter betrug 22,4 Jahre (+/- 2,76 Jahre).

Die 25 nicht-opiatabhängigen Spätaussiedler waren zwischen 17 und 25 Jahren alt, das Durchschnittsalter betrug 21,5 Jahre (+/- 2,27 Jahre).

6.2.2 Einwohnerzahl des Herkunftsortes

Die opiatabhängigen Russlanddeutschen kommen signifikant häufiger aus größeren Städten (>50.000 Einwohner; $\chi^2=11,342$; $p<0,001$) als die Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe kam signifikant häufiger vom Land (<10.000 Einwohner) als Opiatabhängige. Der Mann-Whitney Test ergibt $U(48)=175,00$; $p<0,0001$.

6.2.3 Familien- und Wohnsituation.

24 der Befragten Gruppe 1 lebten zusammen mit deren Familien und nur einer selbständig. In der Gruppe 2 waren es alle 25 Untersuchten. 6 Familien der Gruppe 1 lebten getrennt, bei der Gruppe 2 waren es 2 Familien.

Hinsichtlich der Geschwisterzahl (1 (+/-0,81) versus 1 (+/-1,0)) unterschieden sich die Gruppen nicht.

Bei den Opiatabhängigen waren 4 Personen, bei der Kontrollgruppe keiner verheiratet.

6.2.4 Herkunftsland

Die Opiatabhängigen kamen zu 64% (n=16) aus Kasachstan, 24% (n=6) aus Russland, 8% (n=2) aus Kirgistan, 4% (n=1) aus Tadschikistan.

Die Probanden aus der Kontrollgruppe kamen zu 68% (n=16) aus Kasachstan, 28% (n=7) aus Russland und 4% (n=1) aus Weißrussland.

6.2.5 Religionszugehörigkeit

Bei Gruppe1 waren 14 evangelisch, 4 römisch-katholisch, 1 russisch-orthodox und 6 konfessionslos.

In Gruppe2 waren 9 evangelisch, 8 römisch-katholisch und 8 konfessionslos.

Im Vergleich zwischen den Konfessionen evangelisch und römisch-katholisch ergab der Chi²-Test mit Chi²=2,862; p=0,091 keinen signifikanten Unterschied.

6.2.6 Schulischer Werdegang

76% (n=19) Gruppe1 besuchten die Hauptschule, davon hatten 60% (n=15) einen qualifizierten Abschluss, 24% (n=6) erreichten die Mittlere Reife.

Bei Gruppe2 besuchten 76% (n=19) die Hauptschule, davon hatten 64% (n=16) einen qualifizierten Abschluss, 20% (n=5) erreichten die Mittlere Reife. Der Chi²-Test ergab mit Chi²=0,071; p=0,791 ergab keine Signifikanz.

6.2.7 Berufliche Situation

44% (n=11) Gruppe1 waren arbeitslos, 40% (n=10) berufstätig und 12% (n=3) waren in der Ausbildung, 4% (n=1) machten einen Sprachkurs.

Bei Gruppe2 der russlanddeutschen Männer waren 36% (n=9) im Ausbildung, 24% (n=6) besuchten die Schule, 12% (n=3) waren berufstätig und 8% (n=2) arbeitslos, 4% (n=1) besuchten einen Sprachkurs.

In Gruppe 1 wurden signifikant mehr Arbeitslose und mehr Berufstätige gefunden. 32% (n=8) der Gruppe 1 wurden nach dem Auftreten der Opiatabhängigkeit arbeitslos. Der Chi²-Test ergab einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Arbeitslosen aus der Gruppe1 und der Gruppe2 (Chi²=7,991; p=0,005) und zwischen den Berufstätigen Gruppe1 im Vergleich zu den Berufstätigen Gruppe2 (Chi²=4,751; p=0,029). In Gruppe2 wurden dagegen mehr Auszubildende und Schüler gefunden (Chi²=4,306; p=0,038).

6.3 Migrationsspezifischer Teil

6.3.1 Kenntnisse der deutschen Kultur vor der Ausreise

Die beiden untersuchten Gruppen verfügten über unzureichende Kenntnisse der deutschen Kultur (vgl. Anhang, Migrationentwicklung Frage 16) Die Summenscores lagen im Mittel für Gruppe 1 bei Chi²=3,4 (+/-0,816) und für Gruppe 2 bei Chi²=3(+/-0,779). Im Chi²-Test (Wert: 0,504) wurde kein signifikanter Unterschied (p=0,478) für dieses Merkmal festgestellt.

6.3.2 Kenntnisse der Heimatkultur

Alle untersuchten Gruppen verfügten über gute Kenntnisse der Heimatkultur ohne signifikante Unterschiede, der t-Test ergab einen Wert von 1,213 mit p=0,231. Der

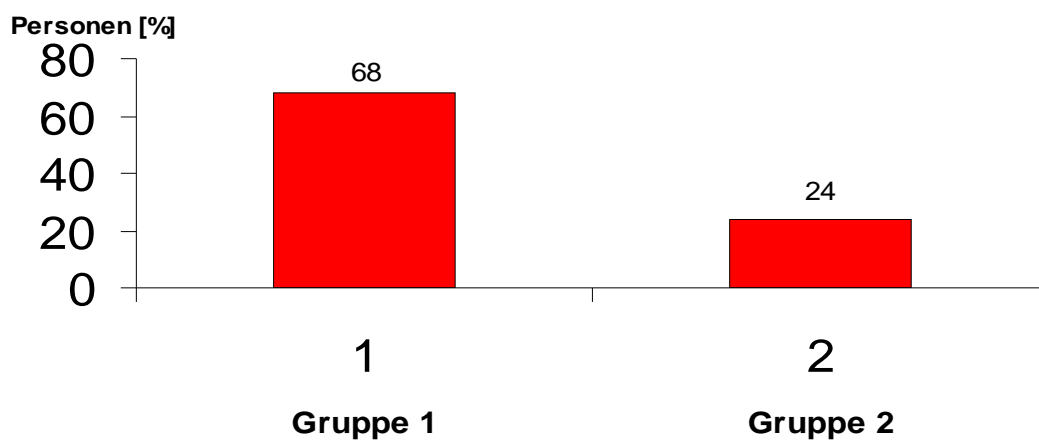
mittlere Summenscore betrug für Gruppe 1 $\text{Chi}^2=2,04(+/- 0,45)$ und für Gruppe 2 $\text{Chi}^2=1,84(+/-0,69)$.

6.3.3 Deutsche Sprachkenntnisse vor der Ausreise

68% (n=24) Gruppe1 reisten in die Bundesrepublik Deutschland ohne deutsche Sprachkenntnissen ein. Bei Gruppe2 waren nur 24% (n=6) anfänglich ohne deutsche Sprachkenntnisse. Der t-Test belegt mit 3,397 (p=0,001) deutlich einen signifikanten Unterschied.

Grafik 7

Einreise mit nicht integrierten Sprachkenntnissen



6.3.4 Gegenwärtige Deutschkenntnisse

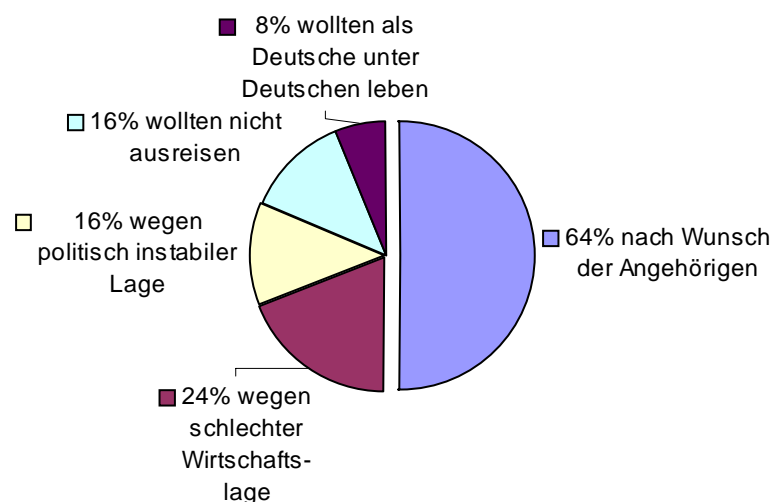
Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 80% (n=20) Gruppe 1 sprachlich schlecht integriert. Bei Gruppe 2 waren es 60% (n=15), wobei im t-Test kein signifikanter Unterschied nachgewiesen wurde (t=0,994, p=0,325).

6.3.5 Gründe für die Ausreise nach Deutschland

64% (n=16) der Befragten Gruppe 1 sind in die BRD ausgesiedelt, weil es deren Angehörigen wollten. 24% (n=6) gaben an, wegen schlechter wirtschaftlicher Situation aus der alten Heimat ausgesiedelt zu sein. 16% (n=4) wollten nicht ausreisen und ebenfalls 16% (n=4) gaben die politisch instabile Lage als Grund für die Aussiedelung an. Nur 8% (n=2) wollten als Deutsche unter Deutschen leben.

Grafik 8

Ausreisegründe Gruppe 1



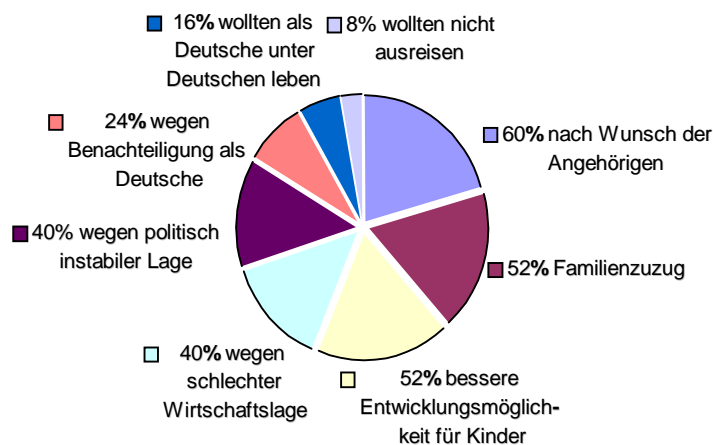
Bei Gruppe 2 gaben 60% (n=15) an, dass die Aussiedelung auf Wunsch der Familienangehörigen erfolgte. Zweithäufigster Grund (52%, n=13) war, mit bereits in Deutschland lebenden Familienangehörigen zusammen sein zu wollen. 52% (n=13) wollten bessere Entwicklungsmöglichkeit für ihre Kinder in Deutschland haben.

40% (n=10) der befragten Jugendlichen beklagten die schlechte wirtschaftliche Situation im Aussiedlungsland und 40% (n=10) die instabile politische Lage. 24% (n=6) wollten nicht länger Benachteiligungen als Deutsche ausgesetzt sein, 16%

(n=4) wollten als Deutsche unter Deutschen leben und nur 8% (n=2) wollten nicht ausreisen.

Grafik 9

Ausreisegründe Gruppe 2



Eine statistische Signifikanz wurde bei den folgenden Aussiedlungsgründen gefunden:

„Wollte mit bereits in Deutschland lebenden Familienangehörigen zusammen sein“ gaben 2 Befragte der Gruppe1 an, gegenüber 14 Befragten der Gruppe2. Das ergab im Chi²-Test einen Wert von 12,287 (p<0,0001).

„Bessere Entwicklungsmöglichkeit der Kinder in Deutschland“ wurde bei 12 Befragten der Kontrollgruppe angegeben. Im Chi²-Test errechnete sich ein Wert von 16,554 (p<0,0001).

„Wollte nicht länger als Deutsche Benachteiligungen ausgesetzt sein“ wurde bei 5 der Gruppe 2 belegt, was eine statistische Signifikanz im Chi²-Test von 5,33 und p=0,021 ergab.

Bei den folgenden Angaben wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden:

„Politisch instabile Lage in der alten Heimat“ Chi²=2,904, p=0,088

„Wirtschaftlich schlechte Situation in der alten Heimat“ Chi²=1,738, p=0,187

„Wollte als Deutsche unter Deutschen leben“ Chi²=0,222, p=0,637

„Weil meine Angehörigen es wollten“ Chi²=0,166, p=0,684

„Wollte nicht ausreisen“ Chi²=0,514, p=0,473

6.3.6 Einreise in die BRD

80% (n=20) Gruppe1 kamen mit beiden Elternteilen und 20% (n=5) mit einem Elternteil in die Bundesrepublik Deutschland. In Gruppe2 kamen 96% (n=24) mit beiden Eltern und nur 4% (n=1) mit einem Elternteil nach Deutschland. Der t-Test ergab mit t=1,760, p=0,085 keine Signifikanz.

6.3.7 Vorstellung des eigenen Lebens in Deutschland vor Ausreise

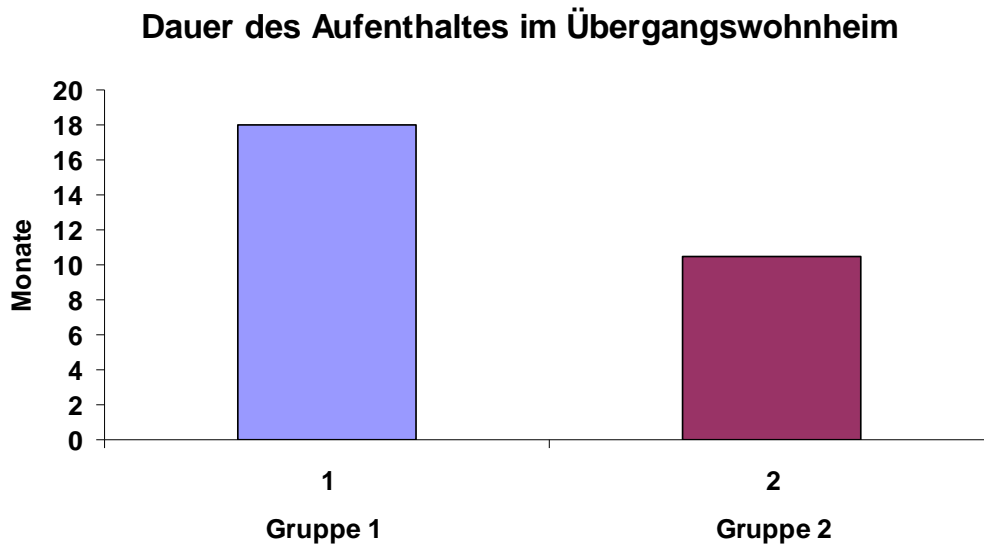
Beide Gruppen hatten vor der Ausreise deutliche, optimistische Vorstellungen vom zukünftigen Leben in Deutschland. Nur drei Personen aus Gruppe 2 hatten absolut keine Vorstellung. Dementsprechend lag keine statistische Signifikanz (t-Test=1,674, p=0,101) vor.

6.3.8 Dauer des Aufenthaltes im Übergangwohnheim

Die opiatabhängigen Spätaussiedler waren im Durchschnitt 18 Monate(+/-8.3) (Range 1-72) im Übergangwohnheim untergebracht. Bei der Kontrollgruppe lag die Aufenthaltsdauer im Übergangwohnheim bei 10,5 Monaten (+/-7.81) (Range 1-36).

Im t-Test (t=0,708 p=0,0094) wurde statistische Signifikanz gefunden.

Grafik 10



6.3.9 Interessen

Bei Gruppe 1 fand sich eine Rangordnung für folgende Interessen:

- 96% (n=24) für deutsches Fernsehen (4,13 h/Tag)
- 84% (n=21) für russisches Fernsehen (1 h/Tag)
- 64% (n=16) interessierten sich für aktuelle Entwicklungen in der früheren Heimat
- 32% (n=8) für Sportveranstaltungen
- 28% (n=7) für ein Hobby

Bei Gruppe 2 wurde die nachstehende Rangordnung der Interessen gefunden:

- 88% (n=22) für deutsches Fernsehen (3,35 h/Tag)
- 80% (n=20) für Sportveranstaltungen
- 64% (n=16) für aktuelle Entwicklungen in der früheren Heimat
- 44% (n=11) für Hobby
- 28% (n=7) für russisches Fernsehen (0,72 h/Tag)
- 24% (n=6) für Aktivitäten der Landsmannschaft
- 16% (n=4) für Politik am eigenen Wohnort (z.B. Jugend, Verkehr)

Auffällig war der Unterschied bezüglich der Interessen für russisches Fernsehen.

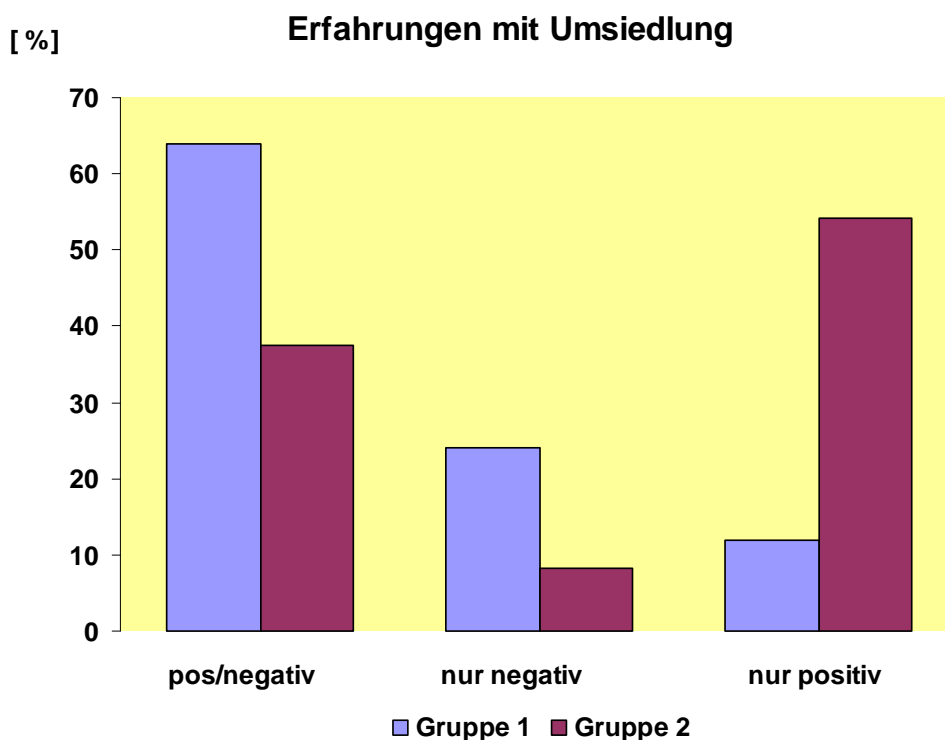
Die Statistische Signifikanz wurde bei den folgenden angegebenen Kategorien der Gründe errechnete sich folgendermaßen:

- „Sportveranstaltungen“ (8 der Gruppe 1 gegenüber 19 der Gruppe 2 Chi²-Test =11,011 (p=0,001)
- „Aktivitäten der Landsmannschaft“ (0 der Gruppe 1 und 6 in der Gruppe 2)
- „Politik an meinem Ort“ (0 der Gruppe 1 und vier der Gruppe 2)

6.3.10 Erfahrungen mit der Umsiedlung nach Deutschland

64% (n=16) Gruppe 1 haben sowohl positive als auch negative Erfahrungen im Rahmen der Migrationphase gemacht. 24% (n=6) dieser Gruppe gab an, nur negative Erfahrungen mit der Umsiedelung nach Deutschland gemacht zu haben. Dem gegenüber gaben 12% (n=3) an, nur positive Erfahrungen gemacht zu haben. Bei Gruppe 2 machten 36% (n=9) sowohl positive als auch negative Erfahrungen. Nur negative Erfahrungen machten 8% (n=2) der Untersuchten, 56% (n=14) hatten nur positive Erfahrungen.

Grafik 11



Der signifikant höhere Anteil von Befragten mit nur positiven Erfahrungen in Gruppe 2 wurde mit dem t-Test bestätigt: $t=3,014$ mit, $p=0,004$.

6.3.11 Kontakte zu einheimischen Deutschen in der Freizeit

28% (n=7) Gruppe 1 pflegen oft die Kontakte zu einheimischen Deutschen in der Freizeit, 48% (n=12) tun dies selten.

36% (n=9) Gruppe 2 haben oft Kontakte und 56% (n=14) selten zu einheimischen Deutschen in der Freizeit.

Im T-Test ($t=1,010$ $p=0,317$) konnte keine statistische Signifikanz zwischen den untersuchten Gruppen für dieses Item festgestellt werden.

6.3.12 Kontakte zu anderen Aussiedlern aus der GUS

Für 84% (n=21) Gruppe 1 waren die Kontakte zu anderen Spätaussiedlern aus den GUS-Staaten wichtig und sehr wichtig.

88% (n=22) Gruppe 2 beantworteten die Frage positiv.

Im T-Test ($t=0,366$ $p=0,716$) wurden keine statistischen Unterschiede gefunden.

6.3.13 Multikulturelle Einstellung

76% (n=19) Gruppe 1 waren der Meinung, dass Deutschland ein freies, demokratisches Land für alle Völker und Nationen sein sollte, im Gegenteil zu 24% (n=6), welche die Meinung vertraten, Deutschland sollte nur für Deutsche offen sein.

88% (n=22) Gruppe 2 waren für multikulturelles Deutschland und 12% (n=3) für ein „Deutschland nur für Deutsche“.

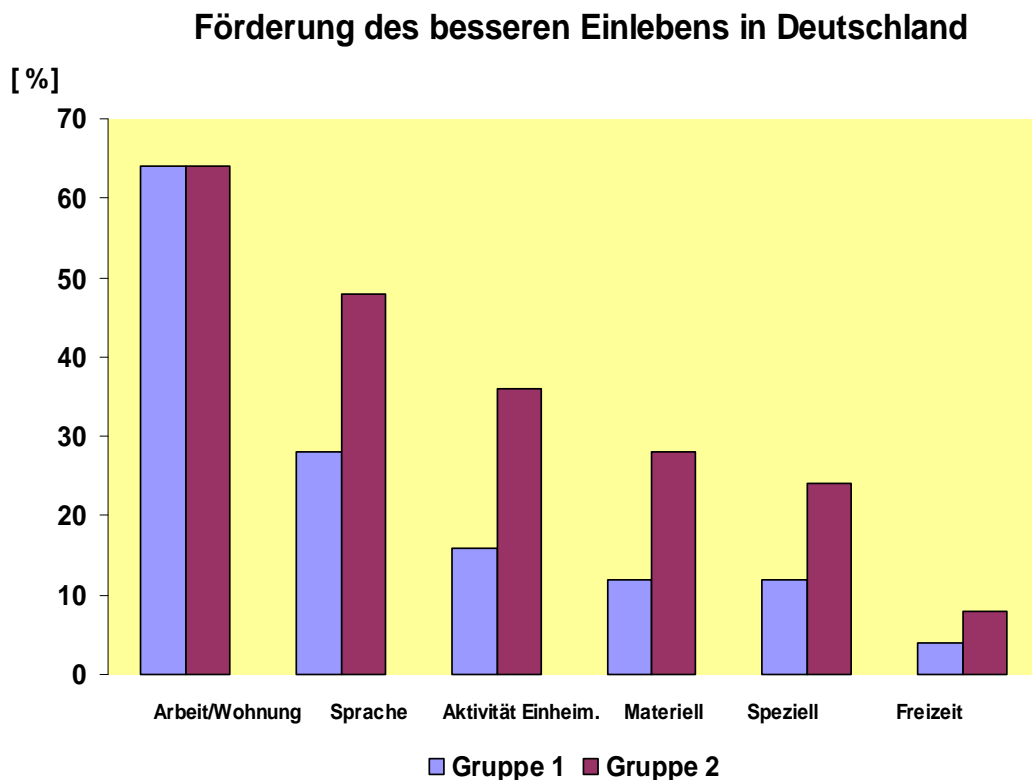
Im Chi²-Test ($\chi^2=1,220$, $p=0,269$) wurden keine statistische Signifikanzen für diese Merkmale errechnet.

6.3.14 Förderung des besseren Einlebens in Deutschland

64% (n=16) Gruppe 1 plädierten für öffentlich organisierte Hilfen für Spätaussiedler im Bereich Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche, 28% (n=7) für bessere Sprachkurse, 16% (n=4) für gemeinsame Aktivitäten mit einheimischen Deutschen und je 12% (n=3) für spezielle Angebote und bessere materielle Unterstützung für Aussiedler, 4% (n=1) bei Freizeitangeboten.

64% (n=16) Gruppe 2 wollten Unterstützung bei Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche, 48 % (n=12) bessere Sprachkurse, 36% (n=9) gemeinsame Aktivitäten mit einheimischen Deutschen, 28% (n=7) bessere materielle Unterstützung für Aussiedler, 24% (n=6) spezielle Angebote für Aussiedler, 8% (n=2) Freizeitangebote.

Grafik 12



In der statistischen Auswertung der Items und der Vergleichsanalyse zwischen den Gruppen wurde bei den folgenden Fragen im Chi²-Test keine statistische Signifikanz lokalisiert:

„Spezielle Angebote für Aussiedler“ $\text{Chi}^2=1,38$, $p=0,240$

„Gemeinsame Aktivitäten mit einheimischen Deutschen“ $\text{Chi}^2=2,904$, $p=0,088$

„Hilfe bei Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche“ in 16 Fällen bei beiden Gruppen angegeben

„materielle Unterstützung“ $\text{Chi}^2=2,222$, $p=0,136$

„bessere Sprachkurse“ $\text{Chi}^2=2,496$, $p=0,114$

An der Beantwortung des Items „Freizeitangebote“ beteiligten sich insgesamt nur drei der Befragten.

6.3.15 Lebenszufriedenheit mit der momentanen Situation

76% (n=19) Gruppe 1 waren zufrieden mit dem Leben in Deutschland. Bei Gruppe 2 waren es 64% (n=16).

Der T-Test ($t= -0,158$, $p=0,875$) ergab keinen signifikanten Wert.

6.3.16 Rückkehrabsichten

Keine der beiden Gruppen wollte in das Aussiedlungsland zurückkehren.

6.4 Suchtentwicklung der Opiatabhängigen

6.4.1 Erstkontakt mit Suchtmitteln

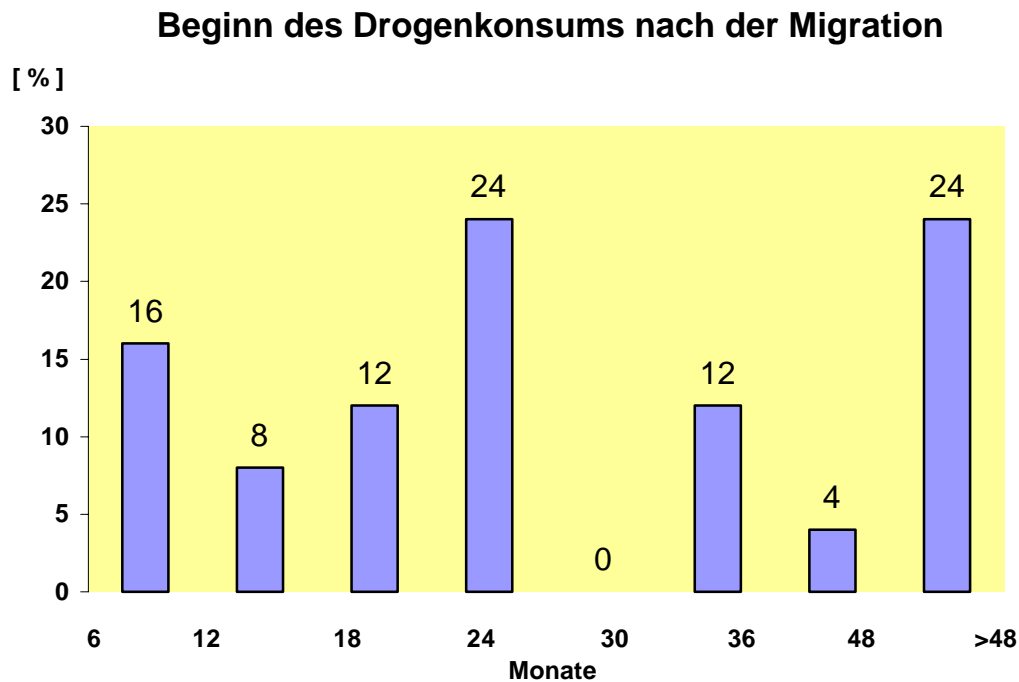
100% (n=25) der Befragten waren Raucher, wobei sie im Durchschnitt mit 14 Jahren ($\pm 3,52$) (Range 9 -18) mit dem Tabakkonsum begonnen hatten. Bei 76% (n=19) begann der regelmäßige Alkoholkonsum im Alter von 15 Jahren (± 2) (Range 10-17).

Cannabis wurde bei 36% (n=9) erstmals mit 14 Jahren $\pm 1,94$ (Range 11- 17) konsumiert. 32% (n=8) entwickelten einen regelmäßigen Cannabiskonsum im Alter von durchschnittlich 16,5 Jahren ($\pm 1,5$ Jahre).

Andere psychotrope Substanzen oder Substanzgruppen (Kokain, Benzodiazepine, Amphetamine und Halluzinogene) wurden je von einzelnen Probanden gelegentlich eingenommen.

6.4.2 Beginn des Drogenkonsums nach der Migration

Grafik 13



16% (n=4) der heroinabhängigen Untersuchten begannen bereits während der ersten 6 Monate nach der Aussiedlung im Übergangwohnheim mit dem Heroinkonsum. Während der mittleren Aufenthaltsdauer in den Übergangwohnheimen von 18 Monaten waren 36% (n=9) opiatabhängig geworden und nach 2 Jahren waren es 60% (n=15). Die restlichen 40% (n=10) wurden ab dem 3-4 Jahr nach der Einreise in die BRD heroinabhängig. In diesem Zeitraum haben alle die Wohnheime verlassen.

6.4.3 Einstiegsdroge

Bei 64% (n=16) der Spätaussiedler begann die Abhängigkeitsentwicklung bereits zu Anfang mit der intravenösen Applikation von Heroin, bei 32% (n=8) mit dem Konsum

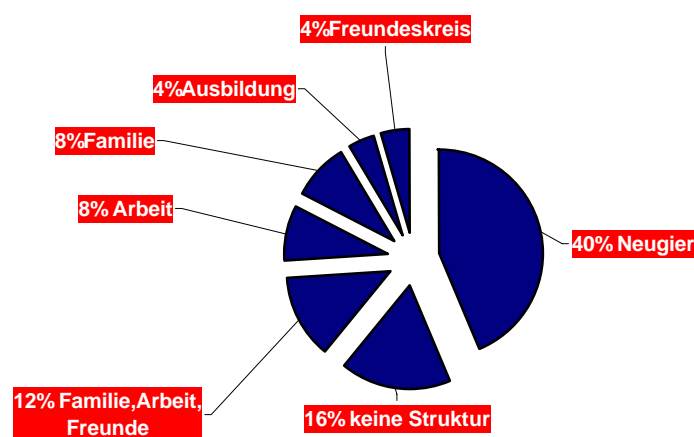
von Cannabisprodukten und bei 4% (n=1) mit Metoxydesmethylmetamphetamin (MDMA).

6.4.4 Angaben zur Einstiegsmotivation

Neugier und Langeweile wurden am häufigsten als Gründe für den Erstkonsum illegaler Drogen genannt. 56% (n=14) der Befragten gaben diese Gründe als maßgebend für den beginnenden Drogenkonsum an. Zur Rolle der Erreichbarkeit konnten keine verwertbaren Aussagen erfragt werden, weil als kausal vorrangig die fehlende Zeitstruktur und die Langeweile von den Befragten gewertet wurden. Als Erstsache für ihren Drogenkonsum gaben sie nicht an, von anderen Opiatabhängigen zum Drogenkonsum hingeführt worden zu sein, sondern aus der Lebenssituation in den Aussiedlerwohnheimen heraus, keine bessere Alternative vorgefunden zu haben. Die Einzelergebnisse sind der nächsten Grafik abgebildet.

Grafik 14

Einstiegsmotivation für Drogenmissbrauch



40% (n=10) der Betroffenen gaben an, aus Neugier Drogen konsumiert zu haben. 16% (n=4) beklagten Probleme mit der Freizeitgestaltung und der fehlenden

Zeitstrukturierung des Tagesablaufes, 12% (n=3) (Mehrfachnennung) Schwierigkeiten mit Familie und Partnerschaft, Probleme am Arbeitsplatz, mit dem Freundeskreis sowie mit der Aussiedelung; 8% (n=2) nur Probleme am Arbeitsplatz, 8% (n=2) nur in Familie oder Partnerschaft, 4% (n=1) beklagten Probleme mit der Ausbildungsstätte und 4% (n=1) nur mit Freundeskreis.

6.4.5 Beginn einer körperlichen Entzugssymptomatik

56% (n=14) der Befragten entwickelten innerhalb der ersten 4 Wochen körperliche Entzugsserscheinungen, 28% (n=7) in den weiteren 4 Wochen. Nur 8% (n=2) der Opiatabhängigen bekamen körperliche Entzugssymptome erst nach 2 Monaten.

6.4.6 Schuldensituation

Bei der Befragung zeigte sich, dass die Antworten zu diesem Fragenkomplex sehr unwillig, zögernd oder gar nicht gemacht wurden. Aus den vorhandenen Daten konnten kaum verwertbare Ergebnisse abgeleitet werden. Valide schien lediglich die Angabe von 56% (n=14) der Befragten, Schulden zu haben.

6.4.7 Straffälligkeit

84% (n=21) der Probanden waren vorbestraft. 40% (n=10) davon waren mehrfach vorbestraft (Geld-, Bewährungs-, Haftstrafe). 24% (n=6) erhielten eine Geldstrafe, 12% (n=3) hatten Haftstrafen erhalten, bei 4% (n=1) waren Haftstrafen zur Bewährung ausgesetzt. 20% (n=5) hatten zum Untersuchungszeitpunkt laufende Verfahren.

6.4.8 Drogenkonsum in den letzten 12 Konsummonaten

Die Heroinmenge lag bei 25 Betroffenen im Durchschnitt bei 2,4 g/Tag (+/-1.11g) (Range 0,5-4 g/Tag). 8 (32%) Probanden konsumierten täglich Cannabis (1 Joint /Tag), 3 (12%) der Probanden tranken täglich ca. 2l Bier, 1 (4%) Proband nahm regelmäßig 10 mg Diazepam ein. 8 (32%) Probanden konsumierten monatlich 1 mal MDMA. Hochprozentigen Alkohol tranken nur 3 (12%) Probanden 1 bis 2 mal pro

Woche (ca. 400 ml Wodka). Nur 2 (8%) Probanden konsumierten durchschnittlich 0,75 Gramm Kokain im Verlauf eines Monats.

6.4.9 Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen

72% (n=18) der Probanden hatten eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Entzugsbehandlung zu einem früheren Zeitpunkt begonnen. 64% (n=16) hatten diese Behandlungen abgebrochen. Nur 16% (n=4) schlossen einen Methadon-gestützten Entzug erfolgreich ab. 8% (n=2) schlossen zwei Entzugsbehandlungen erfolgreich ab. Jeder gab an, einen oder mehrere Selbstentzüge vergeblich versucht zu haben.

Eine Entwöhnungsbehandlung hatte 1 Opiatabhängiger zu einem früheren Zeitpunkt begonnen, aber nicht zu Ende geführt.

6.4.10 Teilnahme an einer substitutionsgestützten Behandlung

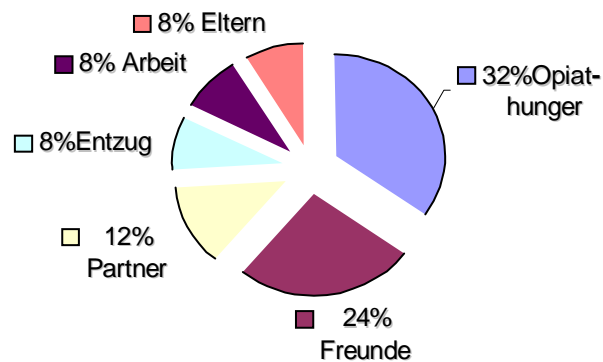
76% (n=19) der Befragten nahmen zum Zeitpunkt der Untersuchung an einer substitutionsgestützten Behandlung teil. 68% (n=17) Probanden erhielten Methadon oder L- Polamidon. Zwei Probanden 8% (n=2) erhielten Buprenorphin.

6.4.11 Grund für den letzten Rückfall

32% (n=8) gaben Opiathunger als Rückfallgrund an, 24% (n=6) beschuldigten ihre Freunde und 12% (n=3) gaben ihren Partnern Schuld. Je 8% (n=2) gaben als Grund für den letzten Rückfall Entzugserscheinungen, Probleme mit der Arbeit oder mit den Eltern an.

Grafik 15

Grund für den letzten Rückfall



6.4.12 Teilnahme an ambulanten Angeboten der Nachbetreuung

76% (n=19) der Befragten haben die ambulanten psychosozialen Betreuungsangebote wahrgenommen. 42% (n=8) wurden durch Arztpraxen und 32% (n=6) durch die suchtmmedizinische Ambulanz des BKH's betreut. 16% (n=3) waren von einer Arztpraxis und der suchtmmedizinischen Ambulanz des BKH's, die anderen 16% (n=3) von einer Arztpraxis und einer Suchtberatungsstelle, 10% (n=2) von einer Arztpraxis, einer Suchtberatungsstelle und der Institutsambulanz des BKH's nachbetreut.

Bei denen, die keine ambulanten Angebote in Anspruch nahmen (28%, n=7) gaben 12% (n=3) an, aus Angst vor einem möglichen Bekannt werden ihrer Opiatabhängigkeit ambulante Hilfen abgelehnt zu haben, 12% (n=3) hatten Probleme damit, überhaupt medizinische (offizielle) zu beanspruchen. Sie befürchteten negative Konsequenzen wie z.B. die Meldung ihrer Personen bei anderen Behörden und der Polizei. Die weiteren 16% (n=4) wollten ihren Drogenkonsum nicht beenden. Die restlichen 4% (n=1) fühlten sich in der Lage ohne professionelle Hilfe ein drogenfreies Leben zu führen.

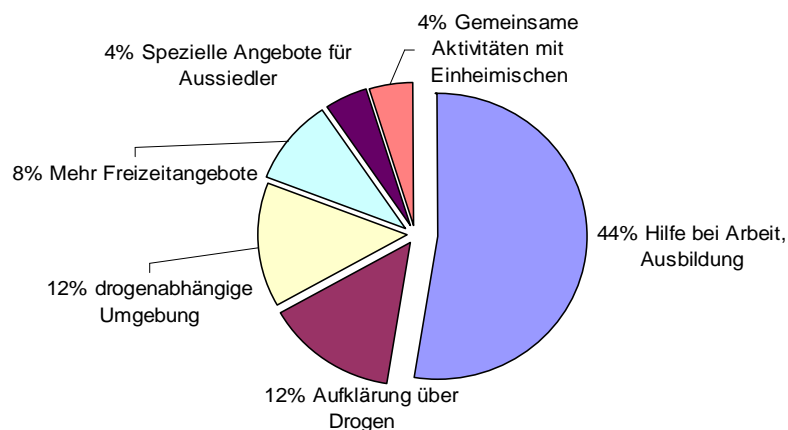
6.4.13 Präventivmaßnahmen aus Sicht der Opiatabhängigen

44% (n=11) der Probanden waren der Meinung, dass Hilfe bei der Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche ihre Opiatabhängigkeit hätte verhindern können. 12% (n=3) vertraten die Ansicht, dass Aufklärungsarbeit über Drogen ihre Sucht hätte verhindern können. Ebenfalls 12% (n=3) waren der Auffassung, dass Drogenprävention besonders durch „Reduzieren des Einflusses der drogenabhängigen Umgebung“ bei ihnen wirksam gewesen wäre.

8% (n=2) hielten Freizeitangebote für geeignete Präventivmaßnahmen. Je 4% (n=1) nannten spezielle Angebote für Aussiedler und gemeinsame Aktivitäten mit Einheimischen für wichtige primärpräventive Interventionen.

Grafik 16

Einschätzung von drogenpräventiven Maßnahmen



7 DISKUSSION

7.1 Soziodemographische, migrationsspezifische und suchtspezifische Ergebnisse

Die ausschließliche Repräsentanz von männlichen Opiatabhängigen in der untersuchten Stichprobe ergibt sich aus den Ausschlusskriterien.

In Deutschland sind durchschnittlich 75-80% aller Opiatabhängigen männlich (DHS 2004). Die epidemiologischen Daten der DHS für die Jahre 1998-2002 zeigen bezüglich der geschlechtsspezifischen Verteilung der Opiatabhängigkeit in Deutschland folgendes Bild: 74% der Patienten in stationären Suchteinrichtungen sind Männer. Unter ambulant behandelten opiatabhängigen Probanden waren 2001 72% Männer und 28% Frauen. Im stationären, überwiegend rehabilitativen Bereich 77% Männer und 23% Frauen (vgl. DHS Jahrbuch Sucht 2000-2004).

Trüg (Trüg 1992) fand in einer Stichprobe im Krankenhaus Ochsenzoll 67% männliche und 33% weibliche Patienten.

Bätz (Bätz 1998), fand 88,1% Männer und 11,9% Frauen bei stationär behandelten opiatabhängigen Aussiedlern aus den GUS-Staaten in der Drogensuchtabteilung der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Im Jahr 2001 fand man dort 91,3% männliche und 7% weibliche Spätaussiedler aus Russland, 93,7 männliche und 6,3% weibliche Spätaussiedler aus Kasachstan (Bätz 2002).

Die Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) registrierte im Jahre 2002 für Deutschland ca. 80% (von n=20.889) Männer im ambulant-komplementären Bereich im Alter zwischen 15 und 34 Jahren (DBDD 2003). Der Deutsche Kerndatensatz ermittelte für 2002 ein Geschlechterverhältnis von 75% Männern zu 25% Frauen mit Opiatabhängigkeit in stationären Einrichtungen (Strobel et al. 2003). Für Bayern finden sich Zahlen von 73% männlichen und 27% weiblichen Patienten (Tretter et al. 2003).

Diese geschlechtsspezifische Verteilung mit der überdurchschnittlich hohen Repräsentanz von Männern scheint einerseits die „männliche Problematik“ der Opiatabhängigkeit zu zeigen. In Bezug auf die Gruppe russlanddeutscher Spätaussiedler können als spezifische Gründe für den überdurchschnittlich hohen Anteil männlicher Opiatabhängiger der überwiegend patriarchalische Erziehungsstil (vgl. Baum 1999) und die noch nicht stattgefundene Emanzipation der Frauen diskutiert werden. Russlanddeutsche Männer haben wesentlich mehr Freiheiten bezüglich Mobilität, sozialer Kontakte und großzügigem Freizeitverhalten. Demzufolge finden bei den Männern auch öfter initiale Drogenkontakte mit dem Risiko, die Probierebereitschaft zu stimulieren, statt.

Diese für opiatabhängige Spätaussiedler typische Geschlechterverteilung führte dazu, dass Mitte der 90-iger Jahre die Fachklinik Hohenrodt für russisch sprechende Männer gegründet wurde. Im Januar 2003 wurde in der Fachklinik Moorpension eine Abteilung mit 12 stationären Plätzen für 18 bis 25-jährige stoffabhängige Spätaussiedler aus den GUS-Staaten eröffnet (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003). Ein vergleichbares Angebot für drogenabhängige Frauen existiert nicht.

Im Vergleich zu den Zahlen von Bätz (Bätz 2002) zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung bezüglich der Altersverteilung bei den russlanddeutschen Opiatabhängigen ein ähnliches Bild: Im Durchschnitt war die eigene, opiatabhängige Stichprobe 22,4 Jahre alt. Bätz (2002) stellte in seiner Stichprobe ein Alter bei den untersuchten opiatabhängigen Spätaussiedlern von 22,7 Jahren fest. Unsere BADO-Daten für die im BKH Kaufbeuren in 2002 aufgenommenen Opiatabhängigen, unabhängig von ethnischer Zugehörigkeit, ergeben das Durchschnittsalter vom 27,5 Jahre (+/-10,47) (Range 16,5-65,4).

Trüg (Trüg 1992) ermittelte ein durchschnittliches Alter bei männlichen Opiatabhängigen einer gemischten Zusammensetzung von 26,6 Jahre. Welsch et al. (Welsch et al. 2003) stellte das durchschnittliche Alter bei opiatabhängigen Männern in den stationären Suchteinrichtungen im Jahre 2002 mit 28,3 Jahren fest. Zinkler et al. (Zinkler et al. 1998) ermittelte in einer katamnestischen Stichprobe bei opiatabhängigen Patienten des BKH Kaufbeuren ein Durchschnittsalter von 26,7

Jahren. In der Untersuchung zum stationären Entzug von Opiatabhängigen in Bayern (Tretter et al. 2003) wurde ein Durchschnittsalter von 28,5 Jahren erhoben.

Diese Zahlen beziehen sich alle auf das Alter zum Behandlungszeitpunkt in den Einrichtungen. Das bedeutet, dass die von uns untersuchten Spätaussiedler ca. 5,5 Jahre jünger sind, wenn sie eine Behandlungseinrichtung aufsuchen. Dieser Trend zeigt sich ebenfalls im Bericht der EDBB (2003). Diesem zufolge sind Spätaussiedler in stationären Einrichtungen in Deutschland ca. 6 bis 7 Jahre jünger als deutsche Opiatabhängige.

Gründe dafür können u.a. sein, dass sich Spätaussiedler entweder früher in Behandlung begeben z.B. weil der familiäre Behandlungsdruck aufgrund des engen Familienzusammenhaltes größer ist, und/oder dass der Beginn der Abhängigkeit früher liegt, das letzte zeigte Kufner (Kufner 2004) in seiner Untersuchung über das Einstiegsalter der Opiatabhängigkeit in Deutschland.

Der prozentuale Anteil der kasachischen Spätaussiedler betrug 64% und jener der russischen Spätaussiedler 24% in der Gruppe 1. 68% kasachische und 28% russische Spätaussiedler waren in der Gruppe 2. Der prozentuale Anteil der kasachischen Spätaussiedler in Kaufbeuren lag 2002 bei 49,2% und bei Spätaussiedlern aus der Russischen Föderation bei 32%. Für Deutschland lag in 2002 der prozentuale Anteil der jährlich einwandernden kasachischen Spätaussiedler unter aller russlanddeutschen Spätaussiedler mit 38.853 bei 42,7%. Der Anteil der Spätaussiedler aus der Russischen Föderation lag mit 44.493 bei 49,1%. Diese jährliche Auswanderungs- und Proportionsquote aus der GUS bleibt in Deutschland letzte Jahre konstant (Bundesverwaltungsamt 2004). In Kaufbeuren wohnen 17% (1.980 Personen) mehr kasachische Spätaussiedler als aus der Russischen Föderation (1.289 Personen). Die Stichprobe repräsentiert somit die Überrepräsentanz der opiatabhängigen kasachischen Spätaussiedler mit 64% gegenüber 24% aus der Russischen Föderation. Der Grund dafür könnte daran liegen, dass sich nach dem Zusammenbruch der UdSSR die Lebensbedingungen in den ländlichen Gebieten der zentralasiatischen Nachfolgestaaten so drastisch verschlechterten, dass der Drogenanbau zu einer zusätzlichen Einkommensquelle wurde (Dietz 2003). Wenn in Kasachstan der Mohnfeldanbau zum Wirtschaftsfaktor gehört, sind vor allem die Jugendlichen, die Verfügbarkeit und

Zugänglichkeit der Drogen ausgesetzt sind (vgl. Morral et al. 2003). Dagegen z.B. in Russland und der Ukraine sind synthetische Drogen (vor allem Amphetamine) verbreitet.

Die steigende Menge der beschlagnahmten illegalen Drogen in allen größeren Städten Sibiriens belegt dies (Dietz 2003). Angesichts in unserer Untersuchung gewonnenen Daten gehen wir von einem deutlich erhöhten Risiko für Drogenabhängigkeit bei kasachischen Spätaussiedlern aus. Dies zeigt eine erhöhte Gefährdung (Faktor „Herkunftsland“) für die Entwicklung der Drogenabhängigkeit unter Spätaussiedlern aus Kasachstan.

Die meisten Drogenabhängigen kommen aus Städten mit mehr als 40.000 Einwohnern. Die Kontrollgruppe kommt aus Städten mit durchschnittlich 16.000 Einwohnern. Die opiatabhängigen Russlanddeutschen kommen signifikant häufiger aus größeren Städten (mehr als 50.000 Einwohner) als die Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe wohnte vor der Migration signifikant häufiger in ländlichen Gegenden.

Der Anteil der ledigen Opiatabhängigen lag in unserer Untersuchung bei 84%. Trüg (Trüg 1992) fand bei opiatabhängigen Deutschen einen Anteil Lediger von 82% (Durchschnittsalter 26,6 Jahre). In der Untersuchung von Bätz (Bätz 2002) waren 74,8% der stationär behandelten deutschen Opiatabhängigen im Alter von 28,3 Jahren ledig. Nach Bätz (Bätz 2002) waren 16,7% russischer Spätaussiedler und 19,8% der opiatabhängigen Spätaussiedler aus Kasachstan verheiratet. Die hohe Anzahl der ledigen Personen kennzeichnet das schwache soziale Netzwerk, in dem sich opiatabhängige Personen bewegen (Welsch et al. 2003) sowie die Ausgrenzung dieser Gruppe.

Es fällt auf, dass in beiden untersuchten Gruppen die Anzahl der Geschwister niedrig war 1 (+/-0,81) der Gruppe 1 und 1 (+/-1,0) der Gruppe 2; die meisten Personen waren Einzelkinder, kinderreiche Familien fanden sich in der Stichprobe nicht. Dagegen fand Valdes (1997) bei konsekutiv aufgenommenen Opiatabhängigen im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren eine durchschnittliche Anzahl von Geschwister von 3,02. Van der Straeten und Singer (Van der Straeten und Singer 1993) fanden bei einem Anteil von 60,1% der untersuchten suchtkranken Familien drei oder mehr Kinder, während der Anteil der Familien mit drei oder mehr Kinder im Durchschnitt in Deutschland 26,5% ausmacht. In der Gruppe 1 wurde 24% (n=6) geschiedene

Eltern gefunden dagegen in der Gruppe 2 8% (n=2), das könnte auf die broken-home-Situation bei den Opiatabhängigen vor dem Ausbruch der Suchterkrankung hinweisen (vgl. Lettieri et al. 1982).

Valdes (Valdes 1997) fand bei 77% der untersuchten Opiatabhängigen nur ein Elternteil. Aufgrund jedoch der kleinen Stichprobe unserer Untersuchung wird diesem Ergebnis keine weitere Diskussion gewidmet.

24 (96%) der Gruppe 1 und 25 (100%) der Gruppe 2 unserer Stichprobe lebten mit ihren Eltern in den Mietwohnungen. Laut DHS (DHS 2004): 25% der Opiatabhängigen lebten zusammen mit Elternteil, 32% lebten allein, mit Partnerin 21%, mit Kindern und Partnern 19%, mit deren Familien. Trüg (Trüg 1992) fand, dass 21% der Opiatabhängigen bei den Eltern und Bekannten 2%. Valdes (Valdes 1997) fand nur 20% der Opiatabhängigen, die bei den Eltern wohnten, allein 20%, über 30% wohnten mit dem Partner, 6% hatten keinen festen Wohnsitz. 86% der Patienten der Stichprobe von Valdes (Valdes 1997) hatten eine Mietwohnung.

Strobel (Strobel et al. 2003) berichtet über Daten 2002, dass 51% der Opiatabhängigen selbständig wohnten, 28% bei Angehörigen oder Eltern, 12% in Justizvollzugsanstalt, 3% in Klinik oder Heim, 3% im betreuten Wohnen, 3% ohne Wohnung. 53% der Opiatabhängigen waren allein stehend, 32% lebten in fester Partnerbeziehung. In der Untersuchung von Welsch und Sonntag in den stationären Suchteinrichtungen lebten 2002 39% der Männer mit Opiatabhängigkeit in einer eigenen Wohnung, noch 30% ohne eigenen Mietvertrag (Welsch et al. 2003).

Hier zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit von den Eltern sowohl in der opiatabhängigen als auch in der Kontrollgruppe unter deutschen Aussiedlern im Vergleich zur einheimischen Opiatabhängigen. Das spricht für niedrigen materiellen und sozialen Status, sowie einen starken Familienbezug russlanddeutschen Spätaussiedler (vgl. Constantini et al. 1992, Hill et al. 1991, Johnson et al. 1991).

Eine Evaluation des schulischen Werdegangs zeigt eine proportionale Verteilung in beiden Gruppen: 76% der opiatabhängigen Jugendlichen und 80% der Kontrollgruppe waren Hauptschulbesucher oder hatten einen Hauptschulabschluss.

Die Differenz der Befragten mit mittlerer Reife betrug lediglich 3% (n=1) zugunsten der Gruppe 2. 24% der Gruppe 1 und 21% der Gruppe 2 erreichten die Mittlere Reife.

Bezüglich der Schulbildung von Opiatabhängigen in anderen Stichproben zeigte Valdes (Valdes 1997) 58% der untersuchten Opiatabhängigen mit Hauptschulabschluss und 28% mit mittlerer Reife, IFT München (2002) evaluierte für Deutschland 59% der Opiatabhängigen mit Hauptschulabschluss und 18,3% mit mittlerer Reife, Zinkler (Zinkler et al. 1998) entsprechend 58% und 28% der untersuchten Opiatabhängigen. Die Basisdokumentation des BKH Kaufbeuren zeigt im Jahre 2002 bei Anzahl von 678 Opiatabhängigen einen Anteil von Personen mit Hauptschulabschluss von 69,6% und von 9,3% mit mittlerer Reife. Laut EBIS-Statistik der DHS (2002) waren unter den männlichen Opiatabhängigen 78,8% im ambulanten und 79,3% im stationären Bereich mit Hauptschulabschluss.

Welsch und Sonntag (Welsch et al. 2003) fanden, dass im Jahre 2002 etwa 60% der Opiatabhängigen in den stationären Suchteinrichtungen einen Hauptschulabschluss und 26% Mittlere Reife hatten.

Die untersuchten Daten zeigten, dass der Faktor „Bildung“ keinen Risikofaktor für Drogenabhängigkeit (einschließlich Opiate) in der Gesamtstichprobe darstellt.

Unter männlichen Opiatabhängigen waren es nach EBIS/DHS–Angaben (2004) im Jahr 2002 48,8% im ambulanten und 51,1% im stationären Bereich arbeitslos. Dagegen Strobel (Strobel et al. 2003) erhob 2002 folgende Daten für ambulant behandelte Opiatabhängigen in Deutschland: 31% waren erwerbs – und arbeitslos, 34% berufstätig, 11% Auszubildende und 9% Schüler/Studenten. In der Untersuchung von Bätz (Bätz 2002) waren 80,1% der drogenabhängigen (einschließlich Opiate) Spätaussiedler in der in der Drogensuchtabteilung der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie arbeitslos. Zinkler (Zinkler et al. 1998) fand bei einer Stichprobe im BKH Kaufbeuren 40% arbeitslose und 20% berufstätige Opiatabhängige. Valdes (Valdes 1997) stellte bei 52% der Stichprobe die Arbeitslosigkeit fest, 20% waren berufstätig. In den stationären Suchteinrichtungen fanden Welsch et al. 2002 47,1% Arbeitslose und 7,6% sonstige Nichterwerbspersonen, 4,8% Auszubildende, 34,3% Berufstätige Männer (Welsch et al. 2003).

Bei den untersuchten opiatabhängigen Patienten waren 52,5% berufstätig oder befanden sich in einer Ausbildung. In der Kontrollgruppe lag dieser Anteil bei 50,0%. Diese Differenz war nicht signifikant. Signifikante Unterschiede wurden zwischen 11 arbeitslosen Opiatabhängigen und zwei aus der Kontrollgruppe ($\text{Chi}^2=7,991$ $p=0,005$) festgestellt, was auf eine höhere Gefährdung der Gruppe 1 der Stichprobe durch Arbeitslosigkeit hinweisen kann. Die Arbeitslosigkeit trat bei 72% ($n=8$) der Gruppe 1 nach der Entstehung der Opiatabhängigkeit auf.

Bei der Beurteilung der Frage, welche mögliche, präventive Bedeutung die Zugehörigkeit der nicht-opiatabhängigen Probanden zum Russlanddeutschen Verein/Kaufbeuren in Bezug auf die Entwicklung einer Opiatabhängigkeit haben könnte, ist unter zwei Aspekten zu betrachten: Zum einen wurde nicht untersucht, wie sich nicht-opiatabhängige Spätaussiedler, die Mitglieder dieses Vereins sind, anhand der Untersuchungskriterien von nicht-opiatabhängigen Spätaussiedlern ohne Vereinsmitgliedschaft unterscheiden. Ohne Daten zu dieser Fragestellung, bleibt die Diskussion der Frage offen. Zum zweiten kann spekulativ angenommen werden, dass die Mitgliedschaft beim Russlanddeutschen Verein die Integration in die Gruppe der ortsansässigen Spätaussiedler und die eigenen kulturelle Identität fördert. Berry (Berry 1996, 2002) geht davon aus, dass die Integration im Gegensatz zur reinen Assimilation oder Segregation im Migrationsland besser gelingt, wenn die kulturelle Identität mit der Kultur des Auswanderungslandes stabil ist. Unter diesem Gesichtspunkt kann angenommen werden, dass die Zugehörigkeit zum Russlanddeutschen Verein, wo Feste gefeiert werden, der russische Sprachgebrauch gepflegt wird, Heimerinnerungen ausgetauscht und sportliche und musikalische Aktivitäten entwickelt, aber auch die Anforderungen des Migrationslandes gezielt diskutiert und Netzwerkstrukturen zu Behörden und Hilfesystemen aufgebaut und zur Verfügung gestellt werden, dem Gefühl der Verlassenheit und der Heimat- und Orientierungslosigkeit entgegenwirkt. In diese Richtung deuten die Untersuchungen von Farke (Farke 1999), der unter protektiven Faktoren geringen familiären Drogenkonsum und hohe psychosoziale Kompetenzen sowie Religiosität und Konventionalität nennt. Er geht davon aus, dass hierfür moralisch-asketische Wertmassstäbe, sowie eine enge Bindung an soziale Institutionen mit sozialer Kontrolle ursächlich sind. In diesem Zusammenhang kann der Verein der Russlanddeutschen auf lokaler Ebene auf diese Weise seelische Stabilität erzielen und durchaus suchtpreventiv wirksam sein.

In Hinblick auf tertiärpräventive Maßnahmen zeigt dieser Befund, dass die frühe Erfassung von russlanddeutschen Opiatabhängigen im suchtmmedizinischen Hilfesystem für die Verhinderung einer frühen Verelendung von großer Bedeutung ist. Insbesondere die kontrollierte Substitution ist bei dieser Gruppe von Abhängigen, deren Abstinenzbereitschaft und Änderungsmotivation gering ausgebildet sind, geeignet, die berufliche Entwicklung und den sozialen Status zu erhalten, bevor eine endgültige Abstinenzfähigkeit erreicht wird, die zumeist erst nach 8,5 Jahren der Heroinabhängigkeit ausgebildet ist (vgl. DBDD 2003).

Migration ist eine einschneidende Erfahrung mit vielfältigen Erwartungen und Hoffnungen, aber auch mit hohen Anforderungen und großem Anpassungsdruck. Konflikte entstehen zwischen bisher vertrauten Werten und der Situation im Migrationsland. Besonders Jugendliche, die kaum deutsche Sprachkenntnisse haben und schlechte Berufsaussichten in Deutschland vorfinden, haben Probleme mit der Sozialisation im Einwanderungsland. Annähernd 2/3 aller Kinder und Jugendlichen mussten den Eltern bei der Migration gegen ihren Willen folgen. Gleichzeitig ergeben sich Schwierigkeiten damit, diese Gruppe mit interkulturellen Angeboten zu erreichen (Caspers-Merk 2002).

In der vorliegenden Untersuchung folgten 80% der Heroinabhängigen und 68% der Vergleichsgruppe unfreiwillig ihren ausreisewilligen Eltern. Die von Papoulias (Papoulias 1985) beschriebenen "Kofferkinder" kommen in Gruppe 1 noch häufiger vor als in der Gruppe 2. Die emotionale Situation, die emotionalen Bedürfnisse und die möglichen Integrationsprobleme wurden von den Eltern vor der Migration in Kauf genommen, ohne die Dimension dieses Problems ausreichend abschätzen zu können.

Als Ausdruck dafür, wie unvorbereitet die Migration bei den Probanden der Gruppe 1 erfolgte, können die ungenügenden Sprachkenntnisse vor der Einreise gesehen werden. 68% dieser Gruppe kamen ohne Sprachkenntnisse nach Deutschland. In der Gruppe 2 gaben nur 25% an, ohne Sprachkenntnisse nach Deutschland eingereist zu sein. Als wichtigste Voraussetzung für eine Integration wird allgemein die Beherrschung der Sprache angesehen (Herwartz-Emden 1997, Rakhkockine 1997, Seifert 1996, Dietz 1998). Damit waren mehr als 2/3 aller Opiatabhängigen

zum Zeitpunkt ihrer Einreise nicht integrationsfähig. Hinsichtlich dieser Zahlen kann man davon ausgehen, dass in der Phase des Migrationsaktes die Gruppe mit den schlechteren Sprachkenntnissen die grösseren Integrationsprobleme hatte. Hypothetisch kann man annehmen, dass dadurch die Probierbereitschaft für Drogen mit wirklichkeitsverdrängender Wirkung höher war als in der Vergleichsgruppe. Der Zugang zur russisch sprechenden Drogenszene als einzigem Kommunikationsort kann deshalb bahrend für den Beginn der Opiatabhängigkeit verstanden werden. Eine Auseinandersetzung mit den Gewohnheiten und der Kultur des Einreiselandes konnte somit nicht stattfinden. Es entstand eine soziale Isolation. Eine Untersuchung der FH Nürnberg zeigte, dass jene Aussiedler, welche schlecht deutsch sprechen, dazu neigen, sich aus dem öffentlichen Leben zurückziehen, seltener deutsche Freunde haben und sich in Deutschland weniger wohl fühlen (Luff 2000).

Eine neue Sozialisation unter neuen Lebensbedingungen bei unseren Untersuchten vollzog sich zunächst nicht. Die jungen Spätaussiedler scheiterten und befanden sich rasch in der Dekompensationsphase. Die Phase der Überkompensation fand nicht statt. Mit dem Wegfall der Phase der Überkompensation fehlte ihnen die Motivation für Integration. Wie später gezeigt wird, fällt bei der Mehrheit der Gruppe 1 der frühe Beginn der Abhängigkeit genau in die zu früh auftretende Phase der Dekompensation.

Das Erlernen der Sprache ist ausschlaggebend für die Bewältigung und die Herausbildung einer Identität im Einreiseland (Walter 2003), sodass ohne Sprachkenntnisse dieser Prozess überhaupt nicht stattfinden kann bzw. in die Subkultur der Opiatabhängigen führen könnte (vgl. Macek 2002). Aufgrund der mangelhaften Sprachkenntnissen pflegten die meisten Untersuchten beider Gruppen in ihrer Freizeit nur selten (28-33%) die Kontakte zu den Einheimischen.

Der Zugang zu den Einheimischen und auch der Schlüssel für die Akzeptanz durch die Bevölkerung des Einreiselandes (Töwe 2000) wird damit verpasst. Eine hohe Arbeitslosenquote bei den opiatabhängigen Probanden der Stichprobe (44%) kann unter anderem mit schlechten Sprachkenntnissen in Verbindung stehen, da ohne Sprachkenntnisse eine sinnvolle berufliche Ausbildung unmöglich ist, die neue Teilhabe- und Integrationschancen eröffnen könnte (Walter 2003).

Erst seit Januar 2003 muss jedes Mitglied einer Migrationfamilie bei der deutschen Botschaft in den GUS-Staaten einen Sprachtest absolvieren.

Die Gruppe 1 gab zu einem Viertel an, negative Erfahrungen in der Phase des Migartionsaktes gemacht zu haben, während nur 8% in Gruppe 2 dies bestätigten. Demgegenüber gaben nur 12% der Opiatabhängigen ausschliesslich positive Migrationsserfahrungen, aber 56% der Kontrollgruppe ausschliesslich positive Migrationsserfahrungen an.

Auch hinsichtlich dieser Befunde ist zu diskutieren, inwiefern die Freiwilligkeit der Ausreise und die fehlende Sprache negative Migrationsserfahrungen begründet. Schmitt-Rodermund (Schmitt-Rodermund et al. 1996) zeigte, dass die Freiwilligkeit der Ausreise positive Auswirkungen auf die Befindlichkeit der Aussiedlerjugendlichen in der Bundesrepublik hat. Bei den Gründen für die Ausreise fällt auch auf, dass die Probanden der Gruppe 1 den Familienzuzug, die bessere Entwicklung für ihre Kinder und die Benachteiligung der Deutschen im Ausreiseland in keinem Fall genannt haben. Sie reflektieren womöglich wesentliche Ausreisegründe ihrer Eltern nicht, übernehmen deren Migrationssmotive weniger und entwickeln weniger Bewusstsein für den Prozess der Migration und der Integration. Dabei ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass $\frac{3}{4}$ der Befragten aus Gruppe 1 mit Opioiden substituiert waren. Opioide wirken auf die kognitive und emotionale Anteilnahme an Realitätsprozessen einschränkend. Es tritt eine Distanzierung und Entfremdung von der Realität ein. Die dauernde Opiatintoxikation führt zur Erlebnisverarmung, zu verminderter geistiger Aktivität, Konzentrationsschwierigkeiten und Apathie, danach folgt verändertes Sozialverhalten, Kohäsionsverlust, Desintegration, körperlicher und psychischer Zerfall (Täschner 1983, Julien 1997).

Aus diesem Grund kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei den Interviews Denkprozesse bei den Substituierten undifferenzierter waren als in der Vergleichsgruppe.

Die gleiche Interpretation kann für die Unterschiede bei der Antwortung zu "Interessen" herangezogen werden. Die Gruppe 2 gab doppelt so viele Interessen als Gruppe 1 an. Ausserdem bezogen sich die Interessen der Gruppe 2 mehr auf die

Lebenssituation in Deutschland, während Angaben der Gruppe 1 auf mehr Isolation und Realitätsrückzug hinweisen.

Rückkehrabsichten wurden bei beiden untersuchten Gruppen nicht angegeben, was in den früheren Befragungen der Spätaussiedler vom Osteuropa-Institut bestätigt werden kann, wonach nur 1,2% der Befragten die Bundesrepublik wieder verlassen wollten (Dietz und Roll, 1999).

Die Häufigkeit für Heroinabhängigkeit bei Spätaussiedlern liegt, entsprechend dem in der Fragestellung geschilderten Verfahren, 9-15mal höher als bei den behandelten Nicht-Spätaussiedlern. Wir nehmen an, dass auch dieses Phänomen der erhöhten Häufigkeit von Heroinabhängigkeit mit der fehlgeschlagenen Integration ursächlich zusammenhängt und damit als Migrationseffekt zu verstehen ist.

Zur Frage der Bedeutung von soziokulturellen Bedingungsfaktoren für die Entstehung von Opiatabhängigkeit lagen für deutsche Städte zum Untersuchungszeitpunkt keine Untersuchungen vor.

Tretter (Tretter 2004) diskutiert die Frage, ob sozialräumlich bedingte Risikokonstellationen für eine Konzentration von Drogenkonsumenten solche Bedingungsfaktoren enthalten können? Der Vergleich europäischer Städte zeigte z.B. erhebliche Unterschiede der Prävalenz des Opiatkonsums (Hay et al. 1997). Für andere Substanzgruppen zeigen Tossmann (Tossmann et al. 2001) ähnliche Ergebnisse. Behrens und Braun (Behrens 1999, Braun 2001) untersuchten die Anzahl von Drogenabhängigen (einschließlich Opiate) in Abhängigkeit von unterschiedlicher Angebotslage für Heroin und finden eine erhöhte Nachfrage als Folge von erhöhtem Angebot. Aus der klinischen Befragung von Kaufbeurer Drogenpatienten ist bekannt, dass gerade in Übergangwohnheimen die Angebotsstrukturen eine konstante Versorgung mit Heroin gewährleisten. Um ein besseres Verständnis dieser Fragestellung zu gewinnen, wäre es notwendig, den Zusammenhang zwischen stadtsoziologischen Merkmalen und ethnospezifischer Prävalenz der Drogenabhängigkeit zu untersuchen, wie dies Tretter (vgl. Tretter et al., 1998, Tretter et al. 2004) vorschlägt.

Wie Grafik 13 zeigt, beginnt bei 36% der Stichprobe die Heroinabhängigkeit während der ersten 18 Monaten des Aufenthaltes in den Übergangwohnheimen und bei weiteren 24% in den folgenden 6 Monaten. Wir nehmen an, dass bei diesen 60% der in den Wohnheimen und in den folgenden 6 Monaten abhängig gewordenen Spätaussiedlern Migrationseffekte Risikobedingungen darstellen. Wegen der engen Verhältnisse in Übergangwohnheimen spielt sich die Freizeitaktivität der jungen Spätaussiedler bevorzugt auf der Strasse ab (vgl. Dietz 1998), dort trifft man sich mit Gleichaltrigen und wird auffällig (Walter 2003). Die Lebenssituation in den Wohnheimen hat eine misslungene Integrationsphase zur Folge und kann insofern als ein Migrationseffekt verstanden werden. Im ungünstigen Fall führt die komplexe, durch migrationsbedingte Faktoren zu Pseudo-Lösungen, wie die Pseudo-Autonomie des Anschlusses an drogenkonsumierende Gruppen und „Subkulturen“ (Gzycholl 2002).

Eine misslungene Integration hat zur Folge, dass neue Lebensstile nicht erlernt werden. Alte Lebensstile können nicht aufrechterhalten werden. Das Aufgeben eines gewohnten Lebensstils, der einen wesentlichen Teil der Identität ausmacht (Pfeiffer 1994) führt ohne angemessenen Ersatz zu einem Identitätsverlust und zu einer Konzentration auf diejenigen, welche sich in der gleichen Lage befinden. Lebensstile dieser Subkulturen werden zwangsläufig übernommen. Das Fixer-Sein wird zum Lebensstil und das „short sweet life“ zur Begründung des Selbstbildes (Berger 1982). Das vergleichsweise um 1,7-2.8 Jahre niedrigere Einstiegsalter der Spätaussiedler im Vergleich zu den einheimischen Opiatabhängigen (vgl. Kufner 2004) kann aus diesen Bedingungen heraus verstanden werden.

An Problemen die zum Drogenkonsum geführt haben sollen, wurde bei 40% der Untersuchten Neugier genannt. 16% beklagten mit der Freizeit und nur 12% Schwierigkeiten im Familien- und Freundeskreis, am Arbeitsplatz und mit Aussiedelung nach Deutschland. In der Untersuchung von EDSP (EDSP 2000) wurden folgende Motive für den Drogenkonsum genannt: 43% Neugier, 23% konsumierender Freundeskreis. Diese Daten lassen zunächst keine migrationspezifischen Faktoren als Bedingung für die Heroinabhängigkeit der Spätaussiedler erkennen. Sie stehen allerdings auch nicht im Widerspruch zu der dargelegten Interpretation, dass die überdurchschnittliche hohe Inzidenz, das frühe Einstiegsalter, die zeitliche Koinzidenz des Abhängigkeitsbeginnes mit dem

Aufenthalt in den Übergangwohnheimen und wie noch gezeigt wird mit dem häufigen Direkteinstieg in den Heroinkonsum ohne andere Einstiegsdrogen in ihrer Summe als Migrationseffekte verstanden werden. Vielmehr deuten diese Daten daraufhin, dass die Migrationseffekte von den Betroffenen nicht reflektiert und in einen Zusammenhang mit ihrer Abhängigkeitsentstehung gebracht werden.

Weiler (Weiler et al. 2000) fand ein mittleres Einstiegsalter bei Heroinabhängigen von 20,8 (+/- 5,3) Jahren. Nach Kufner (Kufner 2004) liegt der Abhängigkeitsbeginn von Heroin in Deutschland über alle Nationalitäten verteilt im Mittel bei 19,7 Jahren. Die von uns untersuchte Stichprobe entwickelte demnach die Opiatabhängigkeit im Mittel 1,7-2,8 Jahre früher. Zum Untersuchungszeitpunkt betrug die Aufenthaltsdauer in Deutschland bei den Probanden der Gruppe 1 6,3 (+/-3,2) Jahre. Vom Beginn des Konsums bis zur ersten stationären Aufnahme lagen durchschnittlich 2 Jahre (+/- 0,76).

Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer bis zur ersten stationären Behandlung liegt für unabhängig vom Migrantenstatus untersuchte Heroinabhängige in 2002 in unserer Klinik für die Diagnosen F11 und F19 bei 9,23 (+/-6,5) Jahre und im Durchschnitt (2001-2004) 7,5 (+/-6,4) Jahre. Valdes (1997) ging in seiner Stichprobe von einer durchschnittlichen Abhängigkeitsdauer zwischen 10 und 11 Jahren aus. Das bedeutet, dass sich die untersuchten Spätaussiedler im Mittel 5 bis 7 Jahre früher in Behandlung begeben. Dieser Befund kann in folgender Weise verstanden werden: Die Familien der Spätaussiedler leben in einem engen Verbund zusammen. Die Opiatabhängigkeit wird von den Angehörigen deshalb frühzeitig beobachtet. Die Angehörigen intervenieren gegen die Abhängigkeit der jungen Generation, weil sie Drogenabhängigkeit nicht akzeptieren und in der Folge entsteht frühzeitig eine extrinsische Behandlungsmotivation bei den Abhängigen.

Reuband (Reuband 1990) fand einen Wert von 77% für Cannabis als Einstiegsdroge bei Heroinabhängigen in Deutschland. Valdes (Valdes 1997) fand bei 50% der untersuchten Stichprobe die Einstiegsdroge Cannabis und 20% Heroin als unmittelbare Einstiegsdroge.

In der vorliegenden Untersuchung wurde lediglich ein Anteil 32% Heroinabhängiger gefunden, welche Cannabis vor dem Heroin konsumierten. 64% der Probanden begannen ihre Drogensucht unmittelbar mit intravenös appliziertem Heroin.

Dieser Befund zeigt sich ähnlich dem Drogen und Suchtbericht 2002 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 2002. Dort wird bestätigt, dass Heroin bei Spätaussiedlern häufiger als Einstiegsdroge benutzt wird. Das Projekt „MUDRA“ in Nürnberg bestätigt diese Annahme, dass die jungen, russischsprachigen Drogenkonsumenten ihre Drogenkarriere oft mit Heroin beginnen (Osterloh 2002). Nach Schwichtenberg (Schwichtenberg und Weig, 1999) konsumieren die jungen Migranten häufig gleich Heroin.

Damit wird ein deutlicher Trend zum Direkteinstieg in den Heroinkonsum bei Spätaussiedlern erkennbar und man kann sagen, dass der häufiger vorkommende Direkteinstieg in Heroin ein typisches Migrationsphänomen bei Spätaussiedlern darstellt.

In einigen Fällen kommen jugendliche Aussiedler bereits opiatabhängig nach Deutschland. In den Herkunftsländern sind Opiate vergleichsweise leicht zugänglich. Ferner haben sich die Jugendlichen mitunter besonders gefährliche Arten des Drogenkonsums angewöhnt, wie beispielsweise den Mischkonsum von Alkohol und Heroin, dessen Gefahrenpotential sie weit unterschätzen (Infodienst Deutsche Aussiedler 2002)

Diese Tendenz bestätigt auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in ihrem Drogen und Suchtbericht 2002, wonach insbesondere jugendliche Aussiedler in Deutschland gefährliche Konsummuster praktizieren und innerhalb der kurzen Zeit hochgradig abhängig werden. Eine mangelnde Wahrnehmung von Therapieangeboten und die Unerfahrenheit im Umgang mit Heroin, wie hohe Dosierung unter Beikonsum von Alkohol führt zur großen Anzahl von Drogentoten in dieser Bevölkerungsgruppe (2002-130 (8,4%)) Personen von gesamten Drogentoten in Deutschland)

Die Durchschnittsmenge an täglich konsumiertem Heroin beträgt 2,4 Gramm und unterscheidet sich nicht von der täglichen Dosis der anderen Opiatabhängigen. 32%

der Patienten konsumierten täglich Cannabis. Zinkler (Zinkler et al. 1998) stellte in einer katamnestischen Stichprobe fest, dass die durchschnittliche Tagesdosis von Heroin zwischen 0,5 und 3 g Straßenheroin lag. Aus dieser Überlegung ergeben sich keine Gesichtspunkte für die hohe Mortalität bei opiatabhängigen Spätaussiedlern. Es bleibt allerdings die Frage nach dem Konsummuster, der Heroinkonzentration im „Stoff“ und die Frage nach den Beigebrauchsgewohnheiten offen.

Nur 16% der Probanden führten ihren stationären Entzug zu Ende. Eine Entwöhnungsbehandlung wurde nur von einem einzigen Untersuchten angetreten, jedoch nicht abgeschlossen. Die durchschnittliche Entgiftungsquote Opiatabhängiger lag in Kaufbeuren im Jahr 2002 bei 68% von insgesamt 514 Behandelten. Dies zeigt, dass die im Durchschnitt die Behandelten das Behandlungsziel ca. 4mal häufiger erreichen als die Spätaussiedler. Mögliche Ursachen liegen in der geringeren Behandlungsmotivation und der einfacheren Erreichbarkeit von Heroin. Aus einer Vielzahl von Patientenexplorationen war der Eindruck zu gewinnen, dass die Drogenszene in Kaufbeuren geteilt ist. Die Versorgungslage mit Heroin scheint in der Szene der Spätaussiedler besser und konstanter zu sein als in der übrigen Szene. Diese stets optimale Versorgung der Spätaussiedlerszene minimiert womöglich die Ausstiegsmotivation und steigert womöglich das Craving-Erleben. Die übrige Heroinszene scheint dagegen größeren Versorgungsschwankungen zu unterliegen.

Zwischen beiden Gruppen sind die Kontakte gering ausgeprägt.

Als Grund für den letzten Rückfall wurden Opiathunger (32%), Einfluss des Freundeskreises (24%) und des Lebenspartners (12%) angegeben. Eine migrationspezifische Problematik wurde hier nicht gesehen.

Die opiatabhängigen Probanden zeigten sich interessiert bei der Frage nach Präventivmaßnahmen, wobei 44% angaben, dass Ausbildung und Arbeitsplatz ihre Opiatabhängigkeit hätten verhindern können. 12% gaben an, dass mehr Aufklärung über Drogen primärpräventiv wirksam gewesen wäre.

An diesem Befund fällt auf, dass die migrationspezifische Problematik in Hinblick auf Isolation durch Sprachdefizite, Integrationsprobleme durch die Gettoisierung in den Übergangwohnheimen und die fehlende Anpassung an die sozialen und kulturellen

Eigenarten des Einreiselandes offenbar nicht als Problem erkannt werden. In diesem Zusammenhang kann auch die Aussage verstanden werden, dass lediglich 1 Proband migrationspezifische, integrationsfördernde Angebote als sinnvolle Präventivmassnahme gegen Opiatabhängigkeit verstanden hat. Unzureichende deutsche Sprachkenntnisse werden nach den vorliegenden Ergebnissen von keinem weiteren Probanden als migrationspezifischer Wirkfaktor für seine Abhängigkeitsentwicklung gesehen. Daraus kann geschlossen werden, dass gerade, weil migrationspezifische Wirkfaktoren seitens der Migranten unterschätzt werden, diese möglichst durch gezielte Sprachförderprogramme zu minimieren. 80% der befragten Opiatabhängigen verfügten zum Untersuchungszeitpunkt über schlechte deutsche Sprachkenntnisse. Obwohl sie bereits 6-7 Jahre in Deutschland gewesen sind. Da die Motivation für eine hinreichende Spracherlernung bei den Untersuchten offensichtlich niedrig ist, sollten weiterführende Sprachkurse vom Einreiseland zur Pflicht gemacht werden.

Während 40% Neugier als Einstiegsmotiv angaben, sahen nur in 12% der Fälle einen Zusammenhang zwischen einer möglichen Verhinderung ihrer Abhängigkeit und einer „drogenfreien Umgebung“. Offensichtlich wird der Zusammenhang zwischen Verfügbarkeit einer Droge und ihrem Konsum nur in geringem Umfang gesehen. Eine kritische Betrachtung der tatsächlichen Szeneentwicklung in den Übergangwohnheimen erfolgt kaum. Es wird dabei ebenfalls übersehen, dass die Neugier selbst bereits Folge des Heroinangebotes gewesen sein könnte (vgl. Tretter et al. 2004). Wenn die Betroffenen für sich diese Zusammenhänge nicht erkennen, ergibt sich daraus die Überlegung, dass primär- und sekundär-präventive, verhaltensorientierte Maßnahmen gezielt in den Familien der Russlanddeutschen in den Übergangwohnheimen stattfinden sollten.

Zum anderen sollte überlegt werden, inwiefern vor Ort von Seiten der zuständigen Behörden und politisch Verantwortlichen verhältnis-präventive Maßnahmen in ghettoisierten Strukturen, wie den Wohnheimen für Aussiedler durchgeführt werden sollten, ausgehend von der Überlegung, dass die Verfügbarkeit einer Droge auf die Häufigkeit ihres Konsums einen bedeutenden Einfluss hat.

Bezüglich sekundärpräventiver Maßnahmen besteht in Kaufbeuren kein Angebot. Es wäre allerdings aufgrund der überdurchschnittlich hohen Erkrankungshäufigkeit bei

Spätaussiedlern von besonderer Bedeutung, diese Zielgruppe zu erreichen, bevor die Abhängigkeit manifest geworden ist. Beispielsweise könnten Präventionsfachkräfte über den „Russlanddeutschen Verein Kaufbeuren“ an die Zielgruppe vermittelt werden.

84% der Probanden waren vorbestraft, 40% mehrfach vorbestraft (Geldstrafe, Bewährung, Haft), 20% hatten laufende Gerichtsverfahren. In der Untersuchung von Walter (Walter 2003) wurde festgestellt, dass die jugendlichen und heranwachsenden Spätaussiedler im Vergleich mit in Deutschland Geborenen eine um das zwei- bis dreifach höhere Delinquenz aufweisen. Erfolgreiche Tertiärprävention bedeutet in diesem Zusammenhang, frühzeitig geeignete Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen.

Substitutionsbehandlung ist anerkanntermaßen eine Behandlungsform, welche effizient delinquentes Verhalten reduziert (Bühringer et al. 1995, Farrell et al. 1994, Krausz et al. 1999, Falcato et al. 1999, Ward et al. 1998 und 1999, Täschner 1983). Aufklärung bei Angehörigen über die Eignung von kontrollierter Substitutionsbehandlung und psychoedukative Angehörigenarbeit sollte gezielt und über Peerleaders vermittelt umfänglich bei Spätaussiedlern erfolgen. Auch die Aufklärung über ein gefährliches Konsum (z.B. Mischkonsum) und die Überdosierung soll erfolgen. Insbesondere die Frage der juristischen Konsequenzen und überhaupt Aufklärung über die gesetzlichen Rahmen im Bezug auf Drogensucht und Behandlungsmöglichkeit in Deutschland müsste erläutert werden, da immer noch bei den russlanddeutschen Opiatabhängigen selbst und ihren Familienangehörigen sehr viel Angst und Verunsicherung herrscht.

Von dem Ethno-Medizischen Zentrum Hannover (Salman 1998) wird das Projekt „Interkulturelle Suchthilfe“ ins Leben gerufen, um die Gruppe der suchtkranken Migranten besser zu erreichen. Der Autor geht auf die besondere Ausgangslage der suchtgefährdeten und suchtkranken Migranten, die durch folgende Merkmale zu kennzeichnen sind: Kommunikationsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art im Kontakt mit Suchtfachkräften, unzureichende Kenntnisse der Elterngeneration über die Drogenproblematik und vorhandene Hilfeangebote, fehlende Möglichkeiten muttersprachlicher, bilingualer und kulturspezifischer Beratung und Therapie, Angst und Misstrauen gegenüber deutschen Institutionen und Behörden und vor aufenthaltsrechtlichen Folgen, Schwierigkeiten über Drogenproblematik offen zu

sprechen bei Wahrung eigener kultureller Werte. Das Konzept für interkulturelle Suchthilfe mit einem Maßnahmenkatalog wurde herausgearbeitet, demzufolge ein Suchtpräventionskonzept, Aufbau von Netzwerkstrukturen für Fachkräfte der Suchthilfe, Ausbilden von muttersprachlichen Suchtpräventionsfachkräften, Drogenaufklärungskampagne in russischer und türkischer Sprache, Öffentlichkeitsarbeit in den „communities“ der Migranten, Erstellen von Handreichung zur kulturspezifischen Suchtpräventionsarbeit, Veranstalten von Expertenworkshops und Tagungen, Entwickeln von muttersprachlichen Informationsbroschüren aufgestellt werden soll.

Macek (Macek 1994) und Salman (Salman 1998) betonen die Wichtigkeit der muttersprachlicher Suchtpräventionskräfte (Keyperson) für die Arbeit mit den Spätaussiedlern, die Schwierigkeiten haben, sich in einem völlig neuen medizinischen Suchthilfesystem zu orientieren.

Schaffen der kostenfreien Sport- und anderen Freizeitangebote für Spätaussiedler wäre verständlicher für sie (in den GUS-Staaten sind immer noch viele Sportangebote kostenlos). Ein Drogenberatungssystem in Kaufbeuren in russischer Sprache ist dringend erforderlich. Für Aussteiger sollte dringend ein Programm entwickelt werden. Des Weiteren sollten suchtspezifische Drogenarbeit in den Justizvollzugsanstalten obligat angeboten werden.

7.2 Methodenkritische Betrachtung

Der hier durchgeführte Vergleich der opiatabhängigen mit den nicht-opiatabhängigen Spätaussiedlern zeigt nicht, dass die migrationsspezifischen Merkmale zwischen beiden Stichproben wesentlich verschieden gewesen sind. Im nicht-randomisierten Vergleich ergaben sich allerdings erhebliche Unterschiede bezüglich Erkrankungsalter, Einstiegsverhalten und geschätzter Prävalenz bei Spätaussiedlern und deutschen im Kaufbeurer Bezirkskrankenhaus behandelten Opiatabhängigen. Es wurden also überwiegend Unterschiede zwischen deutschen und russlanddeutschen Opiatabhängigen, aber nicht zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 gefunden.

Deshalb kann zunächst nicht ausgesagt werden, dass Migration im Allgemeinen einen Risikofaktor für die nach der Aussiedlung entwickelte Opiatabhängigkeit bei

Russlanddeutschen darstellt. Die Unterschiede zwischen beiden Stichproben liegen nämlich nicht in der Summe der migrationsspezifischen Merkmale, sondern nur in Bezug auf die nicht integrierten Sprachkenntnisse (vgl. Grafik 7) und in Bezug auf die nur positiven Erfahrungen mit der Umsiedlung (vgl. Grafik 11). Die Unterschiede bei der Arbeitslosigkeit können durch die Opiatabhängigkeit bedingt oder mit bedingt gewesen sein.

Migration kann demnach die Entwicklung der Opiatabhängigkeit in Gruppe 1 nicht ausreichend begründen. Vielmehr muss z.B. die Frage in Erwägung gezogen werden, inwiefern Merkmale der Persönlichkeit und/oder die individuellen Lebensgeschichten darüber mitbestimmen, welche Bedeutung Migration als Risikofaktor hat, wenn sie auf die je verschiedenen Personen trifft.

Außerdem bleibt offen, welche Rolle mögliche präventiv wirksame Schutzfaktoren in diesem Zusammenhang spielen. Um diese Fragen zu weiter zu untersuchen, müssen Studien methodisch wesentlich komplexer unter Einbeziehung psychometrischer Instrumente und unter Berücksichtigung der individuellen Lebensgeschichten konzipiert werden.

Die vorliegende Untersuchung wurde erstens retrospektiv und zweitens nur an männlichen Personen und drittens nur an einer einzigen Migrantengruppe durchgeführt. Daraus ergeben sich für spätere Untersuchungen weitere Fragen:

Zwar deuten die zwischen deutschen und russlanddeutschen Opiatabhängigen gefundenen Unterschiede auf Migration als einen möglichen Risikofaktor hin, um über Migration als Risikofaktor aber mehr aussagen zu können, sind weitere, prospektive, vergleichende Längsschnittstudien an Deutschen und Russlanddeutschen mit größeren Stichproben erforderlich. Die vorliegende Arbeit gibt lediglich vorläufige Hinweise darauf, dass Migration tatsächlich einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Opiatabhängigkeit bei russlanddeutschen Spätaussiedlern nach der Migration darstellt.

Es sollten zum Anderen weibliche Spätaussiedler, die ebenfalls erst im Migrationsland opiatabhängig werden, nach der gleichen Methode untersucht

werden, um die Frage beantworten zu können, welche Bedeutung Migration für opiatabhängige Aussiedlerinnen hat.

Schließlich ergibt sich die interessante Frage danach, ob Migration als Risikofaktor für die Entwicklung einer Opiatabhängigkeit bei Migranten aus verschiedenen Herkunftsländern nach ihrer Auswanderung in die Bundesrepublik Deutschland gefunden werden kann.

8 ZUSAMMENFASSUNG

Seit Ende 80er Jahren werden in Deutschland Untersuchungen an suchtkranken Spätaussiedlern aus der ehemaligen UdSSR durchgeführt. Initial erstreckten sich diese Recherchen auf die Alkoholproblematik. In den letzten 6 bis 8 Jahren nahmen der Drogenmissbrauch und die Opiatabhängigkeit bei den Russlanddeutschen rapide zu, sodass sich die Akzente der Forschung zugunsten der Drogenproblematik verschoben. Die, aus der GUS neu angekommenen Russlanddeutschen mit Suchterkrankungen wurden vor allem soziologisch (Macek 1994, Masumbuku 1994, Gzycholl 1998-2003, Osterloh 2000-2002, Dietz 1998-2003, Salman 1998-1999, Preiser und Schlachter 1998, Baum 1999, Treder 1996, Graudenz, Heidelbrecht 1998, Längin 1998, Schmitt-Rodermund 1996-2004, Fresser-Kuby, Kazin 2000, Quatsthoff 2002, Brinkmann 1995, Novikov 2002 etc.), wenig jedoch medizinisch erforscht (Bätz 1998-2002, Schwichtenberg, Weig 1999, Knillmann 1999). Diese Voruntersuchungen zeigen, dass die Gruppe russlanddeutscher Spätaussiedler wegen vielfältig auftretender Integrationsprobleme besonders bezüglich der Entwicklung von Suchterkrankungen gefährdet ist.

Vor diesem Hintergrund entstand die Fragestellung nach migrationsspezifischen Faktoren, die mit der überdurchschnittlich hohen Zahl opiatabhängiger Spätaussiedler, die in Deutschland zu einer sozialen Risikogruppe gehören, assoziiert sind.

In der vorliegenden Arbeit wurde diese Frage anhand von Interviews bei 25 opiatabhängigen und 25 nicht-opiatabhängigen Spätaussiedlern im Raum Kaufbeuren untersucht. Es wurde im Vorfeld geschätzt, dass die Spätaussiedler möglicherweise eine 9-15-fach höhere Prävalenz im Vergleich zur durchschnittlichen Prävalenz der Gesamtbevölkerung aufweisen.

Die Opiatabhängigen waren durchschnittlich 1,7-2,8 Jahre früher erkrankt als eine nicht ethnisch selektierte Vergleichspopulation. Außerdem waren sie im Schnitt zum Zeitpunkt ihrer ersten Entzugsbehandlung 7 Jahre jünger im Vergleich zu vorliegenden Literaturdaten und im Vergleich zu den im Kaufbeurer Bezirkskrankenhaus behandelten Opiatabhängigen der Jahresstatistik des Jahres 2002.

Die opiatabhängige Gruppe kommt signifikant häufiger aus größeren Städten des Herkunftslandes, dagegen wohnte die Kontrollgruppe vor der Migration signifikant häufiger in ländlichen Gegenden.

In der Gruppe der Abhängigen waren signifikant mehr Arbeitslose als in der Kontrollgruppe, wobei die Arbeitslosigkeit als Folge der Opiatabhängigkeit auftrat.

Mit Ausnahme eines Probanden lebten alle Untersuchten beider Gruppen bei ihren Eltern.

80% der Heroinabhängigen und 68% der Kontrollgruppe folgten unfreiwillig ihren ausreisewilligen Eltern.

68% der Heroinabhängigen und 24% der Kontrollgruppe kamen ohne Sprachkenntnisse nach Deutschland. Zum Untersuchungszeitpunkt verfügten 80% der Opiatabhängigen und 60% der Kontrollgruppe immer noch über schlechte (nicht integrierte) Deutschkenntnisse.

Die Opiatabhängigen waren nach ihrer Umsiedelung deutlich länger als die Kontrollgruppe im Übergangwohnheim untergebracht. Weder die hohe Verfügbarkeit von Heroin, noch die isolierte Lebenssituation in den Übergangwohnheimen wurde von den Opiatabhängigen kritisch reflektiert. Diese Tendenz zeigte sich auch bezüglich der Bedeutung mangelnder Sprachkenntnisse.

84% der heroinabhängigen Spätaussiedler waren delinquent.

Als Einstiegsdroge wurde von annähernd 2/3 der Untersuchten direkt Heroin konsumiert. Dieser Befund unterscheidet sich deutlich von Untersuchungen an ethnisch nicht selektierten Opiatabhängigen aus Deutschland.

Stationäre, homolog-fractionierte Opiatentzüge verliefen in 84% der Fälle überdurchschnittlich häufig erfolglos.

Die Entscheidung der russlanddeutschen Eltern städtischer Herkunftsgemeinden über die Unfreiwilligkeit der Ausreise ihrer Kinder und negative Erfahrungen mit der

Migration waren weitere Faktoren, die die Gruppe der opiatabhängigen Spätaussiedler von der Kontrollgruppe unterschied. Ebenso hervorzuheben ist, dass opiatabhängige Spätaussiedler deutlich gefährlicheres Konsummuster gegenüber deutschen Opiatabhängigen, geringe Therapiemotivation sowie geringes Interesse für Fördermaßnahmen und wenig ausgebildetes Bewusstsein bezüglich des Einflusses ihrer spezifischen Migrantensituation auf die Entwicklung der Opiatabhängigkeit haben.

Abschließend wurden Möglichkeiten der Entwicklung spezifischer Behandlungs- und Präventionsangebote diskutiert.

9 LITERATURVERZEICHNIS

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

Akbiyik O (1991) Drogenarbeit mit Ausländern. Heckmann W (Hrsg.): Drogentherapie in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für die 90er Jahre. Weinheim, Basel, Beltz: 156-171

Antonovsky A (1997) Salutogenese. Tübingen: Dgvt-Verlag

Antonovsky A (1998) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers

Anweiler O (1978) Erziehungs- und Sozialisationsprobleme in der Sowjetunion, der DDR und Polen. Konferenzmaterialien. Hannover Dortmund Darmstadt Berlin Schroedel: 85f

Aronowitz M (1983) The Social and Emotional Adjustment of Immigrant Children. A Review of the Literature. International Migration Review Vol.XVII (2): 237-257

Atchley RC (1975) The Life Course, Age Grading, and Age-Linked Demands for Decision Making. In: N.Datant & L.H.Ginsberg (Eds.), Life Span Developmental Psychology. Normative Life Crisis. New York: AcadLemic Press: 261-278

Augustin R, Kraus L (in Druck, 2004) Changes in prevalence of problem opiate use in Germany between 1990 and 2000. European Addiction Research

Ausländeramt Stadt Kaufbeuren (2004) Aussiedlerzahlen 1995-2003. Stadt Kaufbeuren: Interne Veröffentlichung: 1-18

Bach U (1981) Kollektiverziehung als moralische Erziehung in der sowjetischen Schule 1956 bis 1976. Anweiler O, Baske S (Hrsg.). Osteuropainstitut an der Freien Universität Berlin

Bätz B (1998) Qualifizierte stationäre Akutbehandlung drogenabhängiger Migranten – erste Erfahrung und Daten über ein neues bedarfsorientiertes Behandlungsangebot. In: Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung. Landesverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): Binad-Info 12: 18-22

Bätz B (2000) Aussiedler und illegale Drogen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Individuelle Hilfen für Suchtkranke. Freiburg i. Br.: Lambertus: 333-354

Bätz B (2002) Suchtrisiken und Suchterkrankungen bei Aussiedlern. Landschaftsverband Westfalen-Lippe. www.lwl.org

Baur SR et al. (1999) Die unbekanntenen Deutschen. Schneider Verlag Hohengehren GmbH

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

Berger H (1982) Fixersein als Lebensstil. In: Völger G, von Welck K (Hrsg.): Rausch und Realität. Rowohlt: Reinbeck: 1207

Berry JW et al. (1996) Ecology, Acculturation and Psychological Adaptation. A Study of Adivasis in Bihar. Sage Pubns

Berry JW et al. (2002): Cross-Cultural Psychology: Research and Applications. Cambridge Univ Pr.

Böhringer H, Weiser E (1997) Vorwort. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Migration. Stuttgart, Süddeutsche Hilfsgemeinschaft der Liga der Freien Wohlfahrtspflege: 5-6

Boll K (1993) Kulturwandel der Deutschen aus der Sowjetunion. Eine empirische Studie zur Lebenswelt russlanddeutscher Aussiedler in der Bundesrepublik. Marburg. Elwert: 46

Boos-Nünning U (2001) Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren Band 41. DHS (Hrsg.): Lambertus-Verlag: 11

Boos-Nünning U (2002) Migration und Sucht: Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.: 316

Boos-Nünning U (2002) Migration und Sucht. DHS-Tagung „Sucht und Migration“. 17. Januar 2002, Bonn

Brandstädter J (1990) Entwicklung im Lebenslauf. Ansätze und Probleme der Lebensspanne–Entwicklungspsychologie. In: Mayer K-U (Hrsg.): Lebensverläufe und sozialer Wandel. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Opladen: Westdeutscher Verlag. Sonderheft 31: 322-350

Brinkmann I (1995) Drogenprobleme bei jungen Aussiedlern. Arbeitsgemeinschaft Katholischer Flüchtlings- und Aussiedlerhilfe (Kath.Lagerdienst) (Hrsg.): Bildung für Aussiedler. Familie, Jugend, Multiplikatoren. Ergänzungsband: 5-34

Bundeskriminalamt Wiesbaden (2002) Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland. <http://www.bka.de>

Bundesverwaltungsamt (2004) Jahresstatistik Aussiedler. <http://www.bundesverwaltungsamt.de>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2001b) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Endbericht. Köln: BzgA

Caspers-Merk M (2002) Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Info-Dienst Deutsche Aussiedler Heft Nr.115: 21

Cerci F (2001) Abhängigkeit und Sucht bei Migranten, ein Kapitel für sich. päd 7: 241-244

Chambers I (1996) Migration, Kultur und Identität. Tübingen

Collatz J, Heise Th. (Hrsg.) (2002) Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedlern. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung

Collatz J (2001) Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann Th und Salman R (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH: 52-63

Constantini MF et al. (1992) Family functioning as a predictor of progress in substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment 9(4): 331-5

Cropley A et al. (1994) Probleme der Zuwanderung. Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland. Göttingen Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie Band I

Czycholl D (1998) Sucht und Migration. Band I Hohenrodter Studien. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung: 39-48

Czycholl D (1999) Migration, Suchtrisiken und Versorgungsdefizite am Beispiel von Aussiedlern in Deutschland. In: Salman R, Tuna S, Lessing B (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Bonn: Edition Psychosozial: 184-190

Czycholl D (2002) Sucht und Migration – ein Zusammenhang. Fachtagung 2002 in der Klinik Brilon-Wald. Brilon: Psychosomatische Klinik für Abhängigkeitserkrankungen: 5-18

Czycholl D (2003) Psychologe und Praktiker aus der interkulturellen Suchtkrankenhilfe. Drogen und Sucht - Prävention mit jungen Spätaussiedlern. Tagungsdokumentation. Tagung der Landesstelle für Aussiedler, Zuwanderer und ausländische Flüchtlinge in Nordrhein-Westfalen am 25.09.2003

Das AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft zur Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) (1997) Manual zur Dokumentation psychischer Befunde. Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe

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

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V (Hrsg.) (2004) Jahrbuch Sucht 2002. Neuland-Verlagsgesellschaft mbH: Geesthacht: 16, 83-95, 137-169

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V (Hrsg.) (2003) Jahrbuch Sucht 2001. Neuland-Verlagsgesellschaft mbH: Geesthacht: 15, 143-181

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V (Hrsg.) (2002) Jahrbuch Sucht 2000. Neuland-Verlagsgesellschaft mbH: Geesthacht: 12-13, 77-90, 182-192

Dietz B (2003) Historische, politische und sozialwissenschaftliche Aspekte der Einwanderung russischsprachiger Aussiedler. In: Spätaussiedler. Interkulturelle Kompetenz für die Straffälligenhilfe und den Justizvollzugsdienst. Herausgegeben vom DBH Bildungswerk. Forum Verlag Godesberg GmbH: Mönchengladbach: 9-34

Dietz B (1999) Jugendliche Aussiedler in Deutschland: Risiken und Chancen der Integration. In: Bade KJ, Oltmer J (Hrsg.). Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa. Osnabrück Rasch: 153-176

Dietz B (1998) Zuwanderung und Integration - Aussiedler in Deutschland. Tel Aviver Jahrbuch für deutsche Geschichte: 445

Dietz B (1998) „Wer bin ich? Was will ich?...“- Einstellungen und Orientierung von jugendlichen Aussiedlern in Deutschland. In: Deutsch sein und doch fremd sein. Lebenssituation und –perspektiven jugendlichen Aussiedler. Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr.84 Herausgegeben vom Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik: Bonn: 15

Dill H, Frick U, Höfer R, Klöver B, Straus F (2002) Risikoverhalten von jugendlichen Migranten: Eine Expertise. Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP): München

Domenig D et al. (2002) Bedeutung einer migrationsspezifischen Drogenarbeit und deren Folgen für die Praxis. Institut für Ethnologie der Universität Bern. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit Schweiz. „Migration und Drogen“: Bulletin 26: 444-448

Drogen und Suchtbericht 2002. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). Bundesministerium für Gesundheit. <http://www.bmgs.bund.de>: Berlin/Bonn: 60-62, 65

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2004) Drogen- und Suchtbericht 2003. Berlin

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005) Drogen- und Suchtbericht 2004. Berlin

Elder GH (1975) Age Differentiation and the Life Course. Annual Review of Sociology 1: 165-190

Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196: 129-136

Falcato L et al. (1999) Die Methadonverschreibung an Opiatabhängige im Kanton Zürich: Behandlungszahlen, Einrichtungsmerkmale und Verlauf. In: Maeder C et al.: Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zürich: 332-357

Farke W (1999) Die vergessene Zielgruppe. Zum aktuellen Stand der Sekundärprävention in der BRD. In: B. Kammerer (Hrsg.). Jugendhilfe. Nürnberg: 33-51

Farrell M et al. (1994) Fortnightly Review: Methadone Maintenance Treatment in Opiate Dependence: a review. In: British Medical Journal 309: 997-1001

Fresser-Kuby R, Kazin V (2000) Ein ethnopsychiatrisch-psychotherapeutisches Projekt im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. Deutscher Unterricht, Einzelberatung und Gesprächsgruppe für Ausländer. In: Heise Th, Schuler J (Hrsg.): Das transkulturelle Psychoforum 5. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung: 331-350

Frießem D.H (1979) Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie. Fink-Verlag: München

Frogner E (1994) Probleme der Migrationssoziologie aus der Lebenslaufperspektive. In: Probleme der Zuwanderung Band I. Göttingen-Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie: 105-132

Füchtner D, Bartmann U, Zöllner G (2003) Biografische Brüche wiegen schwer. Eine Pilotstudie zur Situation junger erwachsener heroinabhängiger Spätaussiedler in Deutschland. In: Sozialmagazin 28 (6). 40-46

Fugmann J (1999) Drogenkonsum und Hilfe bei jugendlichen Spätaussiedlern – am Beispiel des Jugendgemeinschaftswerks Holzschuhestrasse. In: Kammerer B (Hrsg.). Jugend sucht Hilfe – Sekundärprävention in der Jugendhilfe. Nürnberg: 103-108

Fugmann J (1999) Migrationssmotivation und Integration Russlanddeutscher. Erlangen: 5

Giest-Warsewa R (1998) Junge Aussiedler. Problemlagen in der BRD und Sozialisierungserfahrungen in der GUS. Band I Hohenrodter Studien. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung: 74-90

Gluczynski, A (Hrsg.) (1999) In Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Wissenschaftliche Grundlagen, Teil 1-Kinder, Band 13.1 BzGA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung): 45-47

Graudenz I (1996) Grenzerfahrungen. In: Graudenz I und Römhild R (Hrsg.). Forschungsfeld Aussiedler – Ansichten aus Deutschland (Europäische Migrationsforschung Band I), Frankfurt am Main: 29-67

Grinberg L, Grinberg R (1990) Psychoanalyse der Migration und des Exils. München

Gross W (1990) Sucht ohne Drogen. Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben. Frankfurt: Fischer-Verlag

Hagenbrock M, Dittrich S, Schmitz W, Flasche U (1999) Einleitung. In: AWO-Unterbezirk West-Münsterland, Caritasverband für den Kreis Coesfeld, Untere Gesundheitsbehörde des Kreises Coesfeld (Hrsg.): Besondere Aspekte der Suchtrisiken und Suchterkrankungen bei Aussiedlern und Aussiedlerinnen – Weiterentwicklung von Hilfen im Kreis Coesfeld. Dokumentation und Arbeitshilfen zur regionalen Fachtagung vom 13. Mai 1998 in Dülmen. Coesfeld: 1-2

Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt (2000) Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen. Berlin/Bonn: 23-30

Hegemann Th, Salman R (2001) Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH

Hegemann Th, Lenk-Neumann B (Hrsg.) (2002) Interkulturelle Beratung. Münchener Beiträge I. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung: Berlin

Heidebrecht H (1998) Deutsche aus Russland, Lebens- und Migrationserfahrungen. In: Czycholl Dietmar (Hrsg.): Sucht und Migration Band I. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung: 49-73

Heise Th (Hrsg.) (2000) Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung: Berlin

Herwartz-Emden L (1997) Erziehung und Sozialisation in Aussiedlerfamilien. Einwanderungskontext, familiäre Situation und elterliche Orientierung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“) 8/97: Bonn: 3

Hettlage-Vargas A (1992) Bikulturalität - Privileg oder Belastung? In: E. Kürsat-Ahler (Hrsg.): Die multikulturelle Gesellschaft: Der Weg zur Gleichstellung? Verlag f. Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt

Hill EM et al. (1992) Young-adult children of alcoholic parents: protektive effects of positive family functioning. British Journal of Addiction 87 (12): 1677-90

Holzmüller H, Kiefl W (1999) Projekt „Integrationsprozess bei Aussiedlerfamilien aus Staaten der ehemaligen UdSSR“. Fragebogen Jugend. Deutsches Jugendinstitut e.V.. Abt. Familie und Familienpolitik. München: 1-37

Holzmüller H, Kiefl W (2000) Der Verlauf des Integrationsprozesses bei Aussiedlerfamilien aus den Staaten der ehemaligen UdSSR in den ersten zwei Jahren nach der Einreise. Forschungsbericht über die Pilotphase. München: DJI, Abteilung Familie und Familienpolitik

Holzmüller H, Kiefl W (2000) Tagebuchaufzeichnungen. Untersuchung der Integrationsverläufe von Aussiedlerfamilien. Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 23, 1, 49 – 59

Holzmüller H, Kiefl W (2000) Strukturierte Tagebücher als prozeßbegleitende Verfahren. Soziale Arbeit, 49, 8, 300 - 306

Jahresbericht 2004 der Fachklinik für Drogenentzug Waldsolms. Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (2004) www.vae-ev.de

Jahresbericht 2000 STEP – gemeinn. Gesellschaft für Sozialtherapie und Pädagogik mbH. www.step-hannover.de

Johnson U et al. (1991) Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency and coping styles. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 17 (1): 71-88

Julien R (1997) Drogen und Psychopharmaka. Heidelberg Berlin Oxford: Spektrum Akademischer Verlag GmbH: 257-266

ICD-10 Internationale Klassifikation der Krankheiten. Bd 1. Version 2004. Kapitel V(F) Psychische Störungen. Stuttgart: Kohlhammer

Infodienst Migration und öffentliche Gesundheit (2004) Nr.1 BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

Kandel D, Yamaguchi K (1985) Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. In: Jones CL, Battejes RJ (Eds.): Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention (NIDA Research Monograph No.56). Washington: Government Printing Office: 193-235

Kandel D et al. (1992) Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the Gateway Theory. Journal of Studies on Alcohol 53: 447-457

Kellnhauser E, Schewior - Popp S (1999) Ausländische Patienten besser verstehen. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag: 3-9

Kerblay B (1998) Sozialistische Familien. In: Burguiere A, Klapisch-Zuber C, Segalen M, Zonabend F (Hrsg.): Geschichte der Familie. Band 4: 20 Jahrhundert Frankfurt am Main / NewYork: Campus: 91-136

Knillmann R (1999) Entwöhnungsbehandlung von drogenabhängigen Aussiedlern am Beispiel der Therapeutischen Gemeinschaft Nettetal. In: AWO-Unterbezirk West-Münsterland, Caritasverband für den Kreis Coesfeld, Untere Gesundheitsbehörde des Kreises Coesfeld (Hrsg.): Besondere Aspekte der Suchtrisiken und Suchterkrankungen bei Aussiedlern und Aussiedlerinnen – Weiterentwicklung von Hilfen im Kreis Coesfeld. Dokumentation und Arbeitshilfen zur regionalen Fachtagung vom 13.Mai 1998 in Dülmen. Coesfeld, 51-57

Korf DJ (2004) Die Stadt im Blickpunkt der Drogenforschung. SUCHT 50(1): 8-10

Koschkina E.A. et al. (2004) Die Entwicklung der Suchterkrankungen in der Russischen Föderation in 2002 (russisch). Psychiatrija i Psychopharmakoterapija. Band 06/N 3. Moskau: 106-119

Kossolapow L (1992) Kulturarbeit mit Aussiedlern als phasenspezifischer Prozeß. In W.Althammer & L.Kossolapow (Hrsg.). Aussiedlerforschung: Interdisziplinäre Studien. Köln u.a: Böhlau

Kraus L et al. (2004) Capture – Recapture - Schätzung zum Umfang Opiatabhängiger in Augsburg. SUCHT 50(1): 21-28

Krausz M et al. (1999) Substitution von Heroinabhängigen mit Methadon. In: Internist 6: 645-650

Kulinski K (1998) Migration und die Folgen. In: Czycholl Dietmar (Hrsg): Sucht und Migration Band I Hohenrodter Studien. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung: 39-48

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

Längin BG (Hrsg.) (1989) Die Deutschen in der UdSSR – einst und jetzt. Informationsschritt des Vereins für Deutschtum im Ausland e.V. und der Landmannschaft der Deutschen aus Russland e.V.. Bonn: 160-192

Längin BG (1991) Die Russlanddeutschen unter Doppeladler und Sowjetstern – Städte, Landschaften und Menschen auf alten Fotos. Augsburg: 65f

Lajos K (Hrsg.) (1993) Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik. Integrationsprobleme und seelische Folgen. Opladen: 71-122

Lee ES (1972) Eine Theorie der Wanderung. In Szell G (Hrsg.): Regionale Mobilität. Elf Aufsätze. München: Nymphenburger Verlag: 115-129

Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (1999) Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. DB-GmbH: München: 3-108

Lettieri DJ, Welz R (1983) Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen. Weinheim Basel: Beltz – Verlag

Lieb R, Isensee B, v.Sydow K, Wittchen H-U (2000) Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen

und jungen Erwachsenen. Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. SUCHT 46 (1): 32-53

Luff J (2000) Kriminalität von Aussiedlern: Polizeiliche Registrierungen als Hinweis auf misslungene Integration? München: Bayerisches Landeskriminalamt (Hrsg.) 2. Aufl.: 23

Macek M (1994) Sucht kennt keine Ausländer. In: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen (Hrsg.): Sucht kennt keine Ausländer. 13. Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung am 08. Dezember 1993. Dokumentation. Münster, 6-14

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

Malchow B (1990) Die fremden Deutschen – Aussiedler in der Bundesrepublik. Reinbek: Rowohlt

Markides KS, Liang J, Jackson JJ (1990) Race, ethnicity, and aging: Conceptual and methodological issues. In: Binstock RH, George LK (Eds.): Handbook of aging and the social sciences 3rd Edition. San Diego: Academic Press:112-129

Marschalk P, Wiedel KH (Hrsg.) (2001) Migration, Krankheit und Gesundheit. Aspekte vom Mental Health und Public Health in der Versorgung von Migranten. Osnabrück: Universitätverlag Rosch

Masumbuku JR (1994) Psychosoziale Probleme von Aussiedlern in der Bundesrepublik Deutschland. In: Probleme der Zuwanderung Band I. Göttingen Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie: 72-95

Morrall A, McCaffrey D, Paddock S (2002) Reassessing the marijuana gateway effect. Addiction 97: 1493-1504.

Münz R, Seifert W, Ulrich R (1999) Zuwanderung nach Deutschland. Strukturen, Wirkungen, Perspektiven. Frankfurt am Main: Campus

Murphy HBM (1982) Comparative Psychiatry. Berlin: Springer

Novikov J (2002) Migranten aus der GUS: Probleme der Integration und der psychiatrischen Behandlung, diesseits und jenseits der Therapie. In: Heise Thomas, Judith Schuler (Hrsg.): Das Transkulturelle Psychoforum Nr.3. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung: 255-260

Osterloh K (2002) Arbeit mit illegalen Suchtmitteln konsumierenden Migrantinnen aus der GUS am Beispiel der MUDRA-Drogenhilfe Nürnberg. Info-Dienst Deutsche Aussiedler Nr. 115. Berlin: 25-37

Pannes O (1998) Sprachliche Integration jugendliche Aussiedler. In : Deutsch sein und doch fremd sein: Lebenssituation und Perspektiven jugendlicher Aussiedler. Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik. Bonn: 3-9

Papoulias M (1985) Mutter-Kind-Trennung als Ursache für psychopathologische Reaktionen bei Familien von Arbeitsmigranten. In: Migration und psychische Gesundheit. Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.: Bonn: 66f

Pfeiffer C, Wetzels P (1998) Der Anstieg der Gewaltkriminalität - Resultat misslungener Einwanderung. Migration, soziale Lage und Jugendgewalt. Dokumentation des 3. Lotse-Forum für ehrenamtlich Tätige in der Straffälligenhilfe, 12.12.1998 im Maternushaus Köln: 45-68

Pfeiffer WM (1994) Transkulturelle Psychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Preiser B, Schlachter J (1998) Trial and error oder Drogenprävention zwischen Motorrad und Computer. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit (Hrsg.): Beratungs- und Betreuungsarbeit für junge AussiedlerInnen. 36. Sozialanalyse. Bonn, 31-35

Prinzleve M (2001) Konsummuster, Substitution und Beikonsum von obdachlosen Drogenabhängigen. SUCHT 47(1): 22-24

Quasthoff A (2002) Situation und psychosoziale Hintergründe jugendlicher Aussiedlerinnen in bezug auf Konsum und Handel mit Drogen. In: Heise Thomas, Judith Schuler (Hrsg.): Das Trankskulturelle Psychoforum Nr.3: 151-156

Rabes M, Harm W (1997) XTC und XXL, Ecstasy. Rowohlt Tb

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

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

Referat "Zur Kriminalität der Spätaussiedler - aus Sicht der Polizei" (1999) Seminar Jugendkriminalität - Kriminalität junger Aussiedler - an der Polizei-Führungsakademie Münster am 24. November 1999 in *Münster*. Schlussbericht (Dokumentation) der Polizei-Führungsakademie, 51 - 62

Riecken A (1999) Migration und psychische Erkrankungen. Aussiedler und Stätaussiedler im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück: 1990-1996. Diplomarbeit, Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie

Robert-Koch-Institut (2001) Epidemiologisches Bulletin Nr. 5

Robins LN, Przybeck TR (1985) Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. In: Jones CL, Battejes RJ (Eds.): Etiology of Drug Abuse. Implications for Prevention (NIDA Research Monograph. No.56). Washington: Government Printing Office: 178-192

Salman R et al. (Hrsg.) (1999) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen

Salman R (1998) Interkulturelle Suchthilfe. Prävention und Beratung für Migranten in Hannover. In: Czycholl Dietmar (Hrsg.): Sucht und Migration Band I. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung: 49-73

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

Selye H (1956) The Stress of life. New York: McGraw-Hill

Selye H (1976) Stress in health and disease. Woburn, Mass.:Butterworth

Slawatycka FM (1991) Aussiedler im Kontext der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Hans-Peter Baumeister (Hrsg.): Integration von Aussiedlern. Weinheim: 94ff

Sluzki C (2001) Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann Th, Salmann R (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag: 101-115

Smart RC (1983) Verfügbarkeits- und Anfälligkeitstheorie für den Mißbrauch illegaler Substanzen. In: Lettieri, Welz (Hrsg.): Drogenabhängigkeit. Weinheim Basel: Beltz-Verlag

Strobel R, Kühnel W (2000) Dazugehörig und ausgegrenzt. Analysen zu Integrationsschancen junger Aussiedler. München: Juventa

Strobel M et al. (2003a) Suchtstatistik 2002 für Deutschland. Tabellenband für die ambulante Suchtkrankenhilfe, Berichtsraum: 1.1.2002-31.12.2002

Strobel M et al. (2003b) Suchtstatistik 2002 für Deutschland. Tabellenband für die stationäre Suchtkrankenhilfe, Berichtsraum: 1.1.2002-31.12.2002

Stumpf K (1993) Die Russlanddeutschen – Zweihundert Jahre unterwegs. Stuttgart: Klett

Schmid M (1998) Ausländische Drogenabhängige und Zugänge zum Hilfesystem. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg i.Br: Lambertus Verlag: 77-91

Schmitt-Rodermund E (2003) Gibt es gravierende psychosoziale Probleme bei der Integration von jugendlichen Aussiedlern? In: DBH Bildungswerk (Hrsg.): Spätaussiedler. Interkulturelle Kompetenz für die Straffälligenhilfe und den Justizvollzugsdienst. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH: 71-84

Schmitt-Rodermund E (eingereicht) (2004) „Ich war gezwungen, alles mit der Faust zu regeln“ – Delinquenz unter jugendlichen Aussiedlern aus der Perspektive der Entwicklungspsychologie. Neue Kriminalsoziologie. In: DBH Bildungswerk (Hrsg.): Spätaussiedler. Interkulturelle Kompetenz für die Straffälligenhilfe und den Justizvollzugsdienst. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH: 82

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

Sucht und Migration (2002) Suchtprävention und –arbeit mit Menschen aus der GUS. Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.: München

Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland (2003) Tabellenband für ambulante Einrichtungen. Alle Bundesländer. IFT Institut für Therapieforchung: München
Täschner KL (1983) Therapie der Drogenabhängigkeit. Ein Handbuch. Verlag W.Kohlhammer: Stuttgart Berlin Köln Mainz

Thieme K (2001) Junge deutschrussische Spätaussiedler und illegale harte Drogen. Drogenhilfe am Beispiel der Alternativen Jugend- und Drogenberatung MUDRA e.V. Nürnberg. Diplomarbeit. Mudra e.V. Nürnberg

Tränhardt D (2000) Aussiedler-Netzwerke – Netzwerke für Aussiedler. In: Welt J: Beauftragter der Bundesregierung für Aussiedlerfragen. Info-Dienst Deutsche Aussiedler –Nr.106 Berlin: 12-30

Treder A (1996) Psychosoziale Hintergründe und Probleme junger Aussiedler/innen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit (Hrsg.): Beratungs- und Betreuungsarbeit für junge AussiedlerInnen. 34. Sozialanalyse. Bonn: 52-63

Tretter F, Kraus L (2004) Stadtspezifische Prävalenz des Drogenkonsums und ihre Ursachen. SUCHT 50(1): 5-7

Tretter F et al. (2003) Strukturdaten von 2387 Drogenpatienten in stationärer Entzugsbehandlung in Bayern. SUCHT 49 (3): 188-196

Trüg E (1992) Evaluationsstudie zum niedrighwelligen Drogenentzug opiatabhängiger Patienten in Hamburg – eine empirische Studie-. SUCHT 38: 323-335

Tseng W S (2001) Handbook of cultural psychiatry. New York, NY: Academic Press

Töwe Ch (2000) Hilfen zur Integration jugendlicher Spätaussiedler in Hamburg. Freie und Hansestadt Hamburg. Herausgegeben von der Behörde für Schule, Jugend und Berufsausbildung. Amt für Jugend. Hamburg: 54

Valdes J (1997) Der niederschwellige Drogenentzug in einem psychiatrischen Krankenhaus. Doktorarbeit an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilian-Universität zu München

Van der Straeten W, Singer W (1993) Alkoholismus versus Drogenabhängigkeit unter Jugendlichen. Drogen Report Jg. 14 Nr. 1 und 2/1993: 6-13, 9-15

von Voets S (Hrsg.) (1972) Sozialistische Erziehung. Hamburg: Hoffmann & Campe:123f

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

Ward J et al. (1998) Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies. Amsterdam

Ward J et al. (1999) Role of Maintenance Treatment in Opioid Dependence. In: The Lancet 353: 221-226

Weiler D et al. (2000) Anwendung des European Addiction Severity Index (EuropASI) im Rahmen einer ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen. SUCHT 46(3): 197-208

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

Welt J (1999) Aussiedlerpolitik 2000. Info - Dienst Deutsche Aussiedler. Beauftragter der Bundesregierung für Aussiedlerfragen (Hrsg.) Nr.103: Berlin: 2-5

Welt J (2000) Deutsche Aussiedler. Info - Dienst Deutsche Aussiedler. Beauftragter der Bundesregierung für Aussiedlerfragen (Hrsg.) Nr.108: Berlin: 20ff

Welt J (2002) Suchtprobleme bei Aussiedlern – Möglichkeiten der Prävention. Info-Dienst Deutsche Aussiedler. Beauftragter der Bundesregierung für Aussiedlerfragen (Hrsg.) Nr. 115: 20

Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1998) WHO Expert Committee on Drug Dependence. Geneva

WHO (1993) Platform on multicultural societies and mental health. WHO-regional office for Europa 22-27 October 1992. Report on a meeting. Denmark

Zinkler et al. (1998) Katamnestische Untersuchung niedrigschwellig entgifteter Opiatabhängiger. SUCHT 44 (1): 25-33

10 ANHANG

**FRAGEBOGEN
ZUR ERFASSUNG DER MIGRATIONSENTWICKLUNG BEI
SPÄTAUSSIEDLERN AUS DEN GUS-STAATEN**

Allgemeines

1. Fall-Nummer _____

2. Alter _____ **Jahre**

3. Geschlecht (1-m, 2- w) _____

4. Herkunftsland _____

5. Einwohnerzahl vom Herkunftsort _____

Soziale Anamnese

6. Familienstand

1	Ledig
2	verheiratet zusammenlebend
3	verheiratet getrenntlebend
4	Geschieden
5	Verwitwet
6	Unbekannt

7. Familienstand der Eltern

1	Ledig
2	verheiratet zusammenlebend
3	verheiratet getrenntlebend
4	Geschieden
5	Verwitwet
6	Unbekannt

8. Wie viele Ihrer Verwandten leben in ...?

	in der früheren Heimat (Anzahl)	Verwandtschaftsgrad	In Deutschland	
			(Anzahl)	seit 19..
1		Vater		
2		Schwiegervater		
3		Mutter		
4		Schwiegermutter		
5		Kinder		
6		Brüder		
7		Schwägerinnen		
8		Schwestern		
9		Schwäger		
10		Onkel (nur Brüder der eigenen Eltern)		
11		Tanten (nur Schwestern der eigenen Eltern)		
12		Vettern (nur der eigenen Herkunftsfamilie)		
13		Basen (nur der eigenen Herkunftsfamilie)		
14		Neffen (nur der eigenen Herkunftsfamilie)		
15		Nichten (nur der eigenen Herkunftsfamilie)		

9. Wie wohnen Sie zur Zeit?

besondere Situation	in Miete			Eigentum			Sonstiges (Was?)
	Wohng. in Mehr- familienhaus	Reihen- haus	alleinsteh. Haus/ Doppelhaushäl- fte	Wohng. in Mehr- familienhaus	Reihenhaus	alleinsteh.Ha- us/ Doppelhaus- hälfte	
Übergangs- wohnheim							

10. Mit wem wohnen Sie?

1	Allein
2	mit Eltern
3	mit anderen Verwandten
4	mit Ehepartner
5	mit Freund/in
6	mit Eltern der Lebenspartner
7	Andere

11. Konfession

1	Katholisch
2	Evangelisch
3	Moslem
4	russisch-orthodox
5	andere Religion
6	Keine

12. Schulabschluss, höchster erreichter

1	Sonderschulabschluss
2	sonstiger Hauptschulabschluss
3	qualifizierter Hauptschulabschluss
4	mittlere Reife
5	Polytechnische Oberschule
6	Fachabitur
7	Abitur
8	kein Abschluss
9	Unbekannt

13. Berufsausbildung, höchster erreichter

1	Lehre mit Abschluss
2	Lehre mit Ausbildung
3	Fach-/Meisterschule mit Abschluss
4	Fach-/Meisterschule ohne Abschluss
5	Fach-/Hochschule abgeschlossen
6	Fach-/Hochschule in Ausbildung
7	kein Abschluss
8	Lehre-/Meister-/Fach-/Hochschule abgebrochen
9	keine/angelernt

14. Jetzige berufliche Situation

1	berufstätig vollzeit
2	berufstätig teilzeit
3	berufstätig gelegentlich
4	Hausfrau,-mann, nicht berufstätig
5	Ausbildung, Umschulung
6	Wehr-, Zivi, FSJ
7	beschützt beschäftigt
8	Arbeitslos
9	EU/BU, Rentenverfahren, Früherente
10	Altersrente, Pension
11	Witwen/r-Rente
12	Sozialhilfe
13	sonst ohne berufliche Beschäftigung
14	keine Angaben

15. Zuletzt ausgeübter Beruf

1	selbständiger Akademiker, Freiberufler
2	selbst.Handwerker, Landwirt, mittl.Betrieb
3	selbst. Handwerker, Landwirt, kleiner Betrieb
4	ltd.Angestellter, höherer Beamter
5	qualif.Angestellter, Beamter gehob.Dienst
6	mittl.Angestellter, Beamter mittl.Dienst
7	einf.Angestellter, Beamter einf.Dienst
8	Facharbeiter, unselbst.Handwerker
9	un-/angelernter Arbeiter
10	nie erwerbstätig
11	keine Angaben

Migrationentwicklung

16. Wann sind Sie in die BRD gekommen?

Tag	Monat	Jahr

17. Dauer des Aufenthaltes in der BRD (in Monaten)

18. Mit wem sind Sie eingereist?

1	mit gesamter Familie
2	mit Teil der Familie
3	Alleine
4	Anders

19. Gründe für die Übersiedelung nach Deutschland?

(Mehrfachnennungen möglich)

Gründe für die Ausreise		Beurteilung
1	wollte mit meinen bereits in Deutschland lebenden Familienangehörigen zusammen sein	
2	bessere Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder in Deutschland	
3	politisch instabile Lage in der alten Heimat	
4	wirtschaftlich schlechte Situation in der alten Heimat	
5	wollte als Deutscher unter Deutschen leben	
6	wollte nicht länger Benachteiligungen ausgesetzt sein	
7	weil meine Angehörigen es wollten	
8	Andere: welche?	
9	Wollte nicht ausreisen <input type="checkbox"/>	

20. Wie gut kannten Sie die deutsche Kultur, das Land und Menschen vor Ausreise?

1	sehr gut
2	Gut
3	nicht so gut
4	überhaupt nicht

21. Wie gut kannten Sie die Kultur Ihrer Heimat?

1	sehr gut
2	Gut
3	nicht so gut
4	überhaupt nicht

22. Wie beherrschten Sie die deutsche Sprache vor Ausreise?

1	Integrierte Sprachkenntnisse
2	Nicht-Integrierte Sprachkenntnisse

23. Wie beherrschen Sie die deutsche Sprache jetzt?

1	Integrierte Sprachkenntnisse
2	Nicht-Integrierte Sprachkenntnisse

24. Wie stellten Sie sich Ihr Leben in Deutschland vor?

1	glücklich, problemlos
2	besser als in der Heimat
3	Problematisch
4	schlechter als in der Heimat
5	völlig unmöglich
6	keine Vorstellung gehabt

25. Welche Erfahrungen haben Sie mit Umsiedelung nach Deutschland gemacht?

1	Positive
2	Negative
3	positive und negative
4	ich weiß nicht

26. Interessieren Sie sich für:

(Mehrfachnennungen möglich)

Interesse für		Ziffer
1	für Sportveranstaltungen	
2	für kulturelle Ereignisse (z.B. Konzerte, Theater)	
3	für politische Veranstaltungen (z.B. Kundgebungen)	
4	für Initiativen und Aktionen für unterschiedliche Ziele (z.B. Umwelt)	
5	für Aktivitäten der Landsmannschaft	
6	für Aktivitäten anderer Aussiedler (z.B. Feste, Ausflüge)	
7	für Aktivitäten in der Kirchengemeinde	
8	für Politik an meinem Wohnort (z. B. Jugend, Verkehr)	
9	für Politik auf Bundesebene	
10	für weltpolitische Fragen	
11	für Sozialpolitik (z.B. Renten, Gesundheit, Beschäftigung)	
12	Insgesamt für Aktivitäten der Gewerkschaften	
13	für aktuelle Entwicklungen in der früheren Heimat	
14	für ein Hobby (z.B. Pflanzen, Basteln, Sammeln, Lesen)	
15	für deutsches Fernsehen (Stunden am Tag)	
16	für russisches oder anderes Fernsehen (Stunden an Tag)	

27. Haben Sie in Ihrer Freizeit Kontakte zu einheimischen Deutschen?

1	sehr oft
2	oft
3	ab und zu
4	selten
5	keine

28. Wie wichtig sind Ihnen Kontakte zu anderen Aussiedler?

1	sehr wichtig
2	Wichtig
3	nicht so wichtig
4	überhaupt nicht wichtig

29. Was würde Ihnen das Einleben in Deutschland erleichtern?

(Mehrfachnennungen möglich)

1	spezielle Angebote für Aussiedler
2	gemeinsame Aktivitäten mit Einheimischen
3	Hilfe bei Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche
4	bessere materielle Unterstützung für Aussiedler
5	bessere Sprachkurse
6	Sonstiges

30. Welche Meinung teilen Sie?

1	Deutschland ist nur für Deutsche
2	Deutschland ist ein freies demokratisches Land für alle Nationen und Völker

31. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben in Deutschland?

1	sehr zufrieden
2	Zufrieden
3	eher zufrieden
4	eher unzufrieden
5	Unzufrieden

32. Rückkehrabsichten

1	Ja
2	Nein

2. In welcher Zeitspanne begannen Sie nach der Aussiedelung in die BRD Drogen zu konsumieren?

<i>Zeitspanne</i>				
1	2	3	4	5
0 bis 6 Monate	7 bis 12 Monate	1 bis 2 Jahre	2 bis 4 Jahre	ab 4 Jahre

**3. Mit welcher Droge fingen Sie an?
(Mehrfachnennungen möglich)**

<i>Art der Droge</i>		
1	Heroin	
2	Codein	
3	Kokain	
4	Cannabis	
5	Benzodiazepine	
6	Barbiturate	
7	LSD	
8	Ecstasy	
9	Amphetamine	
10	Pilze	
11	Alkohol	
12	Tabak	
13	andere	

4. Welche Probleme führten Sie zum Suchtmittelkonsum?
(Mehrfachnennungen möglich)

	<i>Probleme</i>	
1	mit Aussiedelung	
2	in der Familie und mit Partnerschaft	
3	am Arbeitsplatz	
4	in der Ausbildungsstätte	
5	mit Freizeit	
6	mit Freundeskreis	
7	mit Gesundheit	
8	Andere	

5. Haben Sie Schulden?
(Mehrfachnennungen möglich)

	<i>Schulden</i>	
1	Keine	
2	Bankschulden/privat	
3	Bankschulden/drogenkonsum	
4	Privatschulden/privat	
5	Privatschulden/drogenkonsum	
6	Dealer	
7	Sonstige	

6. Sind Sie straffällig?

1	<i>Ja</i>
2	<i>nein</i>

Wenn *ja*, wie konkret?

(Mehrfachnennungen möglich)

	<i>Strafen</i>	
1	Geldstrafe	
2	Bewährung	
3	Haft	
4	Laufende Verfahren	
5	sonstige	

7. Ihr Suchtmittelkonsum in den letzten 12 Monaten?

(Mehrfachnennungen möglich)

		<i>täglich</i>	<i>1-2x pro Woche</i>	<i>1x pro Monat</i>	<i>Menge</i>
1	Heroin				<i>in Gramm</i>
2	Codein				<i>mg</i>
3	Kokain				<i>in Gramm</i>
4	Cannabis				
5	Benzodiazepine				<i>mg/Anzahl Tabletten</i>
6	Barbiturate				<i>mg/Anzahl Tabletten</i>
7	LSD				
8	Ecstasy				<i>mg/Anzahl Tabletten</i>
9	Amphetamine				<i>mg/Anzahl Tabletten</i>
10	Pilze				
11	Alkohol				<i>Art/Menge</i>
12	andere				

8. Wann bemerkten Sie die ersten Entzugserscheinungen beim regelmäßigen Opiatenkonsum?

1	2	3	4
1 bis 4 Wochen	5 bis 8 Wochen	9 bis 12 Wochen	mehr als 12 Wochen

9. Wie viele Entzugs- und Entwöhnungstherapien schlossen Sie in der BRD ab?

	<i>Entzüge</i>	<i>Entwöhnungstherapie</i>
abgeschlossen		
abgebrochen		

10. Haben Sie an einer substitutionsgestützten Behandlung teilgenommen?

1	<i>ja</i>
2	<i>nein</i>

Falls *ja*:

		<i>Menge</i>	<i>Zeitraum</i>
1	<i>Methadon/Polamidon</i>		
2	<i>Codein/DHC</i>		
3	<i>Buprenorphin</i>		
4	<i>anderes</i>		

11. Grund für letzten Rückfall:
(Mehrfachnennungen möglich)

	Grund	
1	Entzugerscheinungen	
2	Opiathunger	
3	Depressionen	
4	Krisensituation	
5	Partnerschaft	
6	Freunde	
7	Angebot	
8	Probleme mit Aussiedelung	
9	sonstiges	

12. Haben Sie ambulante Angebote der Nachbetreuung wahrgenommen?

1	<i>ja</i>
2	<i>nein</i>

Falls *ja*, welche?
(Mehrfachnennungen möglich)

	<i>Angebote</i>	
1	Suchtberatungsstellen	
2	Kirchliche Verbände	
3	Freiwillige Helfer oder Verbände	
4	Beratungsstellen für Aussiedler	
5	Arztpraxen	
6	Kliniken	
7	Andere	

Falls *nein*, warum?

(Mehrfachnennungen möglich)

1	Ich fühlte mich in der Lage drogenfreies Leben zu führen	
2	Ich schämte mich als Aussiedler opiatabhängig zu sein	
3	Ich hatte Angst, dass noch mehr Menschen wissen werden über meine Drogensucht	
4	Es war für mich fremd, Hilfen in Anspruch zu nehmen	
5	Ich fürchtete unabsehbare Konsequenzen	
6	Ich vertraute niemanden	
7	Ich habe Probleme mit der deutschen Sprache	
8	Ich wollte gar nicht mit Drogen aufhören	
9	Andere	

13. Was hätte Ihrer Meinung nach Ihren Suchtmittelkonsum verhindert?

(Mehrfachnennungen möglich)

1	Spezielle Angebote für Aussiedler	
2	Bessere materielle Unterstützung der Aussiedler	
3	Hilfe bei Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche	
4	Aufklärungsarbeit über Drogen	
5	Freizeitangebote	
6	Gemeinsame Aktivitäten mit Einheimischen	
7	Bessere Wohnqualität	
8	Medienangebote in Heimatsprache	
9	Andere	

Fragebogen Deutsches Jugendinstitut e.V.

Ort:
 Datum:
 Teilnehmer-Nr.
 (falls Tagebuch-Teilnehmer/in)
 Teilnehmer-Nr. allg.

DJI
 © Deutsches Jugendinstitut e.V.
 Nockherstr. 2, 81541 München
 Postfach 90 03 52, 81503 München /
 Abt. Familie/Familienpolitik
 Projekt: Integrationsprozeß bei Aussiedlern
 Helmut Holzmüller
 Dr. Walter Kiefl

0.1 Angaben zur Person

Geschlecht		männl.	weibl.
Herkunftsland	Geburtsjahr		
	Geburtsort		
	Land/Staat		
	Einwohnerzahl von Ort bzw. Bezirks-/Verwaltg.-Einheit*		

*) Interviewerin: bei kleineren Orten größere Einheit angeben

1. Zur Ausreise

1.1 Aus welchem Land sind Sie nach Deutschland gekommen

Rußland	Kasachstan	Kirgistan	Tadschikistan	Ukraine	Sonstiges (welches?)

1.2 Seit wann leben Sie in Deutschland? seit: (Monat/Jahr)

1.3 *Interv.: Skala Nr. 9 (weiß): **allein** / mit Ehegatte/in / usw.*

Mit wem sind Sie eingereist? (zutreffende Felder ankreuzen)

allein	mit Vater	mit Mutter	mit Geschwistern	mit anderen Verwandten	mit anderen

1.4 *Interv.: Skala Nr. 1 (lila): **Sehr gut** / usw.*

Wie waren Ihre Deutschkenntnisse bei der Einreise nach Deutschland?

1.5 Sind Sie deutscher Nationalität?

Ja	Ja, aber noch nicht anerkannt	nein	weiß nicht

Falls "nein": Welche Nationalität haben Sie?

1.6 Wieviele Ihrer Verwandten leben in ...?

Interv.: Bitte auch Jahr der Einreise nach Deutschland eintragen

	in der früheren Heimat (Anzahl)	Verwandtschaftsgrad	in Deutschland	
			(Anzahl)	seit 19..
1		Vater		
2		Schwiegervater		
3		Mutter		
4		Schwiegermutter		
5		Kinder		
6		Brüder		
7		Schwägerinnen		
8		Schwestern		
9		Schwäger		
10		Onkel (nur Brüder der eigenen Eltern)		
11		Tanten (nur Schwestern der eigenen Eltern)		

12		Vettern (nur der eigenen Herkunftsfamilie)		
13		Basen (nur der eigenen Herkunftsfamilie)		
14		Neffen (nur der eigenen Herkunftsfamilie)		
15		Nichten (nur der eigenen Herkunftsfamilie)		

1.7 *Interv.: Skala Nr. 1 (lila): **Sehr gut** / usw.*

Bitte erinnern Sie sich an die Zeit, die Sie jetzt schon in Deutschland leben: Wie fühlen Sie sich gegenwärtig?

Gegenwärtig	Ausreisetag	in der ersten Woche nach Ankunft in Deutschland

Danach:

Wie war es am Ausreisetag?

Danach:

Wie war es in der Woche nach der Ankunft in Deutschland?

1.8 *Interv.: Skala Nr. 2 (rosa): **Sehr wichtig** / usw.*

Wie wichtig waren folgende Gründe für Ihre persönliche Ausreiseentscheidung?

Nr.	Gründe für Ausreise	Beurteilung
1	Kinder und Jugendliche haben bessere Entwicklungsmöglichkeiten in Deutschland	
2	Politisch instabile Lage in der alten Heimat	
3	Wirtschaftlich schlechte Situation in der alten Heimat	
4	Wollte als Deutscher unter Deutschen leben	
5	Wollte nicht länger Benachteiligungen ausgesetzt sein	
6	Weil meine Angehörigen es wollten	
7	Andere: welche? (<i>Interv.: bitte notieren</i>)	
8	Wollte nicht ausreisen (weiter zu Frage 1.13)	

1.9 *Interv.: Skala Nr. 5 (grün): **Trifft voll zu** / usw.*

In welchem Ausmaß haben folgende Gründe für Sie gegen eine Ausreise zugetroffen?

Nr.	Gründe gegen Ausreise	Beurteilung
1	Ich sah keine Notwendigkeit, meine frühere Heimat zu verlassen	
2	Deutschland erschien mir sehr fremd	
3	Ich wollte meinen Freundeskreis nicht verlieren	
4	Die Versprechungen des Lebens in Deutschland bedeuten mir nicht viel	
5	Ich hatte keine Lust, Deutsch zu lernen	
6	Der Neuanfang in einem fremden Land hat mir Angst gemacht	
7	Das Wissen, daß Aussiedler in Deutschland oft nur ein geringeres soziales Ansehen haben	
8	Es war mir klar, daß es mühsam und langwierig ist, zu einem anerkannten Mitglied der Gesellschaft in Deutschland zu werden	
9	Ich hatte Angst, alles aufzugeben	
10	Die wirtschaftlichen Aussichten in der alten Heimat genügten mir	
11	Ich hatte zu wenig Informationen, was mich in Deutschland erwartet	
12	Sonstiges (Was?)	

1.10 *Interv.: Skala Nr. 7 (weiß): **Initiative ging von mir aus** / usw.*

Wie stark haben Sie bei der Entscheidung für die Ausreise mitgewirkt?

1.11 *Interv.: Liste Nr. 8 (weiß): **war sehr dafür** / usw.*

Wie überzeugt waren Sie von der Entscheidung für die Ausreise? Wie haben die anderen Familienmitglieder darüber gedacht (Geschwister ab 8 Jahre beim Zeitpunkt der Ausreise)?

ich selbst	Vater	Mutter	Geschwister 1	Geschwister 2	Geschwister 3	Geschwister 4	Geschwister 5

2. Wohnsituation

2.1 Wohnen Sie bei Ihren Eltern?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

2.2 Wie wohnen Sie zur Zeit?

Besondere Situation	in Miete			Eigentum			Sonstiges (Was?)
	Übergangs-wohnheim	Wohng. in Mehr-familienhaus	Reihenhaus	alleinsteh. Haus/Doppelhaushälfte	Wohng. in Mehr-familienhaus	Reihenhaus	

2.4 Interv.: Liste Nr. 3 (orange) aufschlagen: *sehr zufrieden* / usw.

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen Wohnsituation?

2.5 Wo würden Sie am liebsten wohnen? (bitte ankreuzen; nur eine Nennung)

1	im Übergangswohnheim	
2	unter <i>Aussiedlern</i> in ländlicher Umgebung	
3	unter <i>Aussiedlern</i> in städtischer Umgebung	
4	unter <i>einheimischen Deutschen</i> in ländlicher Umgebung	

5	unter <i>einheimischen Deutschen</i> in städtischer Umgebung	
6	unter <i>einheimischen Deutschen</i> und <i>Ausländern</i> in städtischer Umgebung	
7	Sonstiger Wohnungswunsch (Welcher?)	

3. Arbeit und Beruf

3.1 *Interv.: Skala Nr. 2 (rosa): **Sehr wichtig** / usw.*

Ob man mit Arbeit und Beruf zufrieden ist, hängt von mehreren Bedingungen ab. Wie wichtig ist/sind bzw. wären Ihnen persönlich ...

1	Bezahlung	
2	Arbeitszeit	
3	Aufstiegchancen	
4	interessante Tätigkeit	
5	geringe Belastungen (Gefahren, Schmutz, Lärm usw.)	
6	daß die Anforderungen gering sind	
7	gesellschaftliches Ansehen	
8	daß ich meine Berufserfahrung aus dem Herkunftsland verwenden kann	
9	gutes Betriebsklima	
10	Sicherheit vor Arbeitslosigkeit	

3.2 Falls Sie in Ihrer früheren Heimat bereits berufstätig waren: Was haben Sie beruflich in Ihrer früheren Heimat gemacht?

Interviewerin: Liste mit Aufstellung von Tätigkeiten zur evtl. Nachfrage bereithalten

3.3 Falls Sie in Ihrer früheren Heimat bereits berufstätig waren: Was haben Sie beruflich zuletzt vor der Ausreise gemacht?

Interv.: Liste mit Aufstellung von Tätigkeiten zur evtl. Nachfrage bereithalten

--

3.4 Interviewerin: Die **Spalten 1-2** betreffen nur **Jugendliche mit Berufserfahrung** im Herkunftsland bzw. gegenwärtiger Berufstätigkeit. Für **Jugendliche ohne Berufserfahrung** nur **Spalte 3** durchgehen (Teil b)

a) *Interv.: Liste Nr. 3 (orange): sehr zufrieden / usw.*

Bitte denken Sie an Ihr Berufsleben im Herkunftsland: Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie mit den folgenden Bereichen bis zur Ausreise?

Interv.: Zuerst Spalte 1 durchgehen

		Herkunftsland	Deutschland	
		1	2	3
		Bis zur Ausreise	gegenwärtig	zukünftig
1	Bezahlung			
2	Arbeitszeit			
3	Aufstiegchancen			
4	Tätigkeit			
5	Belastung (Gefahren, Schmutz, Lärm usw.)			
6	Arbeitsdruck/Leistungsanforderungen			
7	politischer Druck am Arbeitsplatz			
8	gesellschaftliches Ansehen			
9	Sicherheit vor Arbeitslosigkeit			

Anschließend:

Falls Sie schon in einem Arbeitsverhältnis in Deutschland stehen: Bitte gehen Sie nun genauso bei der Beurteilung Ihres Berufslebens in Deutschland vor

*Interv.: Jetzt Spalte 2 der Tabelle durchgehen (Falls in **keinem** Arbeitsverhältnis: Spalte 2 durchstreichen)*

b) *Interv.: Liste Nr. 3 (orange): **sehr zufrieden** / usw.*

Danach:

Wie zufrieden glauben Sie mit generell mit Ihrer beruflichen Tätigkeit in einigen Jahren zu sein?

*Interv.: Diese Frage **auch ohne** gegenwärtige berufliche Tätigkeit stellen / **Jetzt Spalte 3** der Tabelle durchgehen*

3.5 *Interv.: Skala Nr. 1 (lila): **Sehr gut** / usw. (**nur zur Bewertung der Kurse!**)*

Was haben Sie seit Ihrer Ankunft in Deutschland gemacht und was machen Sie jetzt, auch beruflich (wie lange/in Monaten)?

*Interviewerin: Dazu gehören Sprachkurse; Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen; Berufsausbildung; Berufstätigkeit im weitesten Sinne, also Erwerbstätigkeit; Arbeitslosigkeit. Bitte **auf zeitliche Lücken achten!** Klären, ob Erwerbstätigkeit gesucht wurde, auch während des Sprachkurses, der evtl. abgebrochen wird, um erwerbstätig zu sein.*

*Besuchte **Kurse** bitte mit **genauer Bezeichnung** in die nachfolgende Tabelle eintragen*

Bei Kursen, Umschulungen usw. bitte eine Bewertung vornehmen.

Bezeichnung des Kurses (z.B. Sprachkurs des Arbeitsamts; Fortbildung, Förderschule)	Kursdauer Von ... bis ... Monat/Jahr	Häufigkeit pro Woche (1 - 5mal)	Jeweil. Dauer (in Std.)	mit Praktikum?		Beurteilung des Kurses	Kursanbieter (z.B. Arbeitsamt, Kolping)
				ggfs. ankreuzen	Dauer dieses Praktikums Monate		

Anmerkungen:

3.6 *Interv.: Skala Nr. 3 (orange): **sehr zufrieden** / usw.*

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen Arbeit?

keine Arbeit (ankreuzen)

3.7 Falls Sie im Herkunftsland schon berufliche Erfahrung gesammelt haben und in Deutschland auch schon auf Arbeitsuche gewesen sind:

War es prinzipiell möglich, in dem Beruf, den Sie im Herkunftsland hauptsächlich ausgeübt haben, hier in Deutschland eine Arbeit zu finden?

- ja
- nein

Wenn "ja": Arbeiten Sie in diesem Beruf?

- Ja
- Nein

Wenn "nein": Warum nicht?

3.8 *Interv.: Skala Nr. 6 (blau): **sehr schwierig** / usw.*

Falls Sie gegenwärtig Arbeit haben: Wie schwierig war es für Sie, diese Arbeit zu bekommen?

3.9 *Interv.: Skala Nr. 6 (blau): **sehr schwierig** / usw.*

Für wie schwierig halten Sie es, daß Sie eine befriedigende Arbeit bekommen?

3.10 *Interv.: Skala Nr. 1 (lila): **Sehr gut** / usw.*

Wie sehen Sie Ihre berufliche Zukunft?

3.11 Wie sähe Ihr Wunschberuf aus? (*Interv.: Bitte notieren*)

3.12 *Interv.: Skala Nr. 4 (gelb): **Stimme voll und ganz zu** / usw.*

Wir haben hier unterschiedliche Meinungen über Arbeit und Beruf. Wie beurteilen Sie diese?

Meinung A: Für mich ist es wichtig, eine gut bezahlte Arbeit zu finden, damit ich meiner zukünftigen Familie was bieten kann. Wenn genug bezahlt wird, würde ich fast jede Tätigkeit annehmen.

Meinung B: Ich möchte eine interessante Arbeit finden, die meinen Fähigkeiten möglichst gut entspricht. Dafür lohnt es sich, länger zu suchen und an Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Das Einkommen ist nicht so wichtig - Hauptsache, die Arbeit macht mir Freude.

Meinung C: Wenn man es nur schlau anstellt und keine übermäßigen materiellen Ansprüche hat, kann man in Deutschland auch ohne Arbeit ganz gut durchkommen.

Meinung D: Ein Leben ohne Arbeit halte ich für unmoralisch. Selbst wenn ich es nicht nötig hätte, würde ich mir eine Arbeit suchen.

4. Schule und Ausbildung

4.1 Was trifft für Sie derzeit zu?

besuche eine Schule

befinde mich in Ausbildung

habe ein festes Arbeitsverhältnis

- gelegentliche Beschäftigungen (jobben)
- nichts davon, sondern
-

4.2 Welche Schulen haben Sie im Herkunftsland besucht und welche abgeschlossen?

Interv.: Bitte möglichst präzise Bezeichnung von Schulart und Abschluß!

Falls eine Schule nicht abgeschlossen wurde: Hatte das mit der Ausreise zu tun?

- ja

4.3 Was gefällt Ihnen besonders gut an den Schulen in Deutschland?

4.4 Was gefällt Ihnen weniger gut an den Schulen in Deutschland?

4.5 Welche Schule besuchen Sie? Welche Schulen haben Sie in Deutschland abgeschlossen?

Interv.: Bitte genaue Angabe! (vgl. dazu Liste)

derzeitiger Besuch/Klasse	Schule abgeschlossen

4.6 Nur wenn Jugendlicher derzeit eine Schule besucht / wenn nicht, weiter zu Frage 4.11

*Interv.: Skala Nr. 1 (lila): **sehr gut** / usw.*

Wie kommen Sie jetzt hier in der Schule zurecht?

*Interv.: Spalte 1: „**jetzt**“ durchgehen*

Danach:

Wie war das am Anfang?

*Interv.: Spalte 2: „**am Anfang**“ durchgehen*

Fächer		jetzt	am Anfang
1	Deutsche Sprache		
2	Fremdsprachen (z. B. Englisch)		
3	Mathematik und naturwissenschaftliche Fächer		
4	Sachkunde (Geschichte, Erdkunde, Heimatkunde usw.)		
5	Musische Fächer		
6	Sport		

4.7 In jeder Gruppe und damit auch in jeder Klasse gibt es so eine Art Rangordnung: Wo glauben Sie, daß Sie zur Zeit in der Regelklasse stehen?

eher unten	
eher in der Mitte	
eher oben	

4.8 Gab es bisher besondere Probleme im Zusammenhang mit der Schule?

- ja
- nein

wenn "ja", welche? (Interviewerin: bitte notieren)

4.9 *Interv.:* Skala Nr. 5 (grün): **trifft voll zu** / usw.

Wie glauben Sie, daß die Lehrer Sie sehen bzw. gesehen haben?

Interv.: **zuerst Spalte 1: „Lehrer“** durchgehen

Danach:

Bitte denken Sie jetzt an ihre Mitschüler: Wie vermuten Sie, daß diese Sie sehen bzw. gesehen haben (zu Recht oder zu Unrecht)?

Interv.: **jetzt Spalte 2: „Mitschüler“** durchgehen

	Eigenschaften	Lehrer	Mitschüler
1	fleißig		
2	selbstbewußt		
3	unabhängig		
4	verschlossen		
5	freundlich		
6	kameradschaftlich		
7	ängstlich		
8	aggressiv		
9	aktiv		
10	optimistisch		
11	wißbegierig		

12	ruhig		
13	zielstrebig		

4.10 Haben oder hatten Sie häufig, gelegentlich, selten oder nie privaten Kontakt mit? (bitte ankreuzen)

	häufig	gelegentlich	selten	nie
einheimischen deutschen Mitschülern				
Aussiedler-Mitschülern				
Ausländischen Mitschülern				

4.11 Besuchen Sie derzeit irgendeine Form von beruflicher Ausbildung oder werden Sie demnächst eine beginnen?

- ja
- nein (Wenn nein, weiter mit 4.16)

4.12 Um welche Ausbildung handelt es sich dabei? (möglichst genaue Bezeichnung des Ausbildungsberufs)

4.13 Findet die Ausbildung in einem Betrieb statt?

- .. ja
- .. nein

wenn nein: wo dann? (genaue Bezeichnung)

4.14 *Interv.: Skala Nr. 6 (blau): **sehr schwierig**/ usw.*

Wie schwierig war es, den Ausbildungsplatz zu finden?

4.15 Handelt es sich beim Ausbildungsberuf um Ihren Wunschberuf?

- .. ja
- .. nein

wenn nein: Was wäre der Wunschberuf gewesen?

4.16 *Interv.: Skala Nr. 5 (grün): **Trifft voll zu** / usw.*

Wie glauben Sie, daß die Ausbilder Sie sehen?

Eigenschaften		Ziffer
1	fleißig	
2	selbstbewußt	
3	ausdauernd	
4	ehrgeizig	
5	hat Spaß am Beruf	
6	freundlich	
7	hat Eigeninitiative	
8	ordnet sich unter	
9	verschlossen	
10	zielstrebig	
11	kooperativ	
12	wißbegierig	
13	denkt mit	
14	kameradschaftlich	

4.17 *Interv.: Skala Nr. 4 (gelb): **Stimme voll und ganz zu** / usw.*

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf die Ausbildung beziehen.

Interv.: Falls Sie sich derzeit nicht in Ausbildung befinden, übergehen Sie die mit è gekennzeichneten Aussagen.

Zeile	Nr.	Aussage	Beurteilung
1	301	è Ich komme mit meiner Ausbildung gut zurecht	
2	302	Die Ausländer nehmen uns die guten Ausbildungsplätze weg	
3	303	Mit einer soliden Berufsausbildung hat man bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt	
4	304	è Ich glaube, daß ich nicht das ganze Berufsleben im Ausbildungsberuf bleiben will	
5	305	è Ich kann mir gut vorstellen, daß ich nach meiner derzeitigen Ausbildung einen weiterführenden Bildungsabschluß (z.B. Mittlere Reife, Abitur, Studium) anstrebe	
6	306	Es ist nicht so wichtig, daß einem der Beruf gefällt; Hauptsache ist, daß man überhaupt eine berufliche Ausbildungsmöglichkeit erhält	
7	307	è Ich glaube, daß meine Berufsausbildung eine gute Zukunftsinvestition ist	
8	308	è Ich finde, daß ich gut ausgebildet werde	
9	309	è Die Ausbilder geben sich viel Mühe	
10	310	è Ich fühle mich von der Berufsausbildung überfordert	
11	311	Die einheimischen Deutschen nehmen uns Jugendlichen die guten Ausbildungsplätze weg	
12	312	In meiner früheren Heimat war es leichter, einen guten Ausbildungsplatz zu finden	
13	313	è Bei der Berufswahl konnten mir meine Eltern helfen	
14	314	è Mit meinem Ausbildungsplatz bin ich voll zufrieden	
15	315	è Da es um meine Zukunft geht, haben sich meine Eltern bei der Berufswahl nicht eingemischt	
16	316	Für Aussiedlerjugendliche ist es besonders wichtig, einen Beruf zu finden, in dem man auch gute Chancen hat, wenn man noch nicht so gut Deutsch spricht	
17	317	Wenn Jugendliche heute einen Ausbildungsplatz angeboten bekommen, sollten verantwortungsvolle Eltern ihre Kinder anhalten, sofort zuzugreifen	
18	318	Eine überbetriebliche Ausbildung ist besser als selbst eine gut bezahlte Hilfsarbeitertätigkeit	
19	319	Eine betriebliche Ausbildung ist einer überbetrieblichen vorzuziehen	
20	320	è Schon längere Zeit vor der Ausbildung hatte ich klare Vorstellungen, was ich beruflich machen wollte	
21	321	Um Fehlentscheidungen bei der Berufswahl zu vermeiden, sollte jeder Jugendliche die Berufsberatung beim Arbeitsamt aufsuchen	
22	322	è Auch wenn mein Ausbildungsberuf nicht meinem ursprünglichen Wunsch entspricht, bin ich doch recht zufrieden damit	

4.18 Interv.: Skala Nr. 4 (gelb): *Stimme voll und ganz zu / usw.*

Nur für Jugendliche, die sich in Ausbildung befinden oder diese demnächst beginnen

Im folgenden finden Sie Aussagen, die sich auf die betriebliche und überbetriebliche Ausbildung beziehen.

1	351	In der überbetrieblichen Ausbildung lernt man nicht so viel wie in einer betrieblichen	
2	352	Auf dem Arbeitsmarkt haben Jugendliche mit überbetrieblicher Ausbildung gleich gute Chancen wie Jugendliche mit betrieblicher Ausbildung	
3	353	Nur wer eine sehr gute Schulbildung hat, hat heutzutage eine Chance auf einen betrieblichen Ausbildungsplatz	
4	354	Bei der überbetrieblichen Ausbildung handelt es sich nur um eine befristete Lernzeit, die letztlich keinen Schutz vor späterer Arbeitslosigkeit bildet	
5	355	Ich finde es gut an der überbetrieblichen Ausbildung, daß man mit anderen zusammen ist, die sich auch schwer getan haben, einen Ausbildungsplatz zu finden	

4.19 Welche beruflichen Pläne haben Sie bis etwa Ende 2000?

4.20 Welche der folgenden Aktivitäten treffen für Sie gegenwärtig zu oder beabsichtigen Sie für die nächste Zukunft? (bitte ankreuzen)

		Ja, zur Zeit	Demnächst sicher	Demnächst vielleicht	Nicht, weil nicht interessiert	Nicht, weil erledigt
1	Volkshochschulkurse					/
2	Führerschein machen					
3	mich beruflich selbständig machen					
4	eine große Reise unternehmen					/
5	längerer Besuch in der alten Heimat					/
6	jobben					/
7	berufsvorbereitender Kurs					
8	berufliche Qualifikation erwerben (Ausbildung)					
9	andere Qualifikation erwerben (z.B. EDV,					

	Sprachen)					
10	geförderte Kurse besuchen (z.B. des Arbeitsamtes: etwa Bewerbungstraining					

4.21 Was machen Sie gewöhnlich an einem Wochentag?

		häufig	gelegentlich	nie
1	Sport treiben			
2	mit Freunden treffen			
3	Fernsehen / Video			
4	Gaststätte / Café besuchen			
5	Herumfahren / unterwegs sein			
6	lesen			
7	Partner/in treffen			
8	Discos besuchen			
9	im Haushalt mithelfen			
10	Videospiele			
11	sich mit Eltern / Geschwistern / Verwandten beschäftigen oder mit ihnen etwas unternehmen			
12	jobben			
13	sich treiben lassen			
14	Musik hören			
15	selbst Musik machen, singen			
16	sich mit Jugendlichen des anderen Geschlechts treffen (allein oder zusammen mit Freunden)			
17	Jugendclubs, Jugendtreffs besuchen			
18	Konzert / Kino / Theater besuchen			
19	sich mit Computern beschäftigen			
20	hingehen, wo was los ist			
21	Sonstiges (Was?)			

5. Familiensituation

5.1 Mit wem (z. B. Familienangehörigen) leben Sie zur Zeit zusammen?

- 5.2 Man kann zwischen verschiedenen Wohnformen wählen. Wir würden gerne wissen, welche Wohnform Ihnen etwa im Alter von 25 Jahren am liebsten wäre („1“), zweitliebsten wäre („2“), usw.

Interv.: Bitte die **Rangziffer** in den Kästchen nach der jeweiligen Wohnform eintragen/bitte

alle Kästchen ausfüllen!

		Rang- ziffer
1	mit den Eltern	
2	allein	
3	mit Lebens/- Ehepartner	
4	Wohngemeinschaft	

- 5.3 *Interv.:* Skala Nr. 1 (lila): **sehr gut** / usw.

Jedem Menschen geht es mal mehr und mal weniger gut. Wie schätzen Sie das Wohlbefinden Ihrer Angehörigen gegenwärtig ein?

Interv.: Zeile „**jetzt**“ durchgehen. Dabei darauf achten, daß die **befragte Person** möglichst **unbeeinflusst** durch die anderen darauf antwortet

Anschließend

Wie haben sich nach Ihrem Eindruck Ihre Angehörigen zum Zeitpunkt der Ausreise gefühlt?

Interv.: nun Zeile „**bei der Ausreise**“ durchgehen

	Vater / Mutter	Geschwister	andere Verwandte
jetzt			
bei der Ausreise			

- 5.4 *Interv.:* Bitte Skala Nr. 5 (grün) aufschlagen: **trifft voll zu** / usw.

Interv.: Im Unterschied zum Erwachsenenfragebogen sind hier alle Spalten auszufüllen!

Bitte schätzen Sie sich nun selbst anhand der nachfolgenden Eigenschaften ein: Wenn Sie sich z.B. für sehr freundlich halten (Zeile 1), nennen Sie die Ziffer 1 („trifft voll zu“); wenn Sie glauben, daß Sie im großen und ganzen freundlich sind, nennen Sie die Ziffer „2“ („trifft eher zu“) usw.

Interv.: Jetzt Spalte 1 („ich selbst“) durchgehen

Danach:

Wenn Sie an die etwa gleichaltrigen einheimischen deutschen Mädchen denken: Welchen Eindruck haben Sie von diesen bisher im allgemeinen gewonnen?

Danach:

Und nun denken Sie noch an die etwa gleichaltrigen einheimischen deutschen Jungen. Welchen Eindruck haben Sie von diesen im allgemeinen gewonnen?

		1	2	3
		ich selbst	einheimische deutsche Mädchen	einheimische deutsche Jungen
1	freundlich			
2	selbstbewußt			
3	tolerant			
4	unabhängig			
5	kontaktfreudig			
6	nachgiebig			
7	berufsorientiert			
8	treu			
9	verschlossen			
10	materialistisch			
11	attraktiv			
12	religiös			
13	durchsetzungsfähig			
14	familienorientiert			
15	ehrgeizig			
16	vergnügungsorientiert			
17	stark			

18	intelligent			
19	sportlich			

5.5 *Interv.: Skala Nr. 4 (gelb): Stimme voll und ganz zu / usw.*

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Ihre Situation und das Leben in Deutschland beziehen. Wir bitten Sie, zu den jeweiligen Vorgaben anhand der Skala Ihr Urteil abzugeben und die jeweils zutreffende Ziffer zu nennen.

Zeile	Nr.	Aussage	Beurteilung
1	18	Die Beziehungen innerhalb der Familie sind in der letzten Zeit intensiver geworden	
2	49	Es ist ungerecht, daß in den meisten Familien der größte Teil der Hausarbeit von den Frauen geleistet werden muß	
3	13	Wenn ich alleine hier wäre, wäre es für mich leichter als mit der ganzen Familie	
4	72	Es ist ganz normal, daß das Familienmitglied, das das meiste Geld heimbringt, den größten Einfluß in der Familie hat	
5	10	Für Frauen ist das Leben in Deutschland besser als in der alten Heimat	
6	25	Ich fühle mich seit einiger Zeit stärker belastet	
7	61	Es ist ungerecht, daß die Mädchen von den Eltern mehr kontrolliert werden als die Jungen	
8	48	Als Mann gilt man in der früheren Heimat noch mehr als in Deutschland	
9	8	in der Familie haben die Meinungsverschiedenheiten wegen unwichtiger Dinge zugenommen	
10	200	Hier gibt es mehr Möglichkeiten, bereits früh seine Wege zu gehen	
11	66	Die Aussiedlermädchen haben keine so lockere Moral wie die einheimischen deutschen Mädchen	
12	177	Da die Jungen später meist die Hauptnährer ihrer Familien sein werden, ist eine gute Ausbildung für sie noch wichtiger als für die Mädchen	
13	176	Es ist ganz normal, daß ein Mädchen mit 16 Jahren einen festen Freund hat	
14	63	Es ist ungerecht, daß die Mädchen im Haushalt mehr mithelfen müssen als die Jungen	
15	77v	Die einheimischen deutschen Frauen treten sehr selbstbewußt auf	
16	202	Seit wir in Deutschland sind, sind die Beziehungen in der Familie komplizierter geworden	
17	22	Ich glaube, daß sich die Eltern manchmal in die alte Heimat zurücksehnen	

6. Kontakte zu Einheimischen

6.1 *Interv.: Skala Nr. 1 (lila): **Sehr gut** / usw.*

Wie schätzen Sie Ihre gegenwärtigen Deutschkenntnisse ein?

6.2 *Interv.: Skala Nr. 1 (lila): **Sehr gut** / usw.*

Nun geht es um engere persönliche Kontakte. Solche Kontakte liegen vor,

- wenn Sie die Betreffenden jederzeit privat anrufen können
- oder wenn schon Besuche in der Wohnung stattgefunden haben
- oder wenn Sie in der Freizeit etwas zusammen unternommen haben
- oder wenn Sie sich gegenseitig privat geholfen haben

- oder wenn gegenseitige Sympathie vorliegt.

Wie gut sind die Kontakte zu ...?

zu Verwandten		zu anderen Aussiedlern		zu einheimischen Deutschen		zu Ausländern	
Bewertung	Kein Kontakt	Bewertung	Kein Kontakt	Bewertung	Kein Kontakt	Bewertung	Kein Kontakt

Wenn keine Kontakte zu einheimischen Deutschen bestehen, weiter mit 6.8

6.3 Wenn zu einheimischen Deutschen Kontakte bestehen:

Wieviel einheimische Deutsche gibt es in Ihrem engeren Freundes- und Bekanntenkreis?

Familien

Einzelpersonen

Interviewerin: Zahl bezieht sich beim ersten Kästchen auf **Familien**, beim zweiten Kästchen auf **Einzelpersonen** (Gleiches bei 6.8 und 6.10)

6.4 *Interv.: Skala Nr. 2 (rosa): **Sehr wichtig** / usw.*

Wie wichtig sind Ihnen diese Kontakte zu einheimischen Deutschen?

-
- 6.5 Falls Kontakte mit einheimischen Deutschen bestehen:
Bitte schildern Sie kurz, wie sich der jetzt intensivste Kontakt zu der wichtigsten einheimischen deutschen Person entwickelt hat.

-
- 6.6 Wie lange hat es gedauert, bis Sie zu dieser Person in einen engeren Kontakt gekommen sind? (in Monaten)

- 6.7 *Interv.: Skala Nr. 10 (weiß): immer von mir / usw.*

Von wem ging insgesamt bei den bisherigen Kontakten mit einheimischen Deutschen in der Regel die Initiative aus? (Gemeint sind hier *alle Kontakte*, also auch die oberflächlicheren)

-
- 6.8 Wieviel Aussiedler gibt es in Ihrem engeren Freundes- und Bekanntenkreis?

Aussiedlerfamilien

Einzelpersonen

-
- 6.9 *Interv.: Skala Nr. 2 (rosa): Sehr wichtig / usw.*

Wie wichtig sind Ihnen diese Kontakte?

6.10 Wieviel Ausländer gibt es in Ihrem engeren Freundes- und Bekanntenkreis?

Ausländerfamilien

Einzelpersonen

Wenn keine Kontakte zu Ausländern bestehen, weiter mit 6.12

6.11 *Interv.: Skala Nr. 2 (rosa): **Sehr wichtig** / usw.*

Wie wichtig sind Ihnen diese Kontakte?

6.12 Sind Sie Mitglied bei einem oder mehreren Vereinen, einer Organisation oder einer Gruppe?

.. nein

.. ja

wenn ja: bei welchem Verein, welcher Organisation, welcher Gruppe?

6.13 *Interv.: Skala Nr. 12 (weiß): **interessiert mich überhaupt nicht** / usw.*

Wie sehr interessieren Sie sich ...?

	Interesse für	Ziffer
1	für Sportveranstaltungen	
2	für kulturelle Ereignisse (z.B. Konzerte, Theater)	
3	für politische Veranstaltungen (z.B. Kundgebungen)	
4	für Initiativen und Aktionen für unterschiedliche Ziele (z.B. Umwelt)	

5	für Aktivitäten der Landsmannschaft	
6	für Aktivitäten anderer Aussiedler (z.B. Feste, Ausflüge)	
7	für Aktivitäten in der Kirchengemeinde	
8	für Politik an meinem Wohnort (z. B. Jugend, Verkehr)	
9	für Politik auf Bundesebene	
10	für weltpolitische Fragen	
11	für Sozialpolitik (z.B. Renten, Gesundheit, Beschäftigung)	
12	Insgesamt für Aktivitäten der Gewerkschaften	
13	für aktuelle Entwicklungen in der früheren Heimat	
14	für ein Hobby (z.B. Pflanzen, Basteln, Sammeln, Lesen)	

6.14 *Interv.: Skala Nr. 13 (weiß): keine Beteiligung / usw.*

Wie sehr beteiligen Sie sich selbst ...?

Nr.	Aktivitäten	Ziffer
1	an sportlichen Aktivitäten	
2	an kulturellen Aktivitäten (z.B. Heimat- und Brauchtumpflege, Theater)	
3	an politischen Aktivitäten	
4	an Angelegenheiten an meinem Wohnort (z.B. Schule, Jugend, Umwelt)	
5	an kirchlichen Gruppen (z.B. Jugendgruppen)	
6	an Aktivitäten der Landsmannschaft	
7	an Aktivitäten anderer Aussiedler (z.B. Feste, Ausflüge)	
8	an Initiativen und Aktionen für unterschiedliche Ziele (z.B. im Umweltbereich)	
9	an Mädchen- und Frauengruppen	
10	an Aktivitäten anderer Gruppen (z.B. Fanclubs, Chor, Theater)	
11	an Aktivitäten caritativer Organisationen (z.B. Rotes Kreuz)	
12	an Aktivitäten von Hilfsorganisationen (z.B. Feuerwehr, Wasserwacht)	

6.15 *Interv.: Liste Nr. 14 (weiß): sehr gerne / usw.*

Wie gerne hören Sie folgende Musikrichtungen?

	Musikart	Ziffer
1	Klassische Musik	
2	Volksmusik/Folklore	

Musikart		Ziffer
3	Musik aus der alten Heimat	
4	Pop/Rock	
5	Jazz	
6	Techno / House	
7	Sonstiges (Was? Bitte angeben)	
8	Ich höre keine Musik è <input type="checkbox"/> (ankreuzen)	/

6.16 Interv.: Skala Nr. 14 (weiß): **sehr gerne** / usw.

Wie gerne sehen Sie folgende Fernsehsendungen und Videos

Fernsehsendungen und Videos		Ziffer
1	Populäre Musik-Unterhaltungssendungen	
2	Opern, Operetten, klassische Musik	
3	Theater	
4	Shows, Talkshows	
5	Nachrichten	
6	Zeitgeschichte	
7	Politische Magazine (z.B. Panorama), Diskussionen	
8	Geschichte, Kulturgeschichte	
9	Natur- und Tierfilme	
10	Ratgeber/Magazine (z.B. Gesundheit, Geld, Kindererziehung, Reise)	
11	Spielfilme	
12	Krimis	
13	Abenteuerfilme	
14	Sciencefiction-Filme	
15	Horrorfilme	
16	Liebes-/Beziehungsfilme	
17	Filme und Videos aus der alten Heimat	
18	Kriegsfilme	
19	Zeichentrickfilme	
20	Sport	
21	Werbung	

22	Sonstiges (Was? Bitte angeben?)	
23	Ich sehe nicht fern bzw. Videos <input type="checkbox"/> (ankreuzen)	

6.17 Wieviel Stunden täglich sehen Sie sich im Durchschnitt Fernsehsendungen an

Dauer		ankreuzen
1	überhaupt nicht	
2	bis zu ½ Stunde	
3	½ bis zu 1 Stunde	
4	1 bis 2 Stunden	
5	2 bis 4 Stunden	
6	mehr als 4 Stunden	

6.18 *Interv.: Skala Nr. 14 (weiß): sehr gerne / usw.*

Wie gerne lesen Sie -unabhängig von der Sprache-?

Bücher und Zeitungen/Zeitschriften		Ziffer
1	Krimis	
2	Leichtere Unterhaltungsliteratur	
3	Liebesromane	
4	Sonstige Romane	
5	Beruflich nützliche Sachbücher	
6	Sonstige Sachbücher	
7	Tages-/Wochenzeitung bzw. Wochenmagazin (z.B. Der Spiegel)	
8	Unterhaltungssillustrierte	
9	Beruflich nützliche Fachzeitschriften	
10	Andere Fachzeitschriften	
11	Anspruchsvolle Literatur	
12	Ratgeber (z.B. Gesundheit, Geld, Kindererziehung, Reisen)	
13	Sciencefiction	

14	Comics	
15	Sonstiges (Was? Bitte angeben)	

6.19 Wieviel Stunden täglich lesen Sie im Durchschnitt?

Dauer		
1	Überhaupt nicht	
2	Bis zu ½ Stunde	
3	½ bis zu 1 Stunde	
4	1 bis 2 Stunden	
5	2 bis 4 Stunden	
6	Mehr als 4 Stunden	

6.20 Interv.: Skala Nr. 14 (weiß): *sehr gerne* / usw.

Wie gerne gehen Sie in Ihrer Freizeit folgenden Beschäftigungen nach.....?

Freizeit		Bewertung
1	Sport betreiben	
2	Fernsehen / Videos	
3	Lesen	
4	Musik hören	
5	selbst Musik machen, singen	
6	sich mit Freunden treffen	
7	handwerkliche Arbeiten / Basteln	
8	auto-, motorrad- oder mopedfahren	
9	Videospiele	
10	sich mit Computern beschäftigen	
11	Discos besuchen	

12	Konzerte / Kino / Theater und andere Veranstaltungen	
13	zeichnen / malen und ähnliches	
14	jobben	
15	hingehen, wo was los ist	
16	ehrenamtliche Tätigkeiten	
17	Jugendclubs / -treffs besuchen	
18	Partner/in treffen	
19	sich mit Eltern / Geschwistern / Verwandten beschäftigen oder mit ihnen etwas unternehmen	
20	herumfahren / unterwegs sein	
21	sich mit Jugendlichen des anderen Geschlechts treffen (allein oder zusammen mit Freunden)	
22	Sonstiges (Was? Bitte angeben)	

6.21 Interv.: Bitte Nr. 4 (gelb): *stimme voll und ganz zu* / usw.

Hier finden Sie einige Aussagen zum Alltagsleben von Jugendlichen heute.

Zeile	Nr.	Aussagen	Beurteilung
1	401	Mir ist es wichtig, bei modischer Kleidung nicht hinter den einheimischen deutschen Jugendlichen zurückzustehen	
2	402	Piercing finde ich abstoßend	
3	403	Ich habe kein Interesse an Computerspielen	
4	404	Über die neuesten Moderichtungen bei Kleidung bin ich eigentlich ziemlich gut informiert	
5	405	Es ist heute für einen Jugendlichen sehr wichtig, sich am Computer gut auszukennen	
6	406	Zu einem richtigen Mann gehört, daß er trinkfest ist	
7	407	Wenn ich von etwas überzeugt bin, halte ich daran fest, auch wenn die meisten meiner Freunde nicht damit einverstanden sind	
8	408	Deutsche Jugendzeitschriften wie „Bravo“ und „Mädchen“ gefallen mir recht gut	
9	409	Wer gut mit Computern umgehen kann, hat in der Gruppe größeres Ansehen	
10	410	Ich glaube, es gibt wenig Jugendliche, die noch nie Drogen probiert haben	
11	411	Ich möchte möglichst früh genügend Geld verdienen, um eine eigene Familie gründen zu können	
12	412	Es fällt mir im allgemeinen leicht, mich im Freundeskreis durchzusetzen	
13	413	Für Mädchen ist es nicht so schlimm, wenn sie nicht so gut mit dem Computer zurechtkommen	
14	414	Wer Alkohol trinken muß, um in Stimmung zu kommen, tut mir leid	

15	415	Ich bin nicht bereit, für modische Kleidung viel Geld auszugeben	
16	416	Die meisten einheimischen deutschen Gleichaltrigen wirken auf mich etwas unreif	
17	417	Um nicht als Außenseiter zu gelten, mache ich auch manchmal Dinge mit, von denen ich eigentlich nicht überzeugt bin	
18	418	Zwischen Discotheken in Deutschland und in meiner früheren Heimat besteht ein großer Unterschied	
19	419	Ich fühle mich unter anderen Aussiedlerjugendlichen wohler als unter einheimischen deutschen Jugendlichen	
20	420	Wenn man als Jugendlicher hin und wieder Drogen nimmt, bedeutet das noch nicht, daß man mit dem Leben nicht mehr selbst zurechtkommt	
21	421	Wenn alle in der Clique rauchen, würde ich mir ohne Zigarette als Außenseiter vorkommen	
22	422	Für einen Mann ist es ganz wichtig, daß er sich in jeder Situation wehren kann	
23	423	Wer eine Kampfsportart beherrscht, wird von den anderen mehr respektiert	
24	424	Auch in dieser schwierigen Zeit gibt es für findige Köpfe immer Gelegenheiten, sich etwas dazu zu verdienen	
25	425	Manche Konflikte lassen sich nicht ohne Gewalt lösen	
26	426	Wir stehen unter einem so großen Druck so vieler Seiten, daß wir nicht wissen, wie lange wir ihn noch aushalten können	
27	427	Wenn man wenig Geld hat und im Kaufhaus all den Verlockungen ausgesetzt ist, kann ich schon verstehen, daß man in Versuchung gerät	
28	428	Es macht mir Spaß, mich allein oder mit Freunden in der Stadt aufzuhalten und zu sehen, was los ist und was sich ergibt	
29	429	Wer alle Gesetze befolgen will, die es gibt, hat kaum mehr persönliche Entfaltungsmöglichkeiten	

7. Die erste Zeit in Deutschland

7.1 Bitte schildern Sie kurz einige für Sie besonders bedeutsame Eindrücke der ersten Tagen und Wochen in Deutschland

7.2 Was hat Ihnen am Anfang besonders gefallen?

7.3 Was erschien Ihnen besonders seltsam?

7.4 Gab es bisher besonders belastende Erlebnisse und Erfahrungen?

7.5 Wie haben Sie sich in dieser belastenden Situation verhalten?

7.6 Haben Sie daraus auch etwas gelernt?

8. Integrationshilfen

8.1 Was hätte die zuständigen Behörden (Arbeitsamt, Sozialamt usw.) tun sollen, um Ihnen das Einleben in Deutschland zu erleichtern?

8.2 Was hätten zuständigen Beratungsstellen (Jugendgemeinschaftswerk, andere Beratungsstellen, z.B. für Familien) tun sollen, um Ihnen das Einleben in Deutschland zu erleichtern?

8.3 Was hätten die Kirchen und andere Stellen (welche?) tun sollen, um Ihnen das Einleben in Deutschland zu erleichtern?

8.4 Welche Angebote und Hilfen haben Sie bekommen bzw. wurden Ihnen angeboten, um Ihnen das Einleben in Deutschland zu erleichtern?

8.5 Von welcher Seite haben Sie am meisten Hilfe erfahren? Und wodurch?

8.6 Konnten Sie alle Angebote wahrnehmen?

- ja
- nein

a) wenn "nein": Welche Angebote konnten oder wollten Sie nicht wahrnehmen?

b) wenn "nein": Warum wollten oder konnten Sie diese Angebote nicht wahrnehmen?

8.7 Gab es auch Angebote, die Ihnen nicht sinnvoll erschienen?

- Ja
- nein

Wenn "ja": Welche waren das?

8.8 Was hätte Ihnen aus heutiger Sicht das Einleben in Deutschland am meisten erleichtert?

9. Wichtige Ziele im Leben

Ich gebe Ihnen jetzt einige Kärtchen (Interv.: farbige Kärtchen überreichen). Darauf stehen Ziele, die für verschiedene Menschen von unterschiedlicher Wichtigkeit sind. Wir möchten gerne wissen, wie wichtig Ihnen diese Ziele sind. Deshalb bitten wir Sie, die Kärtchen in die für Sie richtige Reihenfolge zu legen. An die erste Stelle kommt das für Sie wichtigste Ziel, an die zweite Stelle das zweitwichtigste, an die dritte Stelle das dritt wichtigste usw.. Das Ihrer Meinung nach unwichtigste Ziel kommt zuletzt.

Interviewerin: Bitte nur die Buchstabenfolge, beginnend mit dem wichtigsten Ziel, notieren, also z.B. B, G, I, A, F usw.

am wichtigsten															am unwichtigsten
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------

- A) Eine interessante Arbeit
- B) Ein glückliches Familienleben
- C) Seine Meinung frei sagen können
- D) Einmal positiv öffentlich im Mittelpunkt stehen
- E) 100.000 DM auf der Bank
- F) Daß es die Kinder im Leben weit bringen (gute Schulbildung, guter Beruf)
- G) Ein Auto, mit dem man sich sehen lassen kann
- H) Sich in Deutschland zu Hause fühlen
- I) Von Verwandten und Freunden geachtet werden
- J) Seine Religion ausüben und ihren Geboten gemäß leben

- K) Immer das tun können, wozu man gerade Lust hat
- L) Beim Geldausgeben nicht rechnen müssen
- M) Seine politische Meinung frei äußern
- N) Gute Freunde unter den einheimischen Deutschen

10. *Interv.: Skala Nr. 4 (gelb): "Stimme voll und ganz zu / usw.*

Beurteilung von Aussagen

Wir haben hier eine Reihe von Aussagen zu bestimmten Themen und Bereichen, die sich auf Ihre Situation und das Leben in Deutschland beziehen.

Zeile	Nr.	Aussagen	Beurteilung
18	145	Nur wer gut Deutsch spricht, hat die Aussicht, im Beruf voranzukommen	
19	123	Den Ämtern gegenüber fühle ich mich ziemlich ausgeliefert	
20	157	Die einheimischen Deutschen haben kein Interesse am Kontakt mit uns	
21	94	In den meisten Kursen, an denen wir teilnehmen oder schon teilgenommen haben, wird/wurde auf unsere besonderen Bedürfnisse und Schwierigkeiten zu wenig Rücksicht genommen	
22	113	Hier in Deutschland ist es sehr wichtig, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen und nicht alles von den Behörden zu erwarten	
23	146	Ohne sehr gute Deutschkenntnisse werden wir von den einheimischen Deutschen kaum akzeptiert	
24	158	Ich habe so viele gute und intensive Kontakte mit anderen Aussiedlern, daß mir Kontakte zu einheimischen Deutschen gar nicht so wichtig sind	
25	S 50 v.	Wenn man sich engagiert und hartnäckig ist, kann man in Deutschland wirklich etwas erreichen	
26	6 v.	Die Mitarbeiter in den Behörden sind häufig unfreundlich und abweisend	
27	150	Der Deutschkurs des Arbeitsamtes reicht für mich nicht aus; deshalb möchte ich weiter intensiv Deutsch lernen	
28	179	Ich wünsche mir, öfters von einheimischen Deutschen angesprochen zu werden	
29	S 64v	<i>Das Alltagsleben ist so schwierig, daß man sich oft nicht mehr auskennt</i>	
30	53	<i>In den meisten Beratungseinrichtungen (z.B. JGW) bemüht man sich sehr um uns</i>	
31	147J	<i>Für unsere Eltern sind gute Deutschkenntnisse nicht so wichtig wie für uns</i>	

32	S 73v	<i>Ich bin schon zufrieden, wenn ich nur ein glückliches Privatleben und geordnete Verhältnisse habe</i>	
33	S 91	<i>Unter den Fehlern der heutigen Politik werden wir in Zukunft zu leiden haben</i>	
34	S 77	<i>Ich will machen, was ich will, und die anderen sollen machen, was sie wollen</i>	
35	S 99 v.	<i>Ich bin davon überzeugt, daß ich für meine politischen Interessen in unserer Gesellschaft sinnvoll arbeiten kann</i>	
36	149	Für mich ist es ausreichend, soviel Deutsch sprechen zu können, daß ich mich am Arbeitsplatz und beim Einkaufen verständigen kann	
37	202	Wenn ich beim Lesen zwischen Russisch und Deutsch wählen kann, ziehe ich Russisch vor	
38	S 79	Die Menschen müssen lernen, mit dem zufrieden zu sein, was sie haben	
39	S 84	Ich will nicht nach Vorschrift und Plan leben, sondern tun, was mir gerade Spaß macht	

11. Rück- und Ausblick

11.1 Wenn Sie bei Ihrer Ausreise Ihre jetzigen Erfahrungen und Kenntnisse gehabt hätten: Hätten Sie sich dann anders entschieden?

- Ja (*Interviewerin: bitte notieren*)
- Nein (weiter mit 11.3)

11.2 Was hätten Sie dann anders gemacht?

11.3 Wenn Ihnen - wie im Märchen- eine gute Fee drei Wünsche erfüllen würde: Was würden Sie sich

A. für Ihre Eltern wünschen

A)	
B)	
C)	

B. für sich persönlich wünschen

A)	
B)	
C)	

11.4 **Gibt es noch etwas, was Sie uns gerne erzählen würden?**

--

11.5 *Interv.: Skala Nr. 6 (blau): sehr schwierig/ usw.*

Wie empfanden Sie das Interview?

--

Interv.: Für das Interview danken

Nur für die **Interviewerin**:

Anzahl der beim Interview anwesenden Personen (außer der Interviewer)

Dauer des Interviews Minuten

In welcher Sprache wurde das Interview geführt? (bitte ankreuzen)

Nur Russisch	Überwiegend Russisch	Russisch und Deutsch etwa zu gleichen Anteilen	Überwiegend Deutsch	Nur Deutsch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atmosphäre während des Interviews:

**Erfassungsbogen Substitution der Bayerischen Akademie für Suchtfragen.
In Forschung und Praxis BAS e.V. München**

Personalien:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

PLZ:

Wohnort:

Strasse:

Telefon:

Krankenkasse:

Bezugsperson: (Familienangehörige, Freunde, etc.)

Name:

Adresse:

Telefon:

Arbeitgeber/Firma:

Adresse:

Gesundheit:

Name, Vornahme, Grösse, Gewicht

Allgemein: kräftig, ständig müde, kraftlos, Schwitzen

Schlafstörungen: keine, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen

Ernährung: Untergewicht, normal, Übergewicht

Zähne: in Ordnung, Karies, Ruinen, Gebiss

Haut: in Ordnung, Abszesse, Parasiten (Läuse, Krätze u.ä)

Infektionen: keine

Hepatitis:

Hepatitis B seit... Infektiös, nicht infektiös

Hepatitis C seit... Infektiös, nicht infektiös

HIV seit

andere Infektionen

Nadeltausch in letzten 6 Monaten

Leber: in Ordnung, schlechte Werte, Hepatitis (s.oben), Zirrhose

Lunge: in Ordnung, Asthma, Bronchitis, TBC

Krampfanfälle: keine, im Entzug, unabhängig von Entzug,
 letzter Anfall vor Tagen, Wochen, Monaten,
 medikamentös behandelt mit:

Magen/Darm: in Ordnung, Gastritis, Magengeschwür, Verstopfung

Periode: regelmäßig, keine, unregelmäßig, letzte Periode vor
....Monaten

Sexualität: in den letzten 6 Monaten: kein Sex – ja , fester Sexualpartner
(mit/ohne Kondome), wechselnder Partner (mit/ohne Kondome),

Prostitution (mit/ohne Kondome)

Drogenkarriere:

Zigaretten: Alter Beginn Rauchen

Anzahl Zigaretten/Tag heute

Alkohol: regelmäßig Alkohol .. ja
.. nein

erster Rausch mitJahren

heutiger KonsumGläser/Tag

Tabletten: regelmäßig Tabletten .. ja
.. nein

Beginn Tablettenkonsum mitJahren

Haschisch/ erstmals mitJahren

Gras: heutiger Konsum .. nie
.. gelegentlich
.. regelmäßig

Opiate:erster Konsum mitJahren

abhängig seitLebensjahren

intravenös abhängig seitJahren

Aktueller Konsum:

(ohne die während der Substitution verabreichten Medikamente)

	täglich	1-2x pro Woche	1xpro Monat	
Heroin	in Gramm
Codein	mg
Kokain	in Gramm
Flunitrazepam	mg/Anzahl der Tabletten
Benzodiazepine	mg/Anzahl der Tabletten
Barbiturate	mg/Anzahl der Tabletten
LSD	
Ecstasy	mg/Anzahl der Tabletten
Cannabis	
Amphetamine	mg/Anzahl der Tabletten
Doxepin	mg/Anzahl der Tabletten
Alkohol	Art/Menge
andere:	

Therapie: wann und wo?

**Entzüge: abgeschlossen
abgebrochen**

**Entwöhnungstherapie: abgeschlossen
abgebrochen
insgesamt „clean“ fürMonate**

Substitutionsgestützte Behandlung:

.. noch nie

.. früher wann:

.. derzeit

Arzt:

	Menge	Zeitraum
Methadon/Polamidon		
Buprenorphin		
andere		

Grund für den letzten Rückfall:

- .. Entzugserscheinungen
- .. Opiathunger
- .. Depression
- .. Krisenintervention
- .. Partnerschaft
- .. Freunde
- .. Angebot
- .. Sonstiges

Psychische Entwicklung

Depressionen: Beginn mitJahren

- .. bei oder nach Entzügen
- .. unabhängig vom Entzug

derzeit

- .. ständig
- .. oft
- .. selten
- .. gar nicht

Selbstmordgedanken: erstmals mitJahren

Anzahl Selbstmordversuche

zuletzt vorMonaten/Jahren

Krankenhaus wegen Überdosis/Intoxikation: mal

Angstzustände: erstmals mitJahren

Ich habe Angst vor

Angst vor

Angst vor

Misshandlungen/Verletzungen/Vergewaltigungen

- .. als Kind
- .. als Jugendliche

in letzter Zeit

Wohnen

- Mietwohnung
- Wohngemeinschaft
- Untermiete
- Verwandtschaft/Eltern
- Notschlafstelle
- Pension
- ohne festen Wohnsitz
- Notunterkunft bei Freunden/Bekanntem
-

Höhe der Monatsmiete.....

Ausbildung

- Hauptschule
- Qualifizierter Abschluss
- Lehre
 - abgebrochen
 - beendet
- Mittlere Reife
- (Fach-) Abitur
- Studium
 - abgebrochen
 - beendet

Erlerner Beruf:

Derzeitiger Beruf

- als Angestellter tätig
- Beamter
- Selbständig
 - arbeitslos gemeldet
 - Umschulung
- Sozialhilfeempfänger
- in Schule
- in Berufsausbildung
 - bekomme Krankengeld
- habe Job (ohne Sozialhilfe)
- ohne Job

Ausgeübter Beruf:

Familiäre Situation

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Delikt

	vor Beginn der Drogenabhängigkeit	nach Beginn	offenes Verfahren	keine Aussagen
Verstoß gegen BtMG
Eigentum
Körperverletzung
Betrug
Anderes:

Ziele der Substitutionsbehandlung und therapeutisches Vorgehen

Was soll geändert werden? Wie soll vorgegangen werden? Zeitlicher Rahmen

Kooperation in der Substitution

- .. regelmäßiges Erscheinen
- .. Pünktlichkeit
- .. Umgang

Allgemeines Erscheinungsbild

- .. Hygiene
- .. Ernährungszustand

Gesundheitszustand

Psychischer Zustand Angst/Depression/Wahn/Sonstiges

Beigebrauch:

- .. Benzodiazepine
- .. Alkohol
- .. Heroin
- .. Amphetamine/Kokain
- .. Sonstige

Beziehungen:

- .. Partner
- .. Kinder
- .. Familie
- .. Freunde
- .. ohne Drogenkonsum

- .. mit Drogenkonsum
- .. Sonstige

Wohnsituation
Ausbildung-/Arbeitssituation

Freizeitgestaltung

Schulden

Justizielle Belastung

Delinquenz

11 DANKSAGUNG

Mein persönlicher Dank gilt

an erster Stelle Herrn Dr. M. von Cranach, dem Leitenden Direktor des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren, für die Überlassung des Themas und für die interessierte und persönliche Betreuung,

Herrn Oberarzt Dr. M. Schmidt für die konstruktive wissenschaftliche und engagierte Begleitung der Arbeit,

Frau A. Köchling für eine hervorragende statistische Beratung und Auswertung,

den Mitarbeitern der Suchtabteilung des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren für ihre Unterstützung bei der Datenerhebung,

meiner Frau Valentina, für ihre aktive Hilfe, meinen Kindern Julia, Christian und Angelina für ihr Verständnis und Geduld, meinen Eltern Alexander und Ludmila, meiner Schwester Natalia, meinem Schwager Denis.

Ich widme diese Arbeit allen russlanddeutschen Aussiedlern und Migranten in Deutschland.

12 LEBENS LAUF

Name:	Vitalij Kazin
Geburtsdatum, -ort:	11.04.1965 in Perm, Russland
Familienstand:	verheiratet seit 1984, drei Kinder (Tochter geb.1985, Sohn geb.1993, Tochter geb.2005)
Staatsangehörigkeit:	deutsch
Schulbildung:	
1972 – 1975	Grundschule in Perm
1975 – 1982	Staatliche Schule Nr. 6 in Perm Abschluß: Allgemeine Hochschulreife
Studium der Medizin:	
1982 – 1988	Studium zum Arzt an der Staatlichen Medizinischen Hochschule in Perm (Russland)
Berufspraxis:	
01.08.88-31.07.89	Internatur in der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Frauenklinik Nr.9 der medizinischen Hochschule in Perm
01.08.89-31.12.89	Assistenzarzt an der Frauenklinik Nr.9 der medizinischen Hochschule in Perm
01.02.93-28.02.95	Klinik Dr. Rinecker, München
01.03.95-30.06.02	Assistenzarzt im BKH Kaufbeuren Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
01.07.02	Funktionsoberarzt im MHZ am BKH Kaufbeuren
30.01.03	Anerkennung als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
01.01.04	Landesarzt für geistig behinderte Erwachsene für Bezirksregion Schwaben
01.04.04	Oberarzt im MHZ am BKH Kaufbeuren
Sprachkenntnisse:	Russisch, Englisch

